

ประสบการณ์การดูแลของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท



นางสาวนิภาวรรณ ศรีโยหะ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CARING EXPERIENCES OF SPOUSES OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA

Miss Nipawan Sriyoha



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University



นิภาวรรณ ศรีโยหะ : ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (CARING EXPERIENCES OF SPOUSES OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA) อ.ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 236 หน้า.

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายและประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาของฮัสเซล ผู้ให้ข้อมูลเป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำนวน 13 รายที่มีความสมัครใจในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจากแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐบาล เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและการบันทึกภาคสนามนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของโคไลซี

ผลการวิจัยพบว่า

การให้ความหมายการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ และ 2) สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง

ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค 2) การปรับตัวเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย 3) การดูแลตามอาการที่เป็น

ผลการศึกษานี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีคุณภาพและเป็นแนวทางในการส่งเสริมสัมพันธภาพการใช้ชีวิตคู่ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและคู่ชีวิตได้อย่างต่อเนื่อง

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5877305336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: CARING / SPOUSE CAREGIVERS / SCHIZOPHRENIA

NIPAWAN SRIYOHA: CARING EXPERIENCES OF SPOUSES OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA. ADVISOR: ASST. PROF. PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 236 pp.

The purpose of this qualitative research was to investigate the meaning and care experiences of spouses of persons with schizophrenia. A qualitative research method of Husserlian phenomenology was applied. A purposive sample comprised 13 spouses of persons with schizophrenia recruited from the Outpatient Department of Government Hospital and were willing to participate in this study. An in-depth interview with tape-recorded, observation and field notes were performed to collect data. Audio tapes of the interviews were transcribed verbatim. Data were analyzed using Colaizzi's method.

The findings indicated that:

The meanings of the care experiences of spouses of persons with schizophrenia followed 2 major themes : 1) caring is loving and understanding, and 2) family bonds cannot be abandoned.

The care experiences of spouses of persons with schizophrenia comprised 3 major themes : 1) knowing and understanding the disease, 2) adaptation when their spouse got sick, and 3) taking care according to symptoms

The results of this study provided us with an understanding of the care experiences of spouses of persons with schizophrenia. The knowledge generated from this study can further guide in providing care for spouses who provide quality and appropriate care for schizophrenic patients, and to promote family life and the relationship between schizophrenic patients and the spouse continuously.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2017

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาอันดียิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งคอยให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และคอยให้กำลังใจเมื่อมีอุปสรรคหรือความยากลำบากต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งถึงความรัก ความห่วงใย และความเอาใจใส่ของอาจารย์อยู่เสมอมา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ช่วยพุ่มพักผู้วิจัยหน้าใหม่ผู้นี้ให้มีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในการทำวิทยานิพนธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านไม่ว่าจะเป็นผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมธานี ดร.เบญจวรรณ พิททาร์ด และคุณอำพัน หิรัญอุทก ที่กรุณาตรวจสอบ ให้คำชี้แนะ คอยให้คำแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์และมีผลการสอบวิทยานิพนธ์อยู่ในระดับดีมาก

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่คอยให้ความรู้ทั้งทางด้านศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์แห่งการดำเนินชีวิตที่ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจคุณค่าของเพื่อนมนุษย์โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ บุคคลที่พึงระลึกถึงเสมอคืออาจารย์สุดา รongเมือง อาจารย์ผู้ซึ่งให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทท่านแรกในชีวิตผ่านภาพยนตร์เรื่อง A beautiful mind ภาพยนตร์ที่ทำให้ผู้วิจัยเปิดหัวใจให้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท และอาจารย์ดร.มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์ ที่คอยให้ความรู้เมื่อครั้งขึ้นฝึกปฏิบัติงานจิตเวชสมัยปริญญาตรีที่โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี และเป็นผู้แนะนำให้มาศึกษาต่อที่คณะพยาบาลศาสตร์แห่งนี้ อีกทั้งขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความรู้ในแง่มุมใหม่ๆเกี่ยวกับจิตเวช ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น นำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาพัฒนาวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อไป

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบพระคุณแหล่งทุนทั้งสองแห่งที่สนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ทุกท่านที่สละเวลาเพื่อมาบอกเล่าประสบการณ์ชีวิตของตนเองที่เป็นประโยชน์กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคนอื่นๆ ทุกๆท่านล้วนแต่เป็นบุคคลที่มีกำลังใจที่เข้มแข็ง ผู้วิจัยขอให้ทุกท่านมีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นจิตเภทตลอดไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	9
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล.....	17
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท.....	24
4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	39
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	56
1. ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	56

2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
3. การดำเนินการวิจัย.....	57
4. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....	62
5. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
6. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	64
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ .....	145
สรุปผลการวิจัย.....	145
อภิปรายผลการวิจัย.....	152
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	176
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	177
รายการอ้างอิง.....	178
ภาคผนวก .....	191
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน เอกสารรับรองโครงการวิจัย และเอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัครและหนังสือยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร.....	192
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น และแบบบันทึก เชิงปฏิบัติการ .....	200
ภาคผนวก ค ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย ตารางแสดงข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้ป่วย ตารางการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ตารางการให้รหัส เบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ ตารางประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการ สัมภาษณ์ และตารางการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย โดยอาจารย์ที่ ปรึกษาวิทยานิพนธ์และรายนามผู้ทรงคุณวุฒิ .....	208
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	236



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล.....	69
ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย .....	217
ตารางที่ 3 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ .....	218
ตารางที่ 4 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ .....	219
ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ .....	225
ตารางที่ 6 การตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ...	233



## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 ผลการศึกษาประสบการณ์การดูแลของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภท.....82



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่พบบ่อย ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ลักษณะการดำเนินของโรคค่อยเป็นค่อยไปแบบเรื้อรัง มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตเสื่อมลง (มานุษย หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โดยเพศชายมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าเพศหญิงถึง 1.4 เท่า (ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2552) ช่วงวัยที่เริ่มมีอาการในเพศชายคือช่วงอายุ 20 ตอนต้นไปจนถึงวัยกลางคนส่วนเพศหญิงจะเริ่มในช่วงอายุ 20 ตอนปลาย (American Psychiatric Association, 2013) อ้างถึงในมานุษย หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากรายงานประจำปีงบประมาณ 2557 ของกรมสุขภาพจิตพบผู้ป่วยโรคจิตเภท 409,003 คน ซึ่งพบมากที่สุดเป็นอันดับที่ 1 คิดเป็นจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2557) ในแต่ละปีอัตราการป่วยเป็นโรคจิตเภทมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญส่งผลกระทบต่อ การสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและทรัพยากรของประเทศ นโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดอาการกำเริบหรือกลับมาเป็นซ้ำ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) สนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชนยอมรับและให้โอกาสผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้มีส่วนร่วมในวิถีชีวิต การทำงานและกิจกรรมต่างๆตามศักยภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2559)

เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นส่วนใหญ่ถูกจำหน่ายกลับบ้าน การกลับไปยังครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดีกว่าการอยู่ในสถานพยาบาล แต่ในทางกลับกันการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเพิ่มภาระและข้อจำกัดให้กับครอบครัว (Kaushik & Bhatia, 2013) เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการแบบเรื้อรัง การเจ็บป่วยแต่ละครั้งทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยลดลง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) การรักษาจึงมีเป้าหมายเพื่อรักษาให้หายหรือบรรเทาและป้องกันไม่ให้ป่วยซ้ำ การดูแลให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่และสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ โดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้มีอาการกำเริบ การฟื้นฟูสมรรถภาพ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลาและเป็นไปอย่างต่อเนื่องทั้งในเรื่องกิจวัตรประจำวันและการใช้ชีวิต (ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2556; Kaushik & Bhatia, 2013)

การดูแล (Caring) ตามแนวคิดของ Watson (1988) หมายถึง กระบวนการหรือกิจกรรมที่ผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแลมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการช่วยเหลือกันในสถานการณ์เฉพาะในเวลาใดเวลาหนึ่งที่ผู้ดูแลและผู้รับการดูแลต่างรับรู้ตรงกันถึงการให้และการได้รับการดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสิ่งสำคัญอันดับแรกคือ ผู้ดูแลต้องให้ความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย ไม่ควรขัดแย้งหรือโต้เถียงกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการทางจิต แต่ควรแสดงความเห็นใจในความทุกข์ที่ผู้ป่วยได้รับจากอาการทางจิตเหล่านั้น พร้อมทั้งเสนอความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2559) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื่องส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกันโดยตรงทางสายเลือดกับผู้ป่วย เช่น เป็นบิดามารดา พี่น้อง หรือบุตร ในสังคมไทยถือว่าเป็นหน้าที่โดยตรงของกลุ่มบุคคลนี้ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือดโดยตรงกับผู้ป่วยแต่ทุ่มเทและเต็มใจรับบทบาทของผู้ดูแลอย่างไม่มีเงื่อนไข แม้ไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นจำนวนเงินนั่นคือ กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วย (สุนทรียภรณ์ ทองไสย, 2558) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจภายใต้ความสัมพันธ์ที่เกิดจากความรักรักความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย (Lawn & McMahon, 2014)

ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มมีการเจ็บป่วยตั้งแต่วัยรุ่น จึงขาดทักษะทางสังคมและไม่สามารถแสดงบทบาททางสังคมที่เหมาะสมกับอายุได้ การแต่งงานในผู้ป่วยจิตเภทจึงพบได้น้อยเมื่อเทียบกับคนทั่วไป (Ikebuchi, 2006) สัดส่วนของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไม่ทราบข้อมูลที่ชัดเจน (Lawn & McMahon, 2014) การศึกษาในประเทศจีนพบว่าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นคู่ชีวิตมีประมาณร้อยละ 26.5 (Yin et al., 2014) แต่ในประเทศญี่ปุ่นพบเพียงร้อยละ 6.1 (Mizono, Iwasaki & Sakai, 2011) สำหรับในประเทศไทยนั้นข้อมูลทางสถิติของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไม่แน่ชัด จากการศึกษาของเทียนทอง ทหาระบุตร (2555) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยพบร้อยละ 16 เป็นสามีร้อยละ 8.3 และภรรยาร้อยละ 7.7 ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยเรื่องเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ, 2557) เนื่องจากความสัมพันธ์ในชีวิตคู่มีลักษณะพิเศษไม่เหมือนความสัมพันธ์อื่น การประคับประคองจากคู่ชีวิตเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะหากฝ่ายหนึ่งมีปัญหาทางจิต ชีวิตคู่นั้นมีผลต่อการปรับตัวกับความตึงเครียดอื่นๆ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยและให้เวลาในการดูแลเป็นอย่างมากนำไปสู่ความเครียดที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อต้องดูแลในระยะยาว (Pinquart & Sorensen, 2011) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นงานที่เหน็ดเหนื่อยและท้อแท้ สามารถสร้างหรือทำลายความสัมพันธ์ได้ (Brichford & Carson-DeWitt, 2014) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคู่ชีวิตของผู้ป่วยนั้นมีลักษณะที่ไม่ซ้ำกัน (Jungbauer & Angermeyer, 2002; Mizono et al., 2011) คู่ชีวิตที่ดูแลผู้ป่วยเรื่องมีความพึงพอใจในชีวิตลดลงตามระยะเวลาที่ให้การดูแล และมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ, 2557)

คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีประสบการณ์การดูแลที่หลากหลายและซับซ้อนทั้งในรูปแบบบทบาทการดูแลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Lawn & McMahon, 2014) การดูแลที่เรื้อรังส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและการมีสุขภาวะของคู่ชีวิตไม่ว่าจะเป็นความไม่มั่นใจ ความรู้สึกสองจิตสองใจในความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสนิทสนมใกล้ชิด (intimacy) การเปลี่ยนแปลงบทบาท การสูญเสียโอกาส ปัญหาด้านการเงิน มีความเสี่ยงที่จะเกิดความเจ็บป่วยทางกายและมีปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรัง (Kaushik & Bhatia, 2013; Lawn & McMahon, 2014) คู่ชีวิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีระดับสุขภาพที่ต่ำ มีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าสูง (Ildstad, Ask & Tambs, 2010) ชีวิตการแต่งงานได้รับผลกระทบอย่างมากจากการดูแล โดยเฉพาะผลกระทบด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Kaushik & Bhatia, 2013) คู่ชีวิตของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีการปรับตัวทางสังคมน้อย (Merikangas et al., 1983 cite in Yu & Shim, 2009) ในผู้ป่วยจิตเภทจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ทางสังคมและบกพร่องในเรื่องสัมพันธภาพภาพ (Goldberg, 2016) ทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตปกติของผู้ป่วยร่วมกับคู่ชีวิต มีโอกาสที่จะเกิดความรุนแรงในครอบครัว การทะเลาะหรือทอดทิ้งจากการศึกษาพบว่าอัตราการใช้ความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทต่อคู่ชีวิตสูงถึงร้อยละ 19.5 (Kageyama et al., 2015) และอัตราการหย่าร้างพบร้อยละ 16.98 (Thara & Srinivasan, 1997) สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิตถือเป็นผลกระทบที่ใหญ่ที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสนิทสนมใกล้ชิด (intimacy) (Jungbauer & Angermeyer, 2002; Mizono et al., 2011) และปัญหาทางเพศ (sexuality) ที่ผิดปกติ (Ostman & Bjorkman, 2013) นำไปสู่การแยกทางหรือหย่าร้างเมื่อคู่ชีวิตไม่สามารถที่จะรับมือกับการดูแลในระยะยาวได้ (Yu & Shim, 2009; Seeman, 2012; Lawn & McMahon, 2014)

แม้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทคู่ชีวิตของผู้ป่วยประเมินว่าโรคจิตเภทนั้นส่งผลกระทบร้ายแรงต่อความสัมพันธ์และความเป็นอยู่ของครอบครัว การดูแลที่เรื้อรังทำให้คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในคู่ชีวิตลดลง แต่มีคู่ชีวิตจำนวนไม่น้อยที่ได้รับประสบการณ์ทางบวกจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสามารถรักษาความสัมพันธ์เหล่านั้นไว้ได้ บางรายพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิตกับผู้ป่วยระดับดี มีความสุขกับการแยกจากสังคมเครือญาติและมีชีวิตประจำวันที่เรียบง่าย มีความรักซึ่งกันและกัน (Mutual affection) มีความเคารพและความเข้าใจ ทำให้รักษาสถานภาพของชีวิตคู่เกิดความเข้มแข็งที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย (Jungbauer et al., 2004) บางรายเกิดความพึงพอใจที่สามารถช่วยให้คู่ของตนมีอาการที่ดีขึ้นและภูมิใจที่สามารถจัดการกับความทุกข์ของตนเองได้ (Boise, Congleton & Shonnon, 2005) Yu & Shim (2009) พบว่าองค์ประกอบที่ช่วยสนับสนุนการใช้ชีวิตคู่ของผู้ป่วยจิตเภทและคู่ชีวิตคือความเห็นอกเห็นใจกัน ความเคารพซึ่งกันและกัน แม้จะมีภาระมากมายในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นและแสดงถึง

ความสามารถในการเอาชนะความยากลำบากเชิงบวก (Chai & Nam, 2016) ร้อยละ 83 ของคู่ชีวิตมีการปรับตัวที่ดี (Mizono et al., 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทมีลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและมีความผูกพันทางใจแตกต่างจากการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มอื่น นอกจากนี้ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคู่ชีวิตของผู้ป่วยมีลักษณะที่ไม่ซ้ำกัน (Jungbauer & Angermeyer, 2002; Mizono et al., 2011) ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของคู่ชีวิตในแต่ละคน แต่การวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีน้อย (Mizono et al., 2011) ทำให้ผู้ดูแลในกลุ่มนี้ได้รับการละเลย (Kumari et al., 2009) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งสามีและภรรยา ซึ่งจะให้เห็นถึงประสบการณ์ของการดูแลในภาพที่กว้างและลึกซึ้งขึ้นของทั้งเพศชายและเพศหญิงในบริบทของสังคมไทยจากคำบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์ตรงเพื่อค้นหาแก่นแท้ของปรากฏการณ์นั้นและทำความเข้าใจอย่างแท้จริง นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศเน้นอธิบายประสบการณ์ในลักษณะของการเผชิญปัญหาด้านจิตใจและกระบวนการที่จะเอาชนะปัญหาเหล่านั้นยังไม่ครอบคลุมถึงการรับรู้ การให้ความหมายของการดูแล รวมไปถึงการอธิบายประสบการณ์การดูแลที่บ่งบอกถึงลักษณะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของคู่ชีวิตทั้งเพศชายและเพศหญิงตั้งแต่ระยะเริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน การวิจัยเชิงคุณภาพปรากฏการณ์วิทยาเป็นรูปแบบการวิจัยที่แสวงหาความจริงในสภาพที่เป็นอยู่โดยธรรมชาติ ทำให้มองเห็นภาพรวมทุกมิติ เป็นวิธีการที่จะค้นหาความจริงจากประสบการณ์ของบุคคลที่ประสบมาด้วยตนเอง (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) การศึกษาประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งนี้จะทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายความหมายของการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่ออธิบายประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท

### คำถามการวิจัย

1. คู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยอย่างไร
2. คู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร

## แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและการมีสุขภาวะของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นความไม่มั่นใจ ความรู้สึกสองจิตสองใจในความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสนิทสนมใกล้ชิด (intimacy) การเปลี่ยนแปลงบทบาท การสูญเสียโอกาส ปัญหาด้านการเงิน มีความเสี่ยงที่จะเกิดความเจ็บป่วยทางกายและมีปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรัง (Kaushik & Bhatia, 2013; Lawn & McMahon, 2014) การดูแล (caring) เป็นพฤติกรรมช่วยเหลือกันระหว่างมนุษย์ (human to human service) เป็นกระบวนการที่มีความเป็นพลวัต แต่ละองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบและมีความเป็นองค์รวม เพื่อให้บุคคลที่รับการดูแลประสบความสำเร็จและมีสุขภาพดี โดยคำนึงถึงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลและให้การดูแลแบบเป็นองค์รวม การดูแลตามแนวคิดของ Watson (1988) เป็นการดูแลที่ทั้งผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแลต่างฝ่ายต่างเข้าถึงความรู้สึกและสัมผัสจิตใจซึ่งกันและกันในลักษณะที่จิตใจ ร่างกาย จิตวิญญาณของฝ่ายหนึ่งประสานเข้ากับจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณของอีกฝ่าย จนกระทั่งจิตวิญญาณของทั้งสองฝ่ายหลอมรวมเป็นหนึ่งเดียว ซึ่งเรียกว่า การดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของกันและกัน (Transpersonal caring)

ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต (spouse caregiver) มีบทบาทที่เฉพาะ (unique role) เมื่อเทียบกับบทบาทการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มอื่น ลักษณะการดูแลอยู่ภายใต้บริบทของความสัมพันธ์ที่เรียกว่า ความสัมพันธ์อันแท้จริง (a real & genuine relationship) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตมีประสบการณ์ที่หลากหลายจากการดูแลผู้ป่วยทั้งประสบการณ์ทางบวกและทางลบ คู่ชีวิตของผู้ป่วยพยายามปรับตัวในการดูแลเพื่อที่จะรักษาสัมพันธ์ภาพของชีวิตคู่เอาไว้ มักมองว่าตนเองเป็นสามีและภรรยาแทนที่จะเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลแต่ละคนรับมือกับภาระการดูแลและผลกระทบด้านลบกับความสัมพันธ์ของชีวิตคู่โดยแทบที่จะไม่มีการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ แต่ก็ยังมีความมุ่งมั่นที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอาไว้ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจและมีปัญหาแยกจากสังคม (Lawn & McMahon, 2014) ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตมีความเครียดจากการดูแลได้รับความทุกข์ทรมานจากปัญหาสุขภาพจิตและมองตนเองด้อยค่า (Jungbauer et al, 2004) แต่อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์ทางบวกที่คู่ชีวิตเข้ามารับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเกิดจากความรัก (Love) และความผูกพัน (Attachment) (เสาวภา พริ้วตะคุ, 2549) ซึ่งความรักเป็นสิ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตมีลักษณะพิเศษแตกต่างไปจากความสัมพันธ์อื่น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) ความรักเป็นความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Attachment) ที่แสดงใน 3 ด้าน คือ ด้านความรู้สึก ความคิด และการกระทำ (Lasswell & Lasswell, 1976) คู่ชีวิตหลายรายเลือกเก็บเฉพาะสิ่งที่ดีในการใช้ชีวิตร่วมกันที่

ทำให้สามารถรักษาความสัมพันธ์ให้มั่นคงได้และมีความพึงพอใจในชีวิต (Jungbauer et al, 2004) ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตนอกจากเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลกิจวัตรส่วนตัวของผู้ป่วย การรักษาพยาบาล การดูแลระดับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ การเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการจัดการกับสภาพอารมณ์ จิตใจและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ยังรวมถึงการรับรู้ การสำรวจความคิด ความรู้สึก และความเชื่อที่เกิดจากภาวะในการดูแล (Abe, 2007; Luttik et al., 2008 อ้างถึงในอรุทัย โฉมฉืด, 2552) ซึ่งผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตเป็นกลุ่มผู้ดูแลที่ต้องการความช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณแตกต่างจากผู้ดูแลกลุ่มอื่น (เสาวภา พรวัวตะคุ, 2549)

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) ของ Husserl (1969) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่น่าไปใช้ในการแสวงหาความเข้าใจและค้นหาแก่นแท้ของความหมายปรากฏการณ์ที่สนใจ ซึ่งปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยสนใจในครั้งนี้คือ การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยจะต้องเข้าไปถึงจุดเริ่มต้นหรือแก่นของความรู้ของปรากฏการณ์นั้นๆโดยปราศจากอคติ คือความคิดหรือความรู้ที่มีอยู่เดิม (Husserl, 1969) เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างลึกซึ้งจากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องดังกล่าว

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) เก็บข้อมูลจากวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งจำนวน 13 รายโดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ 1) มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-5) ทั้งทางพฤตินัยหรือนิตินัย 2) เป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ให้ความสำคัญในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่นและอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 3) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปให้การดูแลสามีหรือภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทอย่างน้อย 2 ปี 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย



## คำจำกัดความในการวิจัย

**ประสบการณ์การดูแลของคูชีวิต** หมายถึง การถ่ายทอดเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ ผ่านการบอกเล่าของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลสามีหรือภรรยาที่ป่วยด้วยโรคจิตเภททั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาในรูปแบบของความรู้สึก ความคิดและการกระทำที่บ่งบอกถึงความรักความผูกพันที่มีต่อกันระหว่างคูชีวิตและผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งครอบคลุมถึงการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่ผู้ดูแลแสดงออกตามการรับรู้ ความคิด ความรู้สึกและความเชื่อของตนเอง รวมไปถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นและประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับจากการให้การดูแลทั้งทางบวกและทางลบ

**คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง สามีหรือภรรยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่สมัครใจใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยด้วยความรักและความเข้าใจ มีการเรียนรู้และปรับตัวในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นเวลามากกว่า 2 ปี ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปและพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เป็นข้อมูลให้แก่พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพในการช่วยเหลือดูแลในด้านต่างๆ แก่ผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อบรรยายการให้ความหมายและประสบการณ์การดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบในการวิจัยตามแนวคิดของ Husserl (1969) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่อธิบายประสบการณ์ชีวิต ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนตำรา บทความทางวิชาการ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อนการทำการวิจัย เพื่อจะได้ทราบถึงแนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทในภาพกว้าง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการจัดกรอบความคิด (Bracketing) ของผู้วิจัย ป้องกันการเกิดอคติในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้บรรยายถึงประสบการณ์การดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมโดยมีสาระสำคัญดังนี้

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
- 1.2 อาการและอาการแสดง
- 1.3 การวินิจฉัยโรค
- 1.4 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค
- 1.5 การรักษา
- 1.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### 2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

- 2.1 ความหมายของการดูแล
- 2.2 ความหมายของประสบการณ์การดูแล
- 2.3 ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน

#### 3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 ความหมายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
- 3.2 ความหมายของความรักและการสมรส
- 3.3 บทบาทและหน้าที่ของคู่ชีวิต
- 3.4 ลักษณะและบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
- 3.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของคู่ชีวิต
- 3.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

- 4.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา
- 4.2 ความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
- 4.3 แนวคิดและปรัชญาพื้นฐานปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl
- 4.4 ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา
- 4.5 ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

##### 1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท

###### 1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัยของผู้ป่วย (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2557; นันทวัช สิริธีร์รักษ์ กมลเนตร วรณเสวก กมลพร วรณฤทธิ์ ปเนต ผู้กฤตยาคามิ สุพร อภินันทเวช และพนม เกตุมาน, 2558)

###### ระบาดวิทยา

ความชุกตลอดชีพพบร้อยละ 1 และอุบัติการณ์พบ 0.5-5 ต่อ 10,000 ต่อปี อัตราส่วนในเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ส่วนใหญ่พบในวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยเพศชายเริ่มเป็นเมื่ออายุน้อยกว่าผู้หญิง อายุที่เริ่มป่วยมากที่สุดในเพศชาย คือ ช่วงอายุ 10-25 ปี เพศหญิง คือ ช่วงอายุ 25-35 ปี พบมากในผู้ที่มีระดับเศรษฐฐานะต่ำ พบว่าผลลัพธ์ของโรคจิตเภทในเพศหญิงดีกว่าเพศชาย (นันทวัช สิริธีร์รักษ์ และคณะ, 2558)

###### สาเหตุ

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท มีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ดังนี้

###### 1) ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors)

1.1) พันธุกรรม การศึกษาด้านพันธุกรรมสนับสนุนปัจจัยทางพันธุกรรมว่ามีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท ผลการศึกษาโรคจิตเภทในฝาแฝด คนในครอบครัว และบุตรบุญธรรมพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ความใกล้ชิดทางสายเลือดยิ่งมีโอกาสเป็นสูง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานที่เป็นที่ยอมรับเกี่ยวกับความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมองของโรคจิตเภทคือ Dopamine hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ Mesolimbic

และ Mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ Post-synaptic และพบว่าความบกพร่องของสารสื่อประสาท Dopamine ในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการด้านลบ และการเพิ่มเซลล์ประสาทลึกๆใน Limbic system ซึ่งเชื่อว่าทำให้เกิดอาการด้านบวก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.3) ประสาทกายวิภาค พบ ventricle และ sulci โตกว่าปกติ มี cortical atrophy โดยเฉพาะ limbic และ thalamus พบว่าปริมาณและน้ำหนักของสมองน้อยกว่าปกติ

1.4) ประสาทสรีรวิทยา พบสมองมีสภาพ hypofrontality คือ cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe ตรงส่วน prefrontal cortex และบางรายพบว่ามี ความผิดปกติระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

นอกจากนี้แนวคิดปัจจุบันมองว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านพัฒนาการทางระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) และพบความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายบริเวณ (นันทวัช สิริธีรภัทร์ และคณะ, 2558)

## 2) ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychological factors)

2.1) ความขัดแย้งภายในจิตใจ (intrapsychic conflict) ตามทฤษฎีวิเคราะห์เชื่อว่าเป็นความบกพร่องของอีโก้ (ego function deficit) (อัจฉรา สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกษรสมุท และวาริรัตน์ ถาน้อย, 2557)

2.2) ด้านครอบครัว ลักษณะครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion; high EE) ได้แก่ คำหยาบคายวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) เกลียดชังไม่เป็นมิตร (hostility) และจู้จี้ยุ่งเกี่ยวมากเกินไป (over-involvement) มีผลต่อการกำเริบของโรคจิตเภท

2.3) ด้านสังคม ส่วนใหญ่มักพบผู้ป่วยในสังคมที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งการที่ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตอยู่ตลอดเวลาทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตแบบเดิมได้ (social drift) หรือสภาพทางสังคมที่กดดันอาจทำให้ผู้ป่วยเป็นจิตเภทเพิ่มขึ้นได้ (social causation) (นันทวัช สิริธีรภัทร์ และคณะ, 2558)

## 1.2 อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีลักษณะอาการทางคลินิกหลายอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มอาการสำคัญได้ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; นันทวัช สิริธีรภัทร์ และคณะ, 2558)

### 1.2.1 อาการทางด้านบวก (positive symptoms)

อาการหลงผิด (delusion) อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อยคือ delusion of persecution ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนคอยปองร้าย และ delusion of reference ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน

อาการประสาทหลอน (hallucination) ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนชนิดต่างๆ ที่พบบ่อยคือ หูแว่ว โดยพบร้อยละ 75 เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียงหรือคำพูด เช่น คนพูดว่าร้าย หรือสบประมาท หรือพูดเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคนๆเดียวหรือหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆหรือพูดจาโต้ตอบด้วย

Schneiderian first rank symptoms เป็นกลุ่มอาการสำคัญที่มีทั้งประสาทหลอนและอาการหลงผิด

ความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech) ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาทางด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลาจับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกัน เป็นเรื่องราว โดยจะเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ความผิดปกติเช่นนี้เรียกว่า ความสัมพันธ์ไม่ต่อเนื่อง (loose association) หรือพูดไม่รู้เรื่อง (incoherence) ทำให้คนอื่นไม่ยอมพูดคุยกับผู้ป่วย

ความผิดปกติของพฤติกรรม (disorganized behavior) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายลักษณะต่างๆ เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก พลุ่พลา่่นกระวนกระวายมาก อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรกหรือแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เช่น ทำ masturbation ในที่สาธารณะ อาจส่งเสียงร้องตะโกนหรือกล่าวคำหยาบ

#### 1.2.2 อาการทางด้านลบ (negative symptoms)

อาการทางด้านลบ หมายถึง อาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนทั่วไป เช่น เฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ไม่มีแรงจูงใจหรือเฉื่อยชาลง (avolition) ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) ไม่เข้าสังคม (asociality) อาการจะค่อยเป็นค่อยไป และมักพบในช่วงหลังของการดำเนินโรค ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้แต่งงาน และดำเนินชีวิตโดยมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยมาก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดการรับรู้ (cognitive change) ผู้ป่วยจะมีสมาธิแย่ลง มีปัญหาความจำ ดีความไม่ได้ คิดเป็นเหตุเป็นผลไม่ได้ หรือความสามารถในการบริหารจัดการ (executive function) บกพร่อง การตัดสินใจบกพร่อง และเรียนรู้สิ่งใหม่ไม่ได้ มักพบก่อนช่วงอาการกำเริบ

1.2.4 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ผู้ป่วยอาจรู้สึกทุกข์ทรมาน ไม่สบายใจ (dysphoria) มีภาวะซึมเศร้า (depression) หมดกำลังใจจากอาการของโรคที่เกิดขึ้น

### 1.2.5 การฆ่าตัวตาย (suicide)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 50 พยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 10-15 ฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยปัจจัยเสี่ยงต่อที่ฆ่าตัวตายได้แก่ เพศชาย อายุต่ำกว่า 30 ปี มีอาการป่วยเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้า และเพิ่งออกจากโรงพยาบาล

## 1.3 การวินิจฉัยโรค

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-5) มีดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.3.1 มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1-3 อยู่ 1 ประการ

- 1) อาการหลงผิด
- 2) อาการประสาทหลอน
- 3) Disorganized speech
- 4) Grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior
- 5) อาการด้านลบ (negative symptoms)

1.3.2 ระดับความสามารถในด้านสำคัญๆ เช่น การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเองลดลงไปจากเดิมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 ด้าน

1.3.3 มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ 1.3.1) อย่างน้อยนาน 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และอาจรวมถึง prodromal หรือ residual phase โดยในช่วง prodromal หรือ residual อาการที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้านลบ หรืออาการตามข้อ 1.3.1 ตั้งแต่ 2 อาการ แต่แสดงออกแบบเล็กน้อย เช่น คิดแปลกๆหรือมีการรับรู้ที่ไม่ปกติแต่ไม่ถึงขั้นประสาทหลอน

1.3.4 อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยา หรือสารเสพติด

### การวินิจฉัยแยกโรค

เพื่อให้การวินิจฉัยโรคจิตเภทมีความชัดเจนน่าเชื่อถือ จึงต้องมีการวินิจฉัยแยกโรค ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1) Secondary & substance-induced psychotic disorders เนื่องจากอาการของโรคจิตนั้นพบได้ในสภาวะผิดปกติทางกายได้บ่อยๆโดยเฉพาะในกรณีของ Delirium และจากสารเสพติด เช่น เหล้า แอมเฟตามีน นอกจากนี้ยังพบได้ในสภาวะที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ หรือเนื้องอกในสมอง เป็นต้น เมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะพบว่า มีสิ่งบ่งชี้บางอย่าง เช่น อาการเกิดขึ้นเร็ว ผู้ป่วยมีลักษณะเพื่อสับสน มีอาการขณะอายุมากหรือตรวจพบความผิดปกติทางกาย

2) Mood disorders ในภาวะ Mania หรือ Depression ผู้ป่วยอาจมีอาการโรคจิตได้ ซึ่งแยกจากโรคจิตเภท สังเกตว่าก่อนจะมีอาการโรคจิตผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ให้เห็นหรือไม่ ขณะที่ตรวจยังมีลักษณะทางด้านอารมณ์เด่นออกมาหรือไม่ และอาจประเมินจากประวัติ ชนิดของความผิดปกติทางจิตเวชในญาติด้วยพบว่ามักจะเป็นเหมือนกัน

3) Delusional disorder ใน Delusional disorder นั้น ลักษณะของอาการหลงผิดไม่ประหลาดเหมือนในโรคจิตเภท เนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวโยงกันเป็นเรื่องราว และโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมถอยมากกว่า

4) Personality disorder บางชนิด บางครั้งจะมีความคิดที่แปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม ซึ่งคล้ายกับระยะอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แต่แยกโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะกำเริบ

#### 1.4 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

อาการของโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (มานอนซ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

1) ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านสังคม การเคลื่อนไหว หรือด้าน cognitive ในระดับเล็กน้อยไม่ชัดเจน อาจพบลักษณะทางร่างกายต่างไปจากปกติโดยเฉพาะส่วนของมือ

2) ระยะอาการนำ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่ามีปัญหาในด้านการทำหน้าที่และความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ ละเลยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา โสยศาสตร์ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ญาติอาจสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม

3) ระยะโรคกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์วินิจฉัยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการทางบวก โดยผู้ป่วยที่มีอาการนำจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ตามช่วงวัย ซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้วไม่สามารถปรับตัวได้ จึงแสดงอาการต่างๆของโรคออกมา

4) ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (Residual phase) ระยะนี้ส่วนใหญ่จะเริ่มคงที่ทั้งระดับอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ในระยะยาวอาการโรคจิตจะค่อยๆลดลงตามอายุที่มากขึ้น แม้จะมีอาการทางบวกอยู่บ้าง แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยเหมือนในช่วงแรก ในขณะที่อาการ

ด้านลบและด้าน cognitive จะยังคงอยู่ในระดับคงที่ตลอดการเจ็บป่วยและไม่ตอบสนองต่อการรักษาในปัจจุบัน

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการดำเนินของโรคที่หลากหลาย มีผลลัพธ์การรักษาที่ต่างกัน และการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่นำมามีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

## 1.5 การรักษา

### 1.5.1 การรักษาแบบผู้ป่วยใน

ควรทำในกรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น เกิดผลข้างเคียงจากยารุนแรง ไม่รวมมือในการรักษา ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีพฤติกรรมรบกวนอย่างมาก มีอาการของโรคทางกายหรืออาการทางจิตซึ่งไม่ปลอดภัย ไม่สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ หรือมีปัญหาในการวินิจฉัยโรค

### 1.5.2 การใช้ยารักษา

1) ยารักษาโรคจิต (antipsychotic) แบ่งเป็นยารักษาโรคจิตกลุ่ม typical และกลุ่ม atypical ควรให้ยาในขนาดที่เหมาะสมหรือขนาดสูงสุดในการรักษาติดต่อกันนาน 4-6 สัปดาห์ ก่อนจะประเมินว่าการรักษาไม่ได้ผล หลังจากนั้นจึงเลือกให้ยาชนิดอื่นแทน หากผู้ป่วยไม่รับประทานยา ควรใช้ยาชนิดที่มีฤทธิ์นาน (long acting) ทุก 2-4 สัปดาห์

2) ยากลุ่มอื่น เช่น ยา benzodiazepine มีประโยชน์สำหรับช่วยสงบอาการในระยะสั้น ยาต้านเศร้า (antidepressant) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

### 1.5.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy; ECT)

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา มีอาการรุนแรงมาก หรือชนิด catatonia มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

### 1.5.4 การรักษาทางจิตใจและสังคม (psychosocial treatment)

ควรทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา มีหลายรูปแบบขึ้นกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น

1) จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) ควรตั้งเป้าหมายที่เป็นจริงตามศักยภาพของผู้ป่วย โดยรับฟัง แสดงความเห็นใจ และให้กำลังใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันอย่างเหมาะสมและปรับตัวเข้ากับสภาวะแวดล้อมได้ดีขึ้น



2) การให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค (psychoeducation) ควรอธิบายแก่ผู้ป่วย และญาติเรื่องตนคิดจิตเภท ลักษณะอาการ สาเหตุ การรักษา โดยเฉพาะเรื่องการใช้ยา เพื่อให้เข้าใจ โรค คอยสังเกตอาการเตือน และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้

3) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมระหว่างผู้ป่วยเพื่อฝึกทักษะ การเข้าสังคม เน้นการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนอื่นเข้าใจ ช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และให้ คำแนะนำต่อกัน

4) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมภายใน หอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม การจัดสถานที่ให้น่าอยู่ การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพ ปรับตัวได้อย่างเหมาะสมลั้เชื่อ มั่นในตนเอง (นันทวิษ สิริธีร์รักษ์ และคณะ, 2558)

5) ครอบครัวบำบัด (family therapy) มุ่งเน้นที่จะลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นใน ครอบครัว มีการสื่อสารและการแก้ไขปัญหาในครอบครัวที่เหมาะสม รวมทั้งให้ความรู้แก่ครอบครัว เกี่ยวกับโรคจิตเภท การบำบัด การดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และ คณะ, 2557)

## 1.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิต เภททั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองใน การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล การให้การพยาบาลผู้ป่วย จิตเภทจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ โดยการพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทมีหลักการดังต่อไปนี้ (สุนีย์ เกียรติงิ้วแก้ว, 2547)

1) การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพสะอาดของร่างกายและ สุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง สุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วย บางคนไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า เมื่อผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วย ดูแลความสะอาดร่างกาย สุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหารเช้า ไม่ดื่มน้ำ ซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารขึ้นได้ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมคงรูปเดิมชนิดหุนหันขี้ใจมักมีกล้ามเนื้อขาด เลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ท่าใดท่าหนึ่งนานๆก็อาจมีปัญหาเกิดการกดทับและขาดเลือดไปเลี้ยง จึงไม่ ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ท่าเดียววนๆ พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ท่าเดิม

นานๆ ควรจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ในระยะแรกผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ควรอนุโลมให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังได้ตามสมควร

2) การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรกระทำคือ การหาความหมายของ ความคิดของผู้ป่วย การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางพฤติกรรมได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลจะต้องทำคือ การให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดของผู้ป่วยจะถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ พยาบาลจึงควรหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ โดยการฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วย พูดสังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและ พฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

2.2 การให้ความจริงกับผู้ป่วยและส่งเสริมผู้ป่วยให้อยู่กับความเป็นจริงโดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนผู้ป่วยอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ พยาบาลควรให้ความจริงกับผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลจะบอกในการรับรู้ของผู้ป่วยว่าการได้ยินเสียงของผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

3) การพยาบาลด้านจิตใจและอารมณ์ อาการผิดปกติด้านอารมณ์ที่ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิด ไม่พอใจ พยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าจะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยและเนื้อหาการพูดอาจมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลกๆของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและเสริมสร้างทักษะด้านสังคม ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล พัฒนา ทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปสู่ครอบครัวและชุมชนจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ผู้ป่วยเหล่านี้ควรเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด

ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกหรือในชุมชนต่อไป แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็ต้องการที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ปรับปรุงตนเอง ตัดสินใจเรื่องการรักษาด้วยตนเอง ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพจิตใจและส่งเสริมสุขภาพจิต จะต้องสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีความแข็งแกร่งมั่นใจ เชื่อมมั่นที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆที่เข้ามาในชีวิต รวมทั้ง การส่งเสริมให้เป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง (self-efficacy) เสริมพลังอำนาจ (empowerment) แก่ผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง ฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย หรือสามารถที่ จัดการกับอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและความกดดันในชีวิตประจำวัน พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยในการแก้ไข (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ, 2557)

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องอาศัยองค์ความรู้ทั้งทางด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชและศาสตร์สาขาอื่นๆ ให้การพยาบาลแบบองค์รวมโดยการส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยใช้หลักการของกระบวนการพยาบาล โดยต้องคำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

### 2.1 ความหมายของการดูแล

Watson (1985) กล่าวว่า การดูแล เป็นพฤติกรรมบริการในรูปแบบของการบริการ มนุษย์ต่อมนุษย์ (human to human service) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จและมีสุขภาพดี โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลที่เป็นองค์รวมประกอบด้วยกาย จิตใจ และ จิตวิญญาณ ดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ ความมีศักดิ์ศรี และความสมบูรณ์แห่งตน กระบวนการดูแล เกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแลในสถานการณ์ที่บุคคลทั้งสองเข้าถึงจิตใจซึ่ง กันและกัน (transpersonal caring) มีการรับรู้ตรงกันในการตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ได้รับการดูแล

Roach (1987) กล่าวว่า การดูแล เป็นลักษณะเฉพาะตามธรรมชาติของมนุษย์ (Human trait) ทุกคนเกิดมามีความสามารถในการให้การดูแลและในขณะเดียวกันก็ต้องการได้รับการดูแล

Leininger (1988) กล่าวว่า การดูแล เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือ (assistive) การ สนับสนุนค้ำจุน (supportive) การอำนวยความสะดวก (facilitative) และการสร้างความสามารถ (enabling) ให้กับบุคคลตามความต้องการที่แสดงออก เพื่อการดำเนินชีวิตที่ผาสุก ภายใต้โครงสร้าง ของสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติดูแลในแต่ละวัฒนธรรมจะ แตกต่างกันไป มีแบบ แผนหรือกระบวนการที่เฉพาะแต่จะมีลักษณะร่วมที่เป็นสากล

Swanson (1991) กล่าวว่า การดูแลเป็นวิถีทางที่เกี่ยวข้องกับการเอาใจใส่ดูแล ปกป้อง ค้ำครอง สนับสนุน ส่งเสริม ให้กำลังใจ กระทำโดยบุคคลซึ่งมีความรับผิดชอบและพันธสัญญาจัดกระทำให้แก่บุคคลอื่นโดยตระหนักถึงคุณค่า ความเชื่อ และค่านิยมของบุคคลคนนั้น ประกอบด้วย กิจกรรมการดูแล 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้จักในฐานะบุคคลคนหนึ่ง (knowing) 2) การเฝ้าดูแลอยู่เสมอ (being with) 3) การช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ (doing for) 4) การสนับสนุนให้มีความสามารถ (enabling) และ 5) การดำรงไว้ซึ่งความเชื่อและศรัทธา (maintain believe)

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) กล่าวว่า การดูแล คือกิจกรรมที่ช่วยเหลือผู้อื่นทั้งทางตรงและทางอ้อมที่แสดงออกในพฤติกรรมลักษณะต่างๆ เช่น การเข้าถึงความรู้สึก ความเห็นใจ (Empathic) ความสนใจ ความใส่ใจ (Attention) การประคับประคอง การสนับสนุนและเกื้อกูล (Supportive) การให้ข้อมูลและความรู้ต่างๆ (Education) และการอำนวยความสะดวกเพื่อการเข้าถึงบริการต่างๆ (Facilitative) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นความต้องการของบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่ไม่มีความสามารถพึ่งตนเองได้ การดูแลเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ศีลธรรมจริยธรรมและประเพณีที่ปฏิบัติติดต่อกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่าทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความจำเป็น และความผูกพันที่มีต่อผู้ดูแล

จิรนนท์ ชันแข็ง (2548) กล่าวว่า การดูแลเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่มีร่วมกันที่แสดงออกถึงความห่วงใย เอื้ออาทร เป็นกระบวนการที่บุคคลให้การช่วยเหลืออีกบุคคลหนึ่งผ่านการให้ความหมาย และการไตร่ตรองพิจารณาว่าเป็นสิ่งที่มีค่า มีความหมายที่จะช่วยให้อีกบุคคลมีสุขภาพดี หรือหากต้องเสียชีวิตก็ให้จากไปด้วยความสงบ และการดูแลจะต้องแสดงออกมาในลักษณะของพฤติกรรมการดูแลที่ต้องคำนึงถึงทั้งทางด้านกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

โดยสรุป การดูแล หมายถึง กระบวนการที่บุคคลหนึ่งมีปฏิสัมพันธ์ต่ออีกบุคคลหนึ่งอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวมประกอบด้วยกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความห่วงใย ความเอาใจใส่ ปกป้องค้ำครอง ส่งเสริมให้กำลังใจ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งทั้งผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแลต่างรับรู้และสัมผัสถึงจิตใจของกันและกันผ่านการแสดงออกดังกล่าว เพื่อให้ผู้ได้รับการดูแลมีสุขภาพที่ดีขึ้น

## 2.2 ความหมายของประสบการณ์การดูแล

Luttik et al. (2008 อ้างถึงในอรุทัย โฉมเฉิด, 2552) กล่าวว่า ประสบการณ์การดูแล คือ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลกิจวัตรส่วนตัวของผู้ป่วย การรักษาพยาบาล การดูแลประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ การเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการจัดการกับสภาพอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

ภารดี ปรีชาวิทยากุล (2549) กล่าวว่า ประสบการณ์การดูแล เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยทุกเรื่องให้สุขสบายทั้งกายและใจ และช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ เกิดการปรับตัวกับชีวิตที่

เปลี่ยนไปจากเดิมซึ่งเป็นผลจากการดูแล หัดเรียนรู้การดูแลจากหลายทาง อาศัยความหวังและ กำลังใจจึงจะสามารถยืดหยัดในการดูแลผู้ป่วยได้

อรุณทัย โฉมเฉิด (2552) กล่าวว่า ประสบการณ์การดูแล เป็นประสบการณ์ตรงที่ญาติผู้ดูแล เคยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องต่างๆทั้งในเรื่องการดูแลทางด้านร่างกาย การติดต่อเป็นธุระ แทนผู้ป่วย การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ หรือเป็นประสบการณ์ที่ญาติผู้ดูแลเคยให้การดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆ และนำประสบการณ์ที่ได้นั้นมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน รวมถึงประสบการณ์ทางด้าน จิตใจและความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

วิไลลักษณ์ เกษมศรี (2556) กล่าวว่า ประสบการณ์การดูแล เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ดูแลให้ การดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เกิดจากความรู้ที่มีอยู่เดิม ความเข้าใจ และความรู้สึกที่อยากจะดูแลของ ผู้ดูแล ถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูด คำบอกเล่าถึงสิ่งที่ตนเองได้กระทำให้แก่ผู้ป่วยตามสภาพและความ ต้องการของผู้ป่วย

ธิดารัตน์ คณิงเพียร (2556) กล่าวว่า ประสบการณ์การดูแล เป็นลักษณะและกระบวนการ ของพฤติกรรมต่างๆในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงกระบวนการเผชิญปัญหาต่างๆที่ เกิดขณะให้การดูแล มีการปรับตัวเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มดูแลผู้ป่วย จนถึงระยะที่ดูแลผู้ป่วยมานาน

สุนทรีภรณ์ ทองไสย (2558) กล่าวว่า ประสบการณ์การดูแล คือการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใน ระหว่างที่ให้การดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้ป่วย การดูแล สุขภาพอนามัย การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา การพาไปพบแพทย์ตามนัด การ ดูแลประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย

โดยสรุป ประสบการณ์การดูแล หมายถึง ความชัดเจน ความชำนาญและความเชี่ยวชาญที่ เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้ป่วย การดูแลสุขภาพอนามัย การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา การพาไปพบแพทย์ตาม นัด เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป การดูแลประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ การ เผื่อระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการจัดการกับสภาพอารมณ์ จิตใจและพฤติกรรมที่เป็น ปัญหาของผู้ป่วย ดังนั้น ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิต จึงหมายถึง ความชัดเจน ความชำนาญและ ความเชี่ยวชาญของสามีหรือภรรยาผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประกอบด้วย การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว การดูแลสุขภาพอนามัย การดูแลให้ รับประทานยาตามแผนการรักษา การพาไปพบแพทย์ตามนัด เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่เหมาะสม ต่อไป การดูแลประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ การเผื่อระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนรวมถึง การจัดการกับสภาพอารมณ์ จิตใจและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

## 2.3 ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน (Theory of Human Caring)

### มโนคติหลักของทฤษฎีการดูแลมนุษย์

มโนคติหลักของทฤษฎีการดูแลมนุษย์ตามแนวคิดของ Watson ได้สรุปเกี่ยวกับมโนคติหลักทางการพยาบาลซึ่งประกอบด้วยมนุษย์ สุขภาพ สิ่งแวดล้อมหรือสังคม และการพยาบาล ไว้ดังนี้ (Watson, 1997 อ้างถึงในจอณณะจง เพ็งจาด, 2553)

มนุษย์ (Human being) เป็นบุคคลที่มีศักดิ์ศรี มีคุณค่าในตนเองที่ควรแก่การได้รับการดูแลเคารพ นับถือ เลี้ยงดู เข้าใจ และสนับสนุนช่วยเหลือให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มความสามารถ บุคคลมีความเป็นหนึ่งเดียวเป็นองค์รวม ไม่สามารถทดแทนด้วยบางส่วนหรือส่วนใดส่วนหนึ่งขอลบุคคลได้

สุขภาพ (Health) ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การทำหน้าที่สูงสุดของร่างกาย จิตใจ และสังคม การปรับตัวในการทำหน้าที่ตามกิจวัตรประจำวันและภาวะที่ปราศจากความเจ็บป่วย การเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ไม่มีดุลยภาพของจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ มีความไม่สอดคล้องระหว่างตัวตนตามที่รับรู้และตัวตนตามที่ประสบจริง

สิ่งแวดล้อมหรือสังคม (Environment/Society) สังคมเป็นตัวกำหนดค่านิยมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่อยู่ในสังคม ค่านิยมมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดหากบุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามหรือไม่ได้รับตามสิ่งที่ต้องการตามค่านิยม ความเครียดและการเจ็บป่วยเป็นสาเหตุที่ขัดขวางบุคคลไม่ให้ได้รับตามสิ่งที่ต้องการ ค่านิยมของสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้การดูแลเกิดขึ้น

การพยาบาล (Nursing) เป็นกระบวนการดูแลที่เข้าถึงจิตใจและความรู้สึกของบุคคล (Transpersonal Caring) ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเยียวยาการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคลเพิ่มดุลยภาพในตนเอง เกิดความรู้ในตนเอง เคารพนับถือตนเอง ดูแลเยียวยาตนเอง เกิดความประจักษ์รู้ในความหมายของสภาวะต่างที่เกิดขึ้นในชีวิต (Watson, 1985 อ้างถึงในจิรนนท์ ชันแข็ง, 2548)

Watson (1988) กล่าวว่า การดูแล (Caring) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์บนพื้นฐานด้านมนุษยธรรมระหว่างบุคคล คือ ผู้ดูแล (Caregiver) และผู้ได้รับการดูแล (Care recipient) กระบวนการดูแลมนุษย์ตามแนวคิดของวัตสัน เป็นกระบวนการที่ผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแลมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการช่วยเหลือกันในสถานการณ์เฉพาะในเวลาใดเวลาหนึ่งที่ผู้ดูแลและผู้รับการดูแลต่างรับรู้ตรงกันถึงการให้และการได้รับการดูแล กระบวนการดูแลมีลักษณะเป็นพลวัต ซึ่งประกอบด้วย

1) บุคคล (Person) หมายถึง ผู้ดูแลและผู้ป่วยที่เป็นองค์รวมของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณโดยแต่ละบุคคลต่างมีภูมิหลังหรือประสบการณ์ชีวิตที่เป็นลักษณะเฉพาะของตน เรียกว่า

สนามปรากฏการณ์ของชีวิต 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) ระยะเวลาการดูแลที่เกิดขึ้นจริง (Actual Caring Occasion) เป็นระยะเวลาที่ผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแลรับรู้ตรงกันหรือเข้าใจถึงความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต มีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีที่จะมาปฏิบัติสัมพันธ์ต่อกันในช่วงขณะนั้นๆ เลือกปฏิบัติหรือกระทำสิ่งที่ดีที่สุด หรือเหมาะสมที่สุดในสถานการณ์นั้น ซึ่งนับเป็นการทำงานร่วมกันอย่างเสมอภาค (coparticipant) ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล เป็นผลให้บุคคลดูแลเยียวยาตนเอง และเรียนรู้ความหมายของสภาวะที่เกิดขึ้นในชีวิต

4) การดูแลที่เข้าถึงจิตใจของบุคคล (Transpersonal Caring) เป็นการดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของบุคคล มิได้เป็นเพียงการพบสัมผัสกันในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น หากแต่เป็นประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกัอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกจึงมีความหมายมากกว่าการพบเจอกันจริงในเวลาที่เกิดขึ้น ผู้รับการดูแลและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงความรู้สึกและสัมผัสจิตใจซึ่งกันและกัน จิตวิญญาณรวมเป็นหนึ่งเดียวกัน (A spiritual Union Occurs Between the Two Persons) การที่บุคคลจะให้การดูแลบุคคลอื่นและเกิดเป็นกระบวนการดูแลจะต้องมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการดูแล

### ปัจจัยการดูแลที่สำคัญ 10 ประการ (Ten carative factors)

Watson (1985) ได้กล่าวถึงปัจจัยการดูแลที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลในระดับที่เป็นการดูแลอย่างเข้าถึงความรู้สึกของบุคคลไว้ดังนี้

1) สร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และมีความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ (Formation of a Humanistic-altruistic system of values) เป็นพื้นฐานของการให้การดูแล มนุษย์ที่สำคัญเป็นการดูแลที่อยู่บนพื้นฐานของคุณค่าสากล คือคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ได้แก่ ความเมตตา ความห่วงใย ความเห็นใจ ความรักต่อตนเองและผู้อื่น ส่วนคุณค่าการเห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่น คือ ความมุ่งมั่นและความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจากการให้คุณค่าเหล่านี้ และส่งเสริมการดูแลเชิง

วิชาชีพที่ดีที่สุด เนื่องจากความไม่เห็นแก่ตัว เป็นข้อผูกพันที่ยึดมั่นและเกิดความพอใจที่ได้รับจากการเห็นประโยชน์ผู้อื่นและความรักในเพื่อนมนุษย์

2) สร้างความศรัทธาและความหวัง (Instillation of faith-hope) ส่งเสริมให้กำลังใจกัน สนับสนุนและการยอมรับซึ่งกันและกัน ความเชื่อและสิ่งที่มีความหมายต่อผู้รับการดูแลจะช่วยส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพ ผู้ดูแลสามารถส่งเสริมให้ผู้รับการดูแลมีความศรัทธา และความหวังในสิ่งที่ยึดมั่น รวมทั้งความศรัทธาต่อแผนการรักษาและความสามารถของผู้ดูแล

3) ไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (Cultivation of sensitivity to one's self & others) ให้ความเข้าใจและมีอารมณ์ร่วมความรู้สึกในขณะที่ให้การดูแล การสร้างความไวต่อตนเอง ทำให้เข้าใจถึงความรู้สึกของตน และเกิดการยอมรับตนเองและบุคคลอื่น การสร้างความไวต่อความรู้สึกนี้ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

4) สร้างสัมพันธภาพในการช่วยเหลือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Development of a helping-trusting, human caring relationship) รู้จักโลกทัศน์ ความเป็นตัวของตัวเองและทัศนะของผู้รับการดูแลในความรู้สึก (Affect) ที่จะกระตุ้นและยับยั้งหรือขัดขวางพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น นอกจากนั้นสัมพันธภาพในการดูแลช่วยเหลือจะเป็นแกนกลางของการดูแลสุขภาพ การดูแลที่เข้าถึงจิตใจของผู้รับการดูแลนั้น ทั้งผู้ดูแลและผู้รับการดูแลสามารถเข้าสู่ประสบการณ์ชีวิตซึ่งกันและกัน การสร้างสัมพันธภาพนี้จึงอาศัยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

5) ส่งเสริมและยอมรับการแสดงความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบ (Promotion & acceptance of the expression of positive & negative feelings) ความรู้สึกมีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรมกระทำของบุคคล ฉะนั้นจึงควรพิจารณาความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบ ในกระบวนการดูแล การยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกช่วยให้ผู้ดูแลยอมรับตนเองและบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการเยียวยา (Healing) และการค้นหาความหมายของการเป็นอยู่ของชีวิต วิธีการได้แก่ การรับรู้เข้าใจความรู้สึกปัญหาและอารมณ์ของผู้รับการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จริใจ ยอมรับ และส่งเสริมให้การช่วยเหลือตอบสนองความต้องการ

6) การใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (Systematic use of a creative problem-solving caring process) ในกระบวนการดูแลต้องใช้ความรู้เป็นหลักร่วมกับการใช้ประสบการณ์ของตนเป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือ

7) ส่งเสริมการเรียนรู้ที่เข้าถึงจิตใจระหว่างบุคคล (Promotion of transpersonal teaching-learning) เป็นการเรียนรู้ที่เข้าถึงจิตใจของบุคคล ผู้ดูแลและผู้รับการดูแลจะต้องมีการ



เรียนรู้ร่วมกันในกระบวนการเรียนรู้ การให้ข้อมูลและการบอกเล่าสิ่งต่างๆแก่ผู้รับการดูแล ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถที่จะเข้าถึงการรับรู้ความรู้สึกและความเข้าใจซึ่งกันและกัน ทั้งผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็นทั้งผู้เรียนผู้สอน ทั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหาและส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้รับการดูแล

8) ประคับประคอง สนับสนุน แก้ไขสภาพแวดล้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Provision for a supportive, protective, corrective mental, physical, societal & spiritual environment) โดยประเมินและ เอื้ออำนวยความสามารถในการปรับตัวของผู้รับการดูแล เพื่อสามารถป้องกันและประคับประคองความอยู่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จัดสิ่งแวดล้อมที่มุ่งเน้นความสุขสบาย ความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย ความสะอาด และความสวยงาม เอาใจใส่และประคับประคองเป็นการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ที่ดีและเพิ่มความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองของผู้รับการดูแล ช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้รับการดูแลให้ดีขึ้น

9) ตอบสนองความต้องการของบุคคลด้วยความเต็มใจ (Assistance with gratification of human needs) โดยทำความเข้าใจและมุ่งตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ จนถึงความต้องการในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งในการมีชีวิตอยู่บุคคลมีความต้องการทั้งด้านชีวภาพ จิตสังคม และพัฒนาด้านจิตวิญญาณ การได้รับการตอบสนองความต้องการช่วยให้บุคคลมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การดูแลจะช่วยชี้แนะให้ผู้รับการดูแลแต่ละบุคคลได้พิจารณาค้นหาความต้องการที่มีความสำคัญมากที่สุดสำหรับตนเองและช่วยเหลือให้ตนเองบรรลุความต้องการได้

10) เสริมสร้างพลังจิตวิญญาณ (Allowance for existential-phenomenological-spiritual forces) ในการมีชีวิตอยู่จิตวิญญาณเป็นแก่นหรือตัวตนภายในบุคคล เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลค้นพบคุณค่าความหมายและเป้าหมายของชีวิต จิตวิญญาณของบุคคลจะมีการพัฒนาตามประสบการณ์ของชีวิต ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนา ผู้ดูแลสามารถช่วยให้บุคคลได้สะท้อนความคิดเพื่อค้นพบพลังภายในที่จะทำให้เกิดความเข้าใจสัจธรรมของชีวิต การให้ความหมายต่อสถานะของชีวิตทั้งยามเจ็บป่วยและมีสุขภาพดี

โดยสรุป ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับการดูแลที่มุ่งเน้นความเป็นมนุษย์ที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การที่บุคคลจะให้การดูแลผู้อื่นได้จะต้องเข้าใจความหมายในสิ่งที่ทำ เข้าใจความหมายของการดูแล เข้าใจความเป็นมนุษย์ รับรู้และเข้าใจความต้องการของผู้ที่ต้องการการดูแล นั่นคือการดูแลจะเกิดขึ้นได้ต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแลภายใต้ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการดูแล

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

#### 3.1 ความหมายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2544) ให้ความหมายของคำว่า คู่ชีวิต หมายถึง ผู้ร่วมเป็นร่วมตาย ผู้ร่วมทุกข์ร่วมสุข สามีหรือภรรยา

ยุวดี วัชรานุกร (2552) กล่าวว่า คู่ชีวิต หมายถึง บุคคลสองคนที่ใช้ชีวิตร่วมกันบนพื้นฐานความรัก ความเข้าใจ และต่างฝ่ายต่างเชื่อมั่นในอุดมการณ์ของอีกฝ่าย

ว.วชิรเมธี (2557) กล่าวว่า คู่ชีวิต หมายถึง สามีภรรยาที่มาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ครอบรักและครองเรือนร่วมกัน ปลอ่ยวางกิเลสของตนเองเพื่อเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

พรชัย ปานอ่อน (2558) กล่าวว่า คู่ชีวิต หมายถึง บุคคลสองคนที่มีความรัก ความสัมพันธ์กัน และสมัครใจที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวเดียวกันโดยไม่จำกัดเพศ

โดยสรุป คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยจิตเภทที่สมัครใจใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเภทด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเชื่อมั่นซึ่งกันและกัน มีการปรับตัวและเรียนรู้ซึ่งกันและกันทั้งในช่วงเวลาที่มีความทุกข์และช่วงเวลาที่มีความสุข

#### วงจรชีวิตคู่

เมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไปเกิดเหตุการณ์ต่างๆขึ้นในชีวิต ความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปด้วย คู่ที่สามารถปรับตัวตามความเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้ก็จะอยู่ร่วมกันได้ยืนยาว วงจรของชีวิตคู่แบ่งตามเหตุการณ์สำคัญได้ ดังนี้ (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2553)

1) ระยะเวลาหวานชื่น เป็นระยะที่คู่ชีวิตเริ่มพอใจกัน ทำให้ต้องการอยู่ใกล้ชิดกัน มองทุกอย่างสอดคล้องต้องกัน ส่วนใหญ่สัมพันธ์ภาพหรือความรับผิดชอบที่มีต่อกันเป็นจุดให้มีการตัดสินใจใช้ร่วมชีวิตกัน

2) ระยะเวลาสร้างครอบครัวใหม่ เป็นระยะที่คู่ชีวิตอยู่ด้วยกัน ทำให้รู้จักนิสัยใจคอกันมากขึ้น ได้รู้จักครอบครัวของอีกฝ่ายมากขึ้น

3) ระยะเวลาลูกเล็ก สำหรับคู่ชีวิตที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเลี้ยงเด็กมาก่อน การมีลูกคนแรกอาจจะเป็นเรื่องยากต้องขอความช่วยเหลือจากญาติผู้ใหญ่ สัมพันธภาพของคู่ชีวิตในช่วงนี้มักขึ้นอยู่กับมุมมองที่ทั้งคู่มีต่อการสร้างฐานะครอบครัวและต่อลูก

4) ระยะเวลาลูกวัยเรียนหรือวัยรุ่น ช่วงนี้ลูกเริ่มพึ่งตัวเองได้มากแล้ว แต่ค่าใช้จ่ายของลูกวัยเรียนและวัยรุ่นก็เพิ่มขึ้นไม่น้อย มีการศึกษาวิจัยพบว่า ช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงที่พ่อแม่ต้องใช้จ่ายเงินสำหรับลูกเป็นจำนวนมากกว่าวัยอื่น บางครั้งทำให้พ่อแม่ต้องมีหนี้สิน ความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตมักจะมีลูกเข้ามาเกี่ยวข้องเป็นส่วนหนึ่งด้วย

5) ระยะเวลาเป็นผู้ใหญ่ เมื่อลูกเติบโตมีอาชีพการงานหาเลี้ยงตัวเองได้ ภาระที่ต้องดูแลจะลดลง คู่ชีวิตมีเวลาให้กันและกันมากขึ้น หากคู่ชีวิตหากิจกรรมที่สนใจทำร่วมกัน ชีวิตคู่จะมีความสุขและมีคุณค่ามากขึ้น ความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตที่เกิดขึ้นในช่วงนี้มักเป็นความผูกพันทางใจที่มีความห่วงใย เห็นอกเห็นใจกัน เป็นเพื่อนที่ทุกข์ยากด้วยกันมา

### ความผูกพันของคู่ชีวิต

ความผูกพัน (Attachment หรือ Affective Involvement) หมายถึง ระดับความรู้สึกห่วงใยที่บุคคลมีต่อกันรวมทั้งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันที่เหมาะสมสำหรับคู่ชีวิต คือ ความผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (Empathic Involvement) คือ มีความสนใจและผูกพันต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง ความผูกพันแบบนี้ทำให้คู่ชีวิตตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของอีกฝ่ายได้อย่างเหมาะสม ความผูกพันจะต่างกันในช่วงชีวิตแต่ละระยะ โดยจะสูงสุดในระยะที่เพิ่งรักกันใหม่ ๆ หรือแต่งงาน และลดลงในระยะที่ลูกเข้าสู่วัยรุ่น หลังจากนั้นจะสูงขึ้นอีกเมื่อลูกโตและแยกจากครอบครัวไป (อุมพร ตรีงศมบดี, 2545) ความผูกพันที่ไม่เหมาะสมในคู่ชีวิต อาจแสดงออกในรูปแบบดังนี้ (Epstein, Bishop & Baldwin, 1982)

1) ผูกพันจนเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (Symbiotic Involvement) เป็นความผูกพันที่แน่นแฟ้นจนทั้งคู่เหมือนเป็นบุคคลเดียวกันและไม่มีขอบเขตส่วนตัวเลย

2) ผูกพันมากเกินไป (Over Involvement) ความผูกพันเป็นไปอย่างปกป้องหรือจู้จี้จ้านมากเกินไป และอีกฝ่ายหนึ่งมีความเป็นส่วนตัวหรือเป็นตัวของตัวเองน้อยมาก

3) ผูกพันเพื่อตนเอง (Narcissistic Involvement) ความสนใจในอีกฝ่ายหนึ่งไม่ได้เป็นไปอย่างจริงใจ แต่เป็นไปเพื่อตนเอง (Egocentric) และเพื่อเสริมสร้างคุณค่าให้ตนเอง

4) ผูกพันโดยปราศจากความรู้สึก (Involvement Devoid of Feeling) คู่ชีวิตไม่มีความลึกซึ้งทางอารมณ์และความห่วงใยด้วยใจจริง ความสนใจที่มีต่ออีกฝ่ายหนึ่งเป็นไปเพราะความอยากรู้ อยากเห็น อยากควบคุมหรือเป็นไปตามหน้าที่ เช่น สามีที่มีภรรยาบ่อย แต่ต้องมาแสดงความห่วงใย ภรรยาหลวงยามเจ็บไข้ เป็นต้น

5) ปราศจากความผูกพัน (Lack of Involvement) คู่ชีวิตไม่มีความสนใจต่อกันเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ ชีวิตคู่มีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น

ความผูกพันที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวนี้ ทำให้คู่ชีวิตขาดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน และความรู้สึกที่จะพึ่งพิงกันได้โดยยามจำเป็น และยังทำให้ไม่สามารถร่วมมือกันทำหน้าที่ที่สำคัญให้ลุล่วงไปได้ การที่บุคคลมีความผูกพันกับคู่ของตนเองมากเกินไปอาจทำให้เกิดปัญหา เช่น อาจเกิดการพึ่งพิงอีกฝ่ายหนึ่งมากเกินไป มีความคาดหวังว่าอีกฝ่ายหนึ่งจะต้องเข้าใจตน มีคำตอบให้ตนทุก

อย่าง หรือแก้ไขปัญหาให้ตนได้เสมอ ความคาดหวังนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง และอีกฝ่ายหนึ่ง จะเกิดความรู้สึกว่าตนปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ดีพอ

ความสมดุลระหว่างความผูกพันและความเป็นอิสระเป็นตัวของตัวเองเป็นสิ่งสำคัญและจะแตกต่างกันไปในแต่ละคู่ สามีภรรยาอาจมีความต้องการแตกต่างกัน ดังนั้นต้องตระหนักถึงความแตกต่างนี้และพยายามทำให้ความผูกพันที่มีต่อกันเป็นไปอย่างเหมาะสมกับความต้องการของแต่ละฝ่าย การมีความผูกพันที่เหมาะสมโดยมีความเป็นตัวของตัวเองเพียงพอจะทำให้ทั้งคู่ไม่มีปฏิกริยาต่อกันมากเกินไป ทั้งสองฝ่ายจะสื่อสารกัน เปิดเผยความรู้สึกนึกคิดต่อกันได้อย่างอิสระ และสามารถประคับประคองความสัมพันธ์ได้อย่างราบรื่น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

Hiew et al. (2015) กล่าวถึง มาตรฐานความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตประกอบด้วยความผูกพันระหว่างคู่ชีวิต (couple bond) และความรับผิดชอบต่อครอบครัว (family responsibility) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ความผูกพันระหว่างคู่ชีวิต (couple bond) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่รักด้านความรัก เสน่ห์ (romantic love) และความใกล้ชิดทางจิตใจ (psychological intimacy) ผ่านการกระทำการแสดงออกทางด้านอารมณ์และการสื่อสารที่สื่อถึงความห่วงใย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1.1) การแสดงความรัก (demonstration of love) คือ การแสดงออกทางพฤติกรรมที่สื่อถึงความรักที่มีให้ซึ่งกันและกัน เช่น การพูด เขียน หรือส่งข้อความเกี่ยวกับความรัก ให้แก่กัน การมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

1.2) การแสดงความห่วงใย (demonstration of caring) คือ การแสดงออกทางพฤติกรรมที่สื่อถึงความห่วงใยซึ่งกันและกัน เช่น ช่วยเหลืองานของอีกฝ่าย ตอบสนองความต้องการของกันและกัน เป็นต้น จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.3) การแสดงออกถึงความสนิทสนมใกล้ชิด (intimacy expression) คือ การแสดงออกทางพฤติกรรมที่สื่อถึงความรู้สึกส่วนตัวให้แก่กันและกัน เช่น ปรีกษาความรู้สึกทางลบแก่กัน เป็นต้น

1.4) การตอบสนองที่แสดงออกถึงความสนิทสนมใกล้ชิด (intimacy responsiveness) คือ การแสดงออกทางพฤติกรรมที่สื่อถึงการตอบสนองเมื่ออีกฝ่ายแสดงถึงความรัก ความห่วงใยหรือความใกล้ชิดออกมา เช่น แสดงความดีใจเมื่อคู่ชีวิตแสดงออกถึงความสุข เป็นต้น

2) ความรับผิดชอบต่อครอบครัว (family responsibility) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวบุคคลกับสมาชิกในครอบครัวของคู่ชีวิตหรือสังคครอบครัว ไม่ใช่ความสัมพันธ์ระหว่างคู่ชีวิตโดยตรง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

2.1) ความสัมพันธ์กับครอบครัวขยาย (extended family) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่ชีวิตกับญาติของอีกฝ่ายทั้งในแง่ของการช่วยเหลือ การดูแล การทำหน้าที่ลูกเขยหรือลูกสะใภ้ที่ดีแก่ครอบครัวใหญ่ เช่น ช่วยเหลือการเงินให้กับพ่อแม่ เลี้ยงดูพ่อแม่เมื่อแก่ชรา เป็นต้น

2.2) หน้าตา (face) คือ การรักษาชื่อเสียง เกียรติยศของวงศ์ตระกูลผ่านการแสดงออกต่อสังคมภายนอกครอบครัว เช่น ปฏิบัติตามสิ่งที่ครอบครัวมอบหมายไว้ให้ ทำหน้าที่เป็นคนดีตามสังคม เป็นต้น

2.3) ความสมัครสมานในด้านความสัมพันธ์ (relationship harmony) คือ การอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ไม่ทะเลาะเบาะแว้ง พุดคุยกันอย่างถ้อยทีถ้อยอาศัย เช่น ไม่พุดคุยในเรื่องที่ระคายเคืองใจในครอบครัว พุดคุยหรือกันด้วยท่าทีที่สงบ เป็นต้น

2.4) บทบาททางเพศตามแบบดั้งเดิม (traditional gender roles) คือ การทำหน้าที่ตามที่สังคมเห็นสมควรในแต่ละบทบาทของเพศ เช่น เพศชายต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวและปกป้องดูแลเพศหญิง เพศหญิงต้องดูแลเรื่องในบ้านเรือน เป็นต้น (Hiew et al., 2015 อ้างถึงใน วัชรพงษ์ พุประทีปศิริ, 2559)

### ความพึงพอใจในชีวิตคู่

Stone & Shackelford (2007) กล่าวถึงความพึงพอใจในชีวิตคู่ว่าเป็นสถานะทางจิตใจจากการรับรู้ถึงผลประโยชน์และผลเสียที่ได้จากคู่ของตน หากบุคคลสามารถรับรู้ได้ถึงผลประโยชน์ที่ได้มากกว่าผลเสียบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตคู่ แต่ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ถึงผลเสียมากกว่าผลประโยชน์ที่ได้รับก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่พึงพอใจในชีวิตคู่ ความพึงพอใจในชีวิตคู่มองค์ประกอบทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ (Stone & Shackelford, 2007 อ้างถึงใน วัชรพงษ์ พุประทีปศิริ, 2559)

1) ความคิด (cognition) เป็นส่วนที่เกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ การกำหนดและรับรู้ถึงพฤติกรรมทางลบและทางบวก พฤติกรรมทางลบจะก่อให้เกิดการจัดการปัญหาที่ไม่เหมาะสมทำให้ความพึงพอใจในชีวิตคู่ต่ำ และเกิดการรับรู้ที่ผิดปกติควบคู่กับพฤติกรรมทางลบ ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์ไม่ราบรื่น คู่ชีวิตอาจเกิดอาการซึมเศร้ามีแนวโน้มทำร้ายตนเอง

2) สุขภาพทางกาย (physiology) ถ้าคู่ชีวิตมีสุขภาพที่ดีจะส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตคู่

3) แบบแผนการมีปฏิสัมพันธ์ (interaction patterns) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ต่ออย่างสม่ำเสมอส่งผลให้มีความสุขในชีวิตคู่มากขึ้น ในทางตรงกันข้ามคู่ชีวิตที่ไม่รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกันก่อให้เกิดการไม่สนใจกันกลายเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่ห่างเหินและเกิดความไม่พึงพอใจในที่สุด

4) การสนับสนุนทางสังคม (social support) การช่วยเหลือซึ่งกันและกันจะส่งผลต่อความพึงพอใจของตนเองและผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน

5) ความรุนแรง (violence) การทำร้ายร่างกายส่งผลให้อีกฝ่ายรับรู้ถึงภัยอันตราย ทำให้เกิดความหวาดกลัวและไม่ต้องการที่จะสานสัมพันธ์ในชีวิตคู่อีกต่อไป

นอกจากนั้นแล้วยังมีปัจจัยในบริบทต่างๆ (contextual factors) ที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจในชีวิตคู่ ถ้าชีวิตประเมินว่าสิ่งเหล่านี้ไม่เกิดประโยชน์แก่ตนเอง อาจเกิดการพุดคุยเพื่อแก้ไขปัญหาหรือค้นหาชีวิตใหม่ที่เหมาะสมกว่า ได้แก่

1) คุณลักษณะทางบุคลิกภาพของคู่ชีวิต (spousal personality characteristics) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ (neuroticism) การเปิดเผย (extraversion) การเปิดรับประสบการณ์ (openness to experience) ความเป็นมิตร (agreeableness) และการมีจิตสำนึก (conscientiousness) ความไม่พึงพอใจส่วนใหญ่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่มั่นคงทางอารมณ์ การมีจิตสำนึกและความเป็นมิตรที่ต่ำ และการเปิดรับประสบการณ์ที่ต่ำของคู่ชีวิต

2) พฤติกรรมที่ปกป้องความสัมพันธ์ (spousal mate guarding) ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการป้องกันคู่ของตนจากการถูกล่วงเกินความสัมพันธ์ผ่านการแสดงพฤติกรรม แต่บางพฤติกรรมกลับก่อให้เกิดความขัดแย้งในความสัมพันธ์ของตนเอง ได้แก่ การอยู่ร่วมกันตลอดเวลา การข่มขู่หรือลงโทษเมื่อคู่ของตนมีพฤติกรรมนอกใจ การควบคุมด้วยอารมณ์

3) ความอ่อนไหวของคู่ชีวิตต่อการนอกใจ (spousal susceptibility to infidelity) การนอกใจเกิดจากประเด็นเรื่องความซื่อสัตย์ ความเชื่อใจ ความมุ่งมั่น และความรัก เมื่อเกิดการนอกใจ คู่ชีวิตจะรู้สึกท้อแท้และผิดหวังในชีวิตของตนเองขึ้นมาทันที

4) คุณค่าของคู่ชีวิต (mate value) เป็นความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อคู่ชีวิตของตน ประกอบด้วย รูปร่างหน้าตา ความฉลาด และบุคลิกภาพ การให้คุณค่าของคู่ชีวิตที่ต่างกันมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่พึงพอใจในชีวิตคู่ตามมา อาจส่งผลให้เกิดการแยกทางกันไปหาคนใหม่ที่มีคุณค่าในระดับเดียวกัน

5) ลูก (children) ความพึงพอใจในคู่ชีวิตได้รับอิทธิพลอย่างมากต่อการมีลูกและมีผลกระทบทั้งสองทางไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มขึ้นในด้านความมั่นคงในความสัมพันธ์และการลดลงของความพึงพอใจในคู่ชีวิต กล่าวคือการเป็นพ่อแม่ทำให้ความสุขในความสัมพันธ์ลดลงแต่จะช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ให้ยืนยาวมากขึ้น

### วัฒนธรรมของคู่ชีวิตคนไทย

สังคมไทยเป็นสังคมสตรีรวมหมู่ (collectivist culture) เน้นให้ความสำคัญแก่กลุ่มคนมากกว่าตนเอง บุคคลยอมเสียสละประโยชน์ส่วนตัวเพื่อผลประโยชน์ส่วนรวม ลักษณะดังกล่าวบุคคลเชื่อว่าตนจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ให้ความสำคัญแก่ความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มและประพฤติดนสอดคล้องกับบรรทัดฐานที่กลุ่มกำหนดไว้ จากลักษณะดังกล่าวคู่ชีวิตคนไทยจึงมักให้ความสำคัญกับมาตรฐานความสัมพันธ์ด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัว (family responsibility) ตามแนวคิดมาตรฐานความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตระหว่างวัฒนธรรมจีนและตะวันตกสูงกว่าคู่ชีวิตที่อยู่ในวัฒนธรรมตะวันตกหรืออยู่ในสังคมปัจเจกนิยม (individualism) ซึ่งมีลักษณะให้ความสำคัญกับเป้าหมายของ

ตนเองมากกว่าเป้าหมายของกลุ่ม บุคคลมีความเป็นอิสระ ให้ความสำคัญกับเจตคติความคิดและความรู้สึกของตนเอง คนไทยให้ความสำคัญกับมาตรฐานความสัมพันธ์ด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัว (family responsibility) คือความสัมพันธ์ระหว่างตัวบุคคลกับสมาชิกครอบครัวหรือสังคมาครอบครัวของคู่ชีวิต ซึ่งประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับครอบครัวขยาย (extended family) การให้ความสำคัญกับหน้าตา (face) รวมทั้งความสมัคสมานในด้านความสัมพันธ์ (relationship harmony) และการให้ความสำคัญกับบทบาททางเพศตามแบบดั้งเดิม (traditional gender roles) (วัชรพงษ์ ฟูประทีปศิริ, 2559)

### 3.2 ความหมายของความรักและการสมรส

#### 3.2.1 ความหมายของความรัก

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2545) กล่าวว่า ความรัก เป็นความรู้สึกพิเศษที่บุคคลมีต่ออีกคนหนึ่ง ความรักเป็นสิ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตมีลักษณะพิเศษแตกต่างไปจากความสัมพันธ์อื่น การที่คู่ชีวิตเข้าใจความรักดีพอจะทำให้สามารถพัฒนาความรักให้เติบโตงอกงามในชีวิตคู่ได้อย่างแท้จริง

นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ (2546) กล่าวว่า ความรัก คือ ความรู้สึกพิเศษที่บุคคลหนึ่งพึงมีให้อีกบุคคลหนึ่งอย่างเต็มใจ ความรักระหว่างชายหญิงมีหลายแบบแต่ละแบบเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่แตกต่างกันเมื่อเวลาเปลี่ยนแปลง สังคมก็เปลี่ยนไปทำให้พัฒนาการทางด้านความรัก การใช้ชีวิตร่วมกันมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะพลวัต (Dynamic) คือการเปลี่ยนแปลงในลักษณะหมุนเวียน โดยรอบเรียกว่า วัฏจักรของครอบครัวหรือวงจรของการพัฒนา (Developmental Cycle)

พรณทิพย์ ศิริวรรณบุษย์ (2550) กล่าวว่า ความรัก คือ อารมณ์ชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นจากสิ่งเร้า และสามารถหายไปได้ถ้าสิ่งเร้านั้นหายไป อาจเกิดขึ้นได้ใหม่ถ้ามีสิ่งเร้าใหม่ที่ถูกใจเกิดขึ้นเหมือนอารมณ์โกรธ เศร้า หรือดีใจ ความรักจะคงอยู่ตลอดไปหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าสิ่งเร้านั้นมีอิทธิพลต่อผู้ถูกเร้ามากมายนขนาดไหน

Lasswell & Lasswell (1976) กล่าวว่า ความรักมีหลายแบบในช่วงเวลาที่ต่างกัน ในช่วงต้นของการจีบกันชายหญิงจะมีความรักแบบโรแมนติก (Romantic Love) เมื่อเวลาผ่านไปความรักที่มีเหตุผล (Logical - Sensible Love) ก็จะเกิดขึ้นและเมื่อใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันนานวันเข้าความรักฉันท์เพื่อน (Lifelong Friendship) ก็จะเกิดขึ้นแทนที่ ความรักเป็นความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Attachment) ที่แสดงใน 3 ด้าน คือ ด้านความรู้สึก ความคิด และการกระทำ

โดยสรุป ความรัก หมายถึง ความรู้สึกหรืออารมณ์พิเศษที่บุคคลหนึ่งมีต่อบุคคลหนึ่ง ความรักเป็นความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Attachment) ที่แสดงใน 3 ด้าน คือ ด้าน

ความรู้สึก ความคิด และการกระทำ ซึ่งรูปแบบของความรักจะเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไปตามระยะเวลาและความสัมพันธ์

### องค์ประกอบของความรัก

Sternberg (1986) กล่าวว่า ความรักมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ความใกล้ชิดผูกพัน (Intimacy) การอุทิศตัวต่อกัน (Commitment) และอารมณ์รัก (Passion)

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2545) กล่าวว่า องค์ประกอบที่สำคัญของความรัก ประกอบด้วย

1) ความอุทิศตนต่อกัน (Commitment) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมสำคัญ 2 ประการ

1.1) ความรับผิดชอบ ชีวิตคู่เป็นความรับผิดชอบของคนสองคน สามิภรรยาจะต้องมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลรักษาชีวิตคู่เอาไว้ ทั้งคู่ต้องพยายามทุกวิถีทางที่จะทำให้ความสัมพันธ์ดำเนินไปได้ด้วยดี และหากความสัมพันธ์มีปัญหาทั้งคู่ต้องช่วยกันแก้ไขไม่ใช่โยนความผิดให้อีกคนหนึ่ง

1.2) การปกป้องความสัมพันธ์ให้ปลอดภัย (protectiveness) ชีวิตคู่เป็นระบบย่อยที่อยู่ในระบบใหญ่แห่งครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้นจะมีระบบอื่นๆที่มากกระทบชีวิตคู่ได้เสมอ คู่ชีวิตต้องพยายามรักษาชีวิตคู่ให้ปลอดภัยและมั่นคงโดยการสร้างขอบเขต (boundary) ที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้ระบบอื่นเข้ามาแทรกแซงความสัมพันธ์

2) ความผูกพัน (attachment/affective involvement) หมายถึง ระดับความรู้สึกห่วงใยที่บุคคลมีต่อกัน รวมทั้งความสนใจและเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันที่เหมาะสม คือ ความผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (empathic involvement) โดยมีความสนใจและผูกพันอีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่าย ซึ่งจะทำให้คู่ชีวิตตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของอีกฝ่ายได้อย่างเหมาะสม

3) ความสนิทสนมอย่างลึกซึ้ง (intimacy) หมายถึง ความรู้สึกใกล้ชิด เชื่อมโยงผูกพัน และห่วงใยในสวัสดิภาพของอีกฝ่ายหนึ่ง ต้องการให้อีกฝ่ายมีความสุข ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ความผูกพัน การใช้เวลาร่วมกัน การเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของอีกฝ่าย การเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของอีกฝ่าย การร่วมรับรู้ในความสุข การร่วมรับรู้ในความทุกข์ ความใกล้ชิดและความห่างที่เหมาะสม ความสมดุลในอำนาจ การสื่อสารและการแก้ไขความขัดแย้ง

4) การมองเห็นคุณค่าและส่วนดีของอีกฝ่าย เป็นการมองตามความเป็นจริง อาจทำได้โดยคำพูดหรือการกระทำที่แสดงว่าเห็นคุณค่า คำพูดหรือการกระทำที่แสดงความขอบคุณในสิ่งที่อีกฝ่ายทำให้ การแสดงออกซึ่งความรัก เช่น การสัมผัส โอบกอด รวมถึงการบอกรักผ่านคำพูด



5) ความอดทน เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะว่ามีความหนักแน่นมากเพียงใดความอดทนทำให้สามารถจัดการกับความขัดแย้งได้อย่างเหมาะสม เมื่อใช้ระยะเวลากับความคิดในการแก้ปัญหา

6) การให้อภัย ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นอาจทำให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเกิดความเสียใจและรู้สึกเจ็บปวด หากไม่มีการขอโทษอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกฝังลึก และบั่นทอนความสัมพันธ์ให้พังทลายได้

7) อารมณ์รัก (Passion) หมายถึง ความรู้สึก ความปรารถนาและแรงผลักดันให้ชายหญิงใกล้ชิดกันทางด้านกายภาพโดยการสัมผัสและความรู้สึก โดยมากฝ่ายหญิงแสดงออกในรูปแบบของความรัก ความห่วงใย ส่วนฝ่ายชายแสดงออกถึงความสัมพันธ์ทางเพศ

### 3.2.2 ความหมายของการสมรส

ระวีวรรณ ชุ่มพฤษ (2530) กล่าวว่า การสมรส คือ ข้อตกลงระหว่างชายหญิงในการใช้ชีวิตร่วมกัน โดยปฏิบัติให้เป็นไปตามประเพณีและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันตามสังคมท้องถิ่น เป็นแบบแผนของพฤติกรรมที่บังคับความเป็นพ่อแม่ เป็นการประกันความมั่นคงในการดูแลเลี้ยงดูบุตรและเป็นกลไกทางวัฒนธรรม เพื่อให้ครอบครัวมีความต่อเนื่อง รวมถึงการรวมกลุ่มต่าง ๆ ที่มีพื้นฐานของความเป็นเครือญาติ

นิยพรรณ วรรณศิริ (2550) กล่าวว่า การสมรส คือ การที่ชายหญิงมีความสัมพันธ์ทางเพศต่อกัน โดยมีพิธีกรรมเป็นกลไกในการประกาศให้สังคมรับรู้และยอมรับเพื่อประกันความเป็นปึกแผ่นของครอบครัวที่เกิดขึ้นภายหลังแต่งงาน พิธีกรรมเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงสิทธิในการเป็นเจ้าของซึ่งกันและกัน จึงต้องมีเรื่องของเศรษฐกิจควบคู่กันไปกับเรื่องมีเพศสัมพันธ์เสมอ

จินดารัตน์ โพธิ์นอก (2551) กล่าวว่า การสมรส หมายถึง การอยู่ร่วมกันของบุคคลสองคนในฐานะคู่สามีภรรยา ซึ่งทั้งคู่มีทั้งสิทธิและพันธะที่กำหนดโดยกฎหมาย วัฒนธรรม ประเพณีหรือพิธีกรรมทางศาสนายังหมายรวมถึงการอยู่ร่วมกันฉันสามีภรรยา ซึ่งเป็นที่ยอมรับของครอบครัว สังคมหรือศาสนา ในหลายสังคมการสมรสนอกจากจะเชื่อมโยงคู่สมรสแล้วยังเป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเครือญาติของทั้งสองฝ่ายด้วย

ประสพสุข บุญเดช (2552) กล่าวว่า ในทางกฎหมาย การสมรส หมายถึง การที่ชายและหญิงสมัครใจเข้ามาอยู่กินฉันสามีภริยากันชั่วชีวิตโดยจะไม่เกี่ยวข้องทางชู้สาวกับบุคคลอื่นได้อีก วาไรนาสกุล และเบญจวรรณ ธรรมรัตน์ (2554) กล่าวว่า การสมรส คือ การที่ชายและหญิงตกลงที่จะใช้ชีวิตร่วมกันด้วยความสมัครใจ ร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกัน ดูแลซึ่งกันและกันจนกว่าชีวิตจะสิ้นสุดลง

โดยสรุป การสมรส หมายถึง การอยู่ร่วมกันของชายและหญิงในฐานะคู่สามีภรรยาด้วยความสมัครใจ ซึ่งทั้งคู่มีทั้งสิทธิและพันธะที่กำหนดโดยกฎหมาย วัฒนธรรม ประเพณีหรือพิธีกรรมทางศาสนาเป็นที่ยอมรับของครอบครัว สังคมหรือศาสนาและสร้างข้อตกลงในการใช้ชีวิตร่วมกัน

## รูปแบบของการสมรส

การสมรสแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

1) การสมรสตามประเพณี (Traditional marriage) เป็นการสมรสที่เน้นบทบาทและหน้าที่เป็นสำคัญ หลายคู่แต่งงานโดยไม่ได้รักกันมาก่อน เพราะเชื่อว่าความรักจะเกิดขึ้นเองภายหลัง ในการสมรสแบบนี้หน้าที่ของแต่ละฝ่ายจะถูกสังคมกำหนดไว้อย่างชัดเจน นั่นคือสามีทำหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัว ส่วนภรรยาทำหน้าที่ดูแลบ้านและเลี้ยงลูก

2) การสมรสตามใจสมัคร (Companionate marriage) เป็นการสมรสที่คู่สมรสจะถือความรักและการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญ แต่ละฝ่ายตัดสินใจแต่งงานเพราะรักกันและอยากใช้ชีวิตร่วมกัน

อชลิยา อภิวัฒน์กุล (2531) กล่าวถึงรูปแบบการสมรส 2 รูปแบบ คือ การสมรสตามกฎหมายและการอยู่กินฉันสามีภรรยาโดยไม่มีการจดทะเบียนสมรส ไว้ดังนี้

1) การสมรสตามกฎหมาย หมายถึง การที่ชายหญิง 2 คน ตกลงปลงใจที่จะใช้ชีวิตคู่ร่วมกันฉันสามีภรรยา โดยมีการจดทะเบียนสมรส เมื่อชายหญิงทำการจดทะเบียนสมรสกันถูกต้องตามกฎหมายแล้วจะมีผลทำให้ชายและหญิงนั้นมีฐานะเป็นสามีภรรยากันทันทีและทั้งคู่จะมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน เกิดสิทธิและหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติต่อกันและต่อสังคมตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ดังนี้

1.1) การสมรสก่อให้เกิดความสัมพันธ์ สิทธิและหน้าที่ในทางส่วนตัวระหว่างสามีและภรรยา ชายและหญิงที่มีนิติสัมพันธ์กันในฐานะสามีภรรยาถูกต้องตามกฎหมายแล้ว ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ สิทธิและหน้าที่ในทางส่วนตัวกันตามที่กฎหมายบัญญัติไว้เพื่อความผาสุกและความมั่นคงในครอบครัว ดังนี้

สามีภรรยาต้องอยู่ด้วยกันฉันสามีภรรยา (mutual duty to cohabit) ซึ่งหมายถึงการอยู่ร่วมบ้านเดียวกัน (to share a common home) ร่วมชีวิตในการครองเรือน (domestic life) และทั้งร่วมประเวณีต่อกันด้วย

สามีภรรยาต้องอุปการะเลี้ยงดูกัน (mutual duty to maintain each other) ตามความสามารถและฐานะของตน

1.2) การสมรสก่อให้เกิดความสัมพันธ์ สิทธิและหน้าที่ในทางทรัพย์สินระหว่างสามีและภรรยา เมื่อชายหญิงทำการสมรสอยู่กินเป็นสามีภรรยากันแล้วยังมีความจำเป็นที่จะต้องนำทรัพย์สินที่แต่ละฝ่ายมีอยู่ใช้สอยร่วมกัน และระหว่างอยู่กินร่วมกันนั้นก็อาจประกอบอาชีพได้ทรัพย์สินเพิ่มพูนขึ้น หรือในทางตรงกันข้ามอาจก่อให้เกิดหนี้สินขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องมิบัพัญญูติ

ของกฎหมายจัดระเบียบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในทางทรัพย์สินระหว่างสามีภรรยาขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกและเป็นธรรมแก่กันและกันรวมทั้งบุคคลภายนอกที่เข้ามาทำนิติสัมพันธ์ด้วย

- 1.3) การสมรสทำให้ผู้เยาว์บรรลุนิติภาวะ
- 1.4) การสมรสอาจก่อให้เกิดบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย
- 1.5) การสมรสก่อให้เกิดสิทธิพิเศษเกี่ยวกับการเสียภาษีอากร
- 1.6) การสมรสทำให้สามีหรือภรรยาที่กระทำความผิดทางอาญาต่อกันไม่ต้องรับโทษ

ตามกฎหมาย

2) การอยู่กินฉันสามีภรรยาโดยไม่มีการจดทะเบียนสมรส (Unmarried cohabitant) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงที่อยู่ร่วมกันในฐานะสามีภรรยาโดยไม่มีการสมรส มีการแสดงต่อสาธารณชนว่าเป็นสามีภรรยา มีการประพฤติปฏิบัติต่อกันในฐานะเช่นนั้น ได้แก่ การอยู่ร่วมบ้านเดียวกัน มีความสัมพันธ์ทางเพศ ร่วมชีวิตในการครองเรือน แบ่งหน้าที่ระหว่างกัน มีการช่วยเหลืออุปการะเลี้ยงดูกัน ตลอดจนดูแลเลี้ยงดูบุตรที่เกิดจากความสัมพันธ์นั้น การอยู่กินร่วมกันในฐานะสามีภรรยาโดยไม่มีการจดทะเบียนสมรส แม้จะนานเพียงใดก็ไม่ถือว่าเป็นสามีภรรยาตามกฎหมายเพราะไม่มีการสมรสในแบบที่กฎหมายกำหนด การอยู่กินฉันสามีภรรยาโดยไม่มีการจดทะเบียนสมรสแม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ชายหญิงสมัครใจที่จะเลือกรูปแบบวิธีการสมรสที่จะเห็นว่ามีประโยชน์แก่ตนในบางประการ แต่การไม่ทำตามแบบที่กฎหมายกำหนดมีผลต่อทั้งรัฐ ต่อตนเอง และบุตร ดังนี้

2.1) กระทบต่อนโยบายของรัฐในเรื่องการสมรส รัฐจำเป็นต้องกำหนดนโยบายหรือหลักการเกี่ยวกับการสมรส เพื่อประโยชน์ต่อคู่สมรสและสังคมส่วนรวม เพื่อให้ประชาชนของรัฐมีสุขภาพแข็งแรง สติปัญญาดี และมีให้เกิดความไม่สงบเรียบร้อยภายในครอบครัว

2.2) ผลกระทบต่อตนเอง นโยบายของรัฐในเรื่องการสมรสที่กำหนดไว้ได้กำหนดถึงผลที่จะได้รับการสมรสที่รัฐจะให้ความคุ้มครองในความสัมพันธ์ส่วนตัวและความสัมพันธ์ทางทรัพย์สินตลอดจนสิทธิและหน้าที่ของสามีภรรยา ซึ่งครอบคลุมถึงหน้าที่ในการอุปการะเลี้ยงดูกัน ทรัพย์สินระหว่างสามีภรรยา มรดก และการละเมิด เป็นต้น กฎหมายก็จะไม่คุ้มครองให้ชายหญิงคู่หนึ่งได้รับการประกันถึงสิทธิและหน้าที่ดังกล่าว

2.3) ผลกระทบต่อบุตร บุตรที่เกิดจากความสัมพันธ์ฉันสามีภรรยาโดยไม่มีการจดทะเบียนสมรส กฎหมายถือว่าเป็นบุตรที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายของชาย ทำให้บุตรไม่ได้รับสิทธิบางประการ เช่น ค่าอุปการะเลี้ยงดูจากผู้เป็นบิดา การใช้นามสกุล การรับมรดก เป็นต้น

ในปัจจุบันการอยู่กินฉันสามีภรรยาโดยไม่มีการจดทะเบียนสมรสมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุผลทางค่านิยมการใช้ชีวิตในสังคมของคนรุ่นใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไป (ชาย โภธิสิตา, 2554)

### 3.3 บทบาทและหน้าที่ของคู่ชีวิต

ชีวิตครอบครัว (Family life) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญคือ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความรับผิดชอบของครอบครัว ศีลธรรมและจริยธรรมของครอบครัว เมื่อชายหญิงแต่งงานและใช้ชีวิตคู่ร่วมกันเป็นครอบครัว ความสัมพันธ์และบทบาทในครอบครัวก็ย่อมเปลี่ยนแปลงไป นางลักษณะ เอ็มประดิษฐ์ (2546) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของคู่ชีวิต ไว้ดังนี้

3.3.1 บทบาทระหว่างสามีภรรยาตามแบบประเพณีดั้งเดิม แนวคิดนี้ถือว่าผู้ที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวคือสามีเท่านั้น ในขณะที่ภรรยามีหน้าที่ให้ความรักเลี้ยงบุตรและดูแลบ้าน ความรับผิดชอบต่องานภายในครอบครัวของสามีมีความสัมพันธ์ผกผันกับระยะเวลาที่ต้องทำงานนอกบ้าน อาจกล่าวได้ว่าสามีเป็นผู้นำในการหาเลี้ยงครอบครัว

3.3.2 บทบาทระหว่างสามี-ภรรยาในลักษณะการเอารัดเอาเปรียบ เป็นการเน้นอิทธิพลของสตรีเป็นเรื่องสำคัญ โดยมองว่าเพศชายเป็นผู้แสวงหาผลประโยชน์ให้กับตนเองแล้วสร้างภาระอันไม่เป็นธรรมด้วยการมอบความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานบ้านและการเลี้ยงดูบุตรให้ตกอยู่กับสตรี นอกจากนี้ยังมองว่าการกระทำกล่าวเป็นงานที่ไม่มีเกียรติ นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อสตรีได้มีโอกาสออกไปทำงานนอกบ้านแล้วยังต้องกลับมาทำงานภายในบ้านอีกด้วย แสดงให้เห็นว่าแม้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในบทบาทของภรรยาก็ตาม สามียังคงรับผิดชอบงานในบ้านเท่าเดิม

3.3.3 ความเปลี่ยนแปลงบทบาทระหว่างสามี-ภรรยา แนวคิดนี้เป็นการมองบทบาทของสามีภรรยาในแง่ที่ดีด้วยการอาศัยความประนีประนอมระหว่างกัน โดยการเสนอแนะให้สตรี เปลี่ยนแปลงบทบาทที่ต้องรับผิดชอบให้มีทั้งสองด้าน คือ บทบาทในด้านการประกอบอาชีพ และ บทบาททางด้านครอบครัว นอกจากนี้ยังได้เสนอแนะให้มีการส่งเสริมความเข้าใจในบทบาทที่ เปลี่ยนแปลงไป และวางนโยบายทางสังคมเพื่อสนองต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

### 3.4 ลักษณะและบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทยังไม่มีการศึกษาอย่างแพร่หลายมากนัก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคสมองเสื่อม Lawn & McMahon (2014) กล่าวว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีบทบาทที่เฉพาะ (unique role) เมื่อเทียบกับบทบาทการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มอื่น ลักษณะการดูแลอยู่ภายใต้บริบทของความสัมพันธ์ที่เรียกว่า ความสัมพันธ์อันแท้จริง (a real & genuine relationship) คู่ชีวิตของผู้ป่วยพยายามปรับตัวในการดูแลเพื่อที่จะรักษาสัมพันธ์ภาพของชีวิตคู่เอาไว้ มักมองว่าตนเองเป็นสามีและภรรยาแทนที่จะเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลแต่ละคนรับมือกับภาระการดูแลและผลกระทบกับความสัมพันธ์ของชีวิตคู่โดยแทบที่จะไม่มีการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ แต่ก็ยังมีความมุ่งมั่นที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์การ

ดูแลให้กับคู่ชีวิต โดย Lawn & McMahon (2014) กล่าวเพิ่มเติมว่า ระยะเวลาที่คู่ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ปี เป็นช่วงเวลาที่เกิดความมั่นคงในชีวิตคู่ เกิดความผูกพันและมีการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบทฤษฎีพื้นฐานของ Agard et al. (2015) เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต พบ 5 มิติการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต (Dimensions of spousal caregiving) ประกอบด้วย

1) การสังเกต (observing) คู่ชีวิตจะคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องว่ามีอาการที่บ่งบอกถึงการกำเริบของโรคหรือการฟื้นหายจากโรคหรือไม่

2) การให้การช่วยเหลือ (assisting) ภายหลังออกจากโรงพยาบาลคู่ชีวิตให้การดูแลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ สร้างสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่จะช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วย ในช่วงแรกของการดูแลคู่ชีวิตทำกิจกรรมต่างๆในครอบครัวเพียงผู้เดียว ไม่ว่าจะเป็นการทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เลี้ยงดูบุตร งานบ้านอื่นๆรวมถึงรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆภายในครอบครัว คอยช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การรับประทาน อาหาร การรับประทานยา คอยกระตุ้นและเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา และพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด การพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่สร้างความเครียดให้กับคู่ชีวิตที่ทำงานเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะคู่ชีวิตที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยเพียงลำพังเนื่องจากมีเวลางานที่จำกัด

3) การฝึกสอน (coaching) คู่ชีวิตส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นคนฝึกสอนและชื่นชมให้กำลังใจเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง

4) การเป็นผู้สนับสนุน (advocating) คู่ชีวิตให้การสนับสนุนผู้ป่วยเกือบทุกๆด้าน ในช่วงแรกของการดูแลส่วนใหญ่รับผิดชอบในการติดต่อกับทีมสหสาขาวิชาชีพและแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆแต่เพียงผู้เดียว ในบางรายพบว่าคู่ชีวิตเผชิญกับความยากลำบากในการประสานงานติดต่อกับแหล่งช่วยเหลือต่างๆจนเกิดความท้อแท้ แต่ก็ยังมีความพยายามที่จะแสวงหาแหล่งสนับสนุนที่จะมาช่วยเหลือในขณะให้การดูแลผู้ป่วย

5) การจัดการกิจกรรมต่างๆ (managing activities) คู่ชีวิตจะคอยจัดตารางเวลาต่างๆให้กับผู้ป่วยทั้งในเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัดและการทำกิจกรรมอื่นๆ รวมถึงเมื่อมีญาติหรือเพื่อนมาเยี่ยม คู่ชีวิตจะบริหารจัดการเวลาในการเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนได้อย่างเต็มที่

### 3.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของคู่ชีวิต

ผลกระทบจากการดูแลต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

### 1) ผลกระทบด้านร่างกาย

คูชีวิตที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักจะให้ความสำคัญกับสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าสุขภาพและความต้องการของตนเองส่งผลต่อปัญหาสุขภาพร่างกาย ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยทำให้คูชีวิตไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเอง แบบแผนการนอนแปรปรวน (Kaushik & Bhatia, 2013) มีความเสี่ยงที่จะเกิดความเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังตามมา (Lawn & McMahon, 2014) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อปัญหาเรื่องเพศ (sexuality) ทั้งกับผู้ป่วยและคูชีวิตไม่ว่าจะเป็นความไม่มั่นใจเกี่ยวกับความสามารถทางเพศ ความลดน้อยลงของจินตนาการทางเพศ ความรู้สึกของความต้องการทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศ และการขาดการสื่อสารและการสนับสนุนในเรื่องทางเพศ (Ostman & Bjorkman, 2013) ผลกระทบต่อปัญหาเรื่องเพศส่งผลให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพสมรส (marital relationships) ระหว่างคูชีวิตและผู้ป่วยจิตเภท (Simiyon et al., 2016)

### 2) ผลกระทบด้านจิตใจ

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทำให้คูชีวิตเกิดความกดดันทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง การขาดการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้ป่วย ทำให้คูชีวิตรู้สึกโดดเดี่ยว (Lawn & McMahon, 2014) เกิดความกังวลใจ (worry) ความผิดหวัง (frustration) รู้สึกสูญเสียการควบคุมเนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอนและไม่สามารถคาดเดาอาการของผู้ป่วยได้ บางรายรู้สึกไม่ได้รับความพึงพอใจกับชีวิตและต้องการความเป็นอิสระจากการดูแล เกิดความโมโหเศร้า ความกลัว เหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ ความอับอาย ความลำบากใจ ความรู้สึกผิดและตำหนิตนเอง (Kumari et al., 2009) ผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตมีความเครียดจากการดูแลโดยรวมสูงที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ดูแลกลุ่มอื่น (เสาวภา พริ้วตะคุ, 2549) คูชีวิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีระดับสุขภาวะ (subjective well-being) ที่ต่ำ มีความวิตกกังวล (anxiety) และภาวะซึมเศร้า (depression) สูงเมื่อเทียบกับคูชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (Ildstad, Ask & Tambs, 2010) ในกลุ่มคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นผลจากภาระการดูแล (Wittmund, Wilms, Mory & Angermeyer, 2002 cited in Seeman, 2012) จากการศึกษาของ Kumari et al. (2009) พบว่าคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศหญิงและชายมีภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) อยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบเชิงบวกต่อคูชีวิตที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าคูชีวิตมีความพึงพอใจที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น สามารถจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ เกิดความภาคภูมิใจที่สามารถจัดการกับความทุกข์ของตนเองได้ เกิดความเข้มแข็งที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย (Seeman, 2012) ในบางรายไม่พบความรู้สึกไม่พอใจต่อการเจ็บป่วยและภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้น แม้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมแต่คูชีวิต

ยอมรับได้ว่าพฤติกรรมเหล่านั้นเกิดจากความเจ็บป่วย (Mizuno et al., 2011) เกิดความรู้สึกท้าทาย (challenges) ความมุ่งมั่นอดทนในการรักษาและปกป้องความสัมพันธ์ของชีวิตคู่เอาไว้ (Lawn & McMahon, 2014)

### 3) ผลกระทบด้านสังคม

คูชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูญเสียตัวตนของความเป็นสามีหรือภรรยาและเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทกลายเป็นผู้ดูแล (Mutch, 2010) การที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวมากขึ้น ทำให้ต้องลดทอนบทบาททางสังคมลง ความต้องการส่วนบุคคลที่ไม่ได้รับการตอบสนองส่งผลให้ความขัดแย้งในชีวิตคู่มากขึ้นจนเป็นที่มาของการใช้ความรุนแรงกับผู้ป่วย ความเครียดที่เกิดจากการดูแลอาจนำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัวได้ คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำลง (Kaushik & Bhatia, 2013) และมีการปรับตัวทางสังคมน้อย (Merikangas et al., 1983 cited in Yu & Shim, 2009) นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงสถานการณ์ทางสังคมและบกพร่องในเรื่องสัมพันธภาพ (Goldberg, 2016) ทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตร่วมกับคูชีวิต การศึกษาของ Kageyama et al. (2015) พบว่าอัตราการใช้ความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทต่อคูชีวิตสูงถึงร้อยละ 19.5 และอัตราการหย่าร้างระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและคูชีวิตพบร้อยละ 16.98 (Thara & Srinivasan, 1997)

นอกจากนี้ปัญหาทางด้านการเงินซึ่งเป็นผลจากภาระค่าใช้จ่ายจากกระบวนการรักษาเป็นผลกระทบที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิต ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจทำให้คูชีวิตเกิดความคิดที่จะแยกทางและอย่าร้างตามมาได้ (Seeman, 2012) เนื่องจากความไม่มั่นใจ (Insecurity) และความรู้สึกสองจิตสองใจ (ambivalence) ในความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Kaushik & Bhatia, 2013) ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต พบว่าผลกระทบที่ใหญ่ที่สุด คือ สัมพันธภาพระหว่างคูชีวิตและผู้ป่วย โดยเฉพาะความสนิทสนมใกล้ชิด (intimacy) คูชีวิตของผู้ป่วยมีความยากลำบากในการจัดการกับความสนิทสนมใกล้ชิดกับผู้ป่วย แม้จะผ่านระยะกำเริบของอาการทางจิตและมีการฟื้นหายแล้ว (recovery) (Henderson, 2001; Jungbauer & Angermeyer, 2002 cited in Seeman, 2012) โรคจิตเภทอาจลดความสนใจในการมีเพศสัมพันธ์และยารักษาโรคจิตเภทบางตัวส่งผลกระทบต่อความต้องการทางเพศ (Brichford & Carson-DeWitt, 2014) แต่มีคูชีวิตของผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคูชีวิตและผู้ป่วยอยู่ในระดับดี คูชีวิตคูมีความสุขกับการแยกจากสังคมเครือญาติและมีชีวิตประจำวันที่เรียบง่าย เกิดความรักซึ่งกันและกัน (mutual affection) ความเห็นอกเห็นใจกัน (compassion) ความเคารพซึ่งกันและกัน (mutual respect) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการประคับประคองชีวิตคู่ (Yu & Shim, 2009)

### การเผชิญปัญหาจากการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ในช่วงแรกเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น คู่ชีวิตที่หน้าที่หลักในการดูแลจะทำความเข้าใจกับการเจ็บป่วย แสวงหาความช่วยเหลือจากญาติและคนในชุมชน ต่อมาจะเป็นระยะแห่งการเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ต่างๆที่เกิดจากปรับตัวในการดูแล และตามมาด้วยระยะแห่งการตัดสินใจเลือกทางเดินให้ชีวิต (สุพัตรา ทองคุณ, 2545) มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพชีวิตคู่ มีการปรับตัวทางอารมณ์ในเชิงบวก พยายามที่จะค้นหาวิธีการในการใช้ชีวิตของตนเองให้ดีขึ้น (Lawn & McMahon, 2014) ในช่วงต้นของการดูแลการสนับสนุนด้านสิ่งของ (instrumental support) และการช่วยเหลือในการดูแลเป็นสิ่งที่จำเป็น แต่เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยในระยะยาวการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่ต้องให้การสนับสนุนสำหรับผู้ดูแลในกลุ่มนี้ (Susan et al., 1999)

### 3.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้งทางบวกทางลบจากการดูแลส่งผลต่อคุณภาพดูแล ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้ Paker (1992) เสนอแนวทางช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมีปัจจัยสำคัญ 3 ประการดังนี้

- 1) มีช่วงเวลาหยุดพักจากการดูแล (time off from caring) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้ป่วย
- 2) ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (help from others) เป็นความพึงพอใจจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความเมตตา การช่วยเหลือทางสังคม
- 3) ได้รับความบริการ (provision of services) การช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น การบริการทางด้านสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ การบริการทางสังคมจากนักสังคมสงเคราะห์ การบริการดูแลชั่วคราวหรือกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (Paker, 1992 อ้างถึงในศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2546)

นอกจากปัจจัยสำคัญ 3 ประการที่มีผลต่อการช่วยเหลือผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทแล้ว พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญที่ควรให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะมีความใกล้ชิดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลทำให้ทราบปัญหาและความต้องการ จากผู้ดูแลเป็นอย่างดี



บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติได้โดย

- 1) ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและสังเกตภาวะเครียดของผู้ดูแล เพราะระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล
- 2) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความคับข้องใจ เพื่อลดภาวะเครียดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในผู้ดูแล
- 3) ให้ข้อมูล ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตามที่ผู้ดูแลต้องการ เพื่อช่วยผู้ดูแลกลับสู่กิจวัตรประจำวันเดิมได้เร็วขึ้น และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น
- 4) ช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแล มีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลและลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น
- 5) ส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลสหสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง หรือการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (เทียนทอง ทาระบุตร, 2555)

โดยสรุป ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งผลกระทบดังกล่าวมีทั้งทางบวกและทางลบ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์การดูแลในแต่ละบุคคล รวมทั้งรูปแบบการเผชิญปัญหาที่แต่ละบุคคลเลือกใช้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของคู่ชีวิตเป็นการดูแลที่เกิดจากความรัก ความผูกพันที่คู่ชีวิตมีต่อผู้ป่วย แม้การดูแลนั้นจะส่งผลต่อชีวิตคู่แต่คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีการเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อประคับประคองชีวิตคู่เอาไว้ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงควรเข้าใจและให้การช่วยเหลือคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและคู่ชีวิตสามารถดำเนินชีวิตคู่ได้อย่างปกติสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

##### 4.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

Husserl (1969) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิต โดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อนเกี่ยวกับความจริงของสิ่งรอบตัว (objective reality) ของประสบการณ์นั้น

Streubert & carpenter (1999) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง ศาสตร์ที่มีจุดประสงค์อธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีความเฉพาะเจาะจงหรือลักษณะที่ปรากฏของสิ่งใด ๆ ในลักษณะประสบการณ์ชีวิต (Lived experience)

ชาย โปธิสิตา (2559) กล่าวว่า การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยที่มุ่งทำความเข้าใจหรือเข้าถึงความหมายของประสบการณ์ชีวิตแบบต่างๆ (Lived experience) ในโลกของผู้ที่

ได้รับประสบการณ์เหล่านั้น ผู้วิจัยจะต้องถือเอาความหมายและความรู้สึกของผู้ที่ได้ประสบกับเหตุการณ์เป็นสำคัญ ไม่ใช่ความหมายของนักวิจัย

อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2559) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากสาขาปรัชญา ในการทำความเข้าใจความเชื่อมโยงของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมในโลก โดยศึกษาปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่สนใจจากคำบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์ตรง เพื่อค้นหาแก่นแท้ของปรากฏการณ์นั้นให้มีความชัดเจน โดยมีภาษาเป็นสื่อขั้นต้นในการถ่ายทอดความหมายของประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์

โดยสรุป การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่มีประสบการณ์ตรงต่อเรื่องนั้นๆ เพื่อค้นหาแก่นแท้ของสิ่งที่ต้องการศึกษามุ่งเน้นที่การให้ความหมายและความรู้สึกของผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในเรื่องนั้นโดยปราศจากความคิดไตร่ตรองไว้ก่อนของนักวิจัย

#### 4.2 ความเป็นมาของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาตามแนวคิดของตะวันตกที่พัฒนามา 3 ระยะ ดังนี้ (อัญญา ปลดเปลื้อง, 2556)

**ระยะเริ่มแรก** (Preparatory phase) ผู้มีบทบาทสำคัญในระยะนี้คือ Franz Brentano อยู่ใน ช่วง ค.ศ.1838-1917 สิ่งสำคัญของยุคนี้คือ มุ่งให้ความสนใจต่อการกระทำและทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงคุณค่ากับการรับรู้ภายในตนเองของบุคคล (value of inner perception) โดยเฉพาะแนวคิดด้านจิตใจที่มีต่อการรับรู้ในเรื่องที่ผ่านมาของบุคคล และให้ความสำคัญต่อการรับรู้ทั้งภายในและภายนอกของบุคคล (Interior perception is impossible without exterior perception) ในระยะนี้ยังมี Carl Stumpf ซึ่งเป็นศิษย์ของ Franz Brentano ที่ได้ศึกษา ถึงปรากฏการณ์ทางวิทยาศาสตร์โดยเน้นเรื่องระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ ในระยะนี้ถือได้ว่าเป็นรากฐานของการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาในยุคต่อมา

**ระยะที่สอง** (German or second phase) ผู้มีบทบาทสำคัญในระยะนี้คือ Edmund Husserl (1859-1938) และ Martin Heidegger (1889-1976) แนวคิดหลักที่สำคัญ คือ การค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า ผู้ศึกษาเป็นอิสระจากกรอบแนวคิดหรือทฤษฎี โดยให้บุคคลอธิบายเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆที่ตนเองประสบทางสัมผัสต่างๆ

**ระยะที่สาม** (French or third phase) เป็นระยะที่การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาได้เคลื่อนไหวจากเยอรมันมาสู่ประเทศฝรั่งเศส บุคคลสำคัญในระยะนี้คือ Gabriel Marcel (1889-1973) Jean Paul Sartre (1905-1980) และ Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) แนวคิดหลักในระยะนี้คือ การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลมาจากการรับรู้การของมีชีวิตอยู่ในประสบการณ์จริงและมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ ทั้งนี้ Gadamer เป็นบุคคลสำคัญของ

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ โดยเน้นเรื่องการใช้ภาษา วงจรการตีความหมาย (hermeneutic circle) การสนทนา (dialogue) และการหล่อหลอมความเข้าใจของกระบวนการทางความคิดนี้

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยามีแนวคิดหลักทางปรัชญาและจิตวิทยา ถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญมากในการศึกษาจึงควรให้ความสำคัญกับแนวคิดของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาอย่างถ่องแท้ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในแนวทางและวิธีการของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยานี้มากขึ้น ระเบียบวิธีวิจัยต้องมีแนวคิดทฤษฎีมาก่อนวิธีการวิจัยจึงจะถือว่าเป็นการศึกษาที่คุณค่า แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Schools of Phenomenology) มี 3 ลักษณะ ได้แก่ (อัญญา ปลดเปลื้อง, 2556)

1) Duquesne school มีแนวทางการศึกษาตามโครงสร้างที่เหมือนจริง (Eidetic structure) ของ Husserl โดยให้ความสำคัญกับการพรรณนา (Notion of description) การศึกษาในลักษณะนี้ได้รับการพัฒนาโดยนักวิจัยหลายคน เช่น โคลซี (Colaizzi) จีออจี (Giorgi) และ แวน คัม (Van Kaam)

2) Heideggerian Hermeneutic มีแนวทางการศึกษาโดยใช้การตีความปรากฏการณ์ (Inter-pretation of phenomena) ซึ่งได้รับความนิยมอย่างมากในนักวิจัยพยาบาล โดยนำมาเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจต่อความหมาย (Common meaning) เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่บุคคล นักวิจัยที่ในกลุ่มนี้ คือ ไดเคิลแมน อัลเลน และแทนเนอร์ (Diekelmann, Allen & Tanner) เลียว นาร์ด (Leonard) และเบนเนอร์ (Benner)

3) Dutch school มีแนวทางการศึกษาที่ผสมการพรรณนา (description) กับ การตีความ (inter-pretation) ไปด้วยกัน การศึกษาประเภทนี้นิยมนำมาประยุกต์ใช้การศึกษาทางสังคม วิทยา เพื่อค้นหาความลับของโลก (World' secret) และความคุ้นเคย (Intimacies) โดยผ่านการถาม และการอธิบาย นักวิจัยที่ใช้การศึกษานี้ได้แก่ แวน แมนเนน (Van manen) เป็นต้น

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีจุดเน้นที่มีความแตกต่างกัน และสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 แนวทางดังนี้

1) ปรากฏการณ์วิทยาแนวอรรถวิสัย (Trans- cendental Phenomenology) เป็นแนวคิดของ Edmund Husserl แนวคิด Husserlian Phenomenology เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอิสระในเรื่องที่ต้องการศึกษา หลักสำคัญของแนวคิดนี้คือ มุ่งพรรณนา ความหมายที่สร้างขึ้นมาจากจิตสำนึก ผู้ศึกษาตามแนวคิดนี้ต้องไม่มีอคติ และไม่มีอารมณ์ในสิ่งที่ศึกษา โดยขจัดความคิดเห็นของตนออกจากสิ่งที่ตนเองกำลังศึกษา (bracketing) เน้นที่จุดมุ่งหมาย (intentionality) และ

สาระสำคัญ (essences) ของการรับรู้ของบุคคล มีความเชื่อว่ามนุษย์จะเข้าใจในสิ่งที่ประสบได้ด้วยการรับรู้

2) ปรัชญาการณวิทยาแนวอัตถิภาวะ (Existential Phenomenology) ตามแนวคิดของ Maurice Merleau-Ponty และ Jean-Paul Satre ที่ว่าการดำรงอยู่ในโลกของบุคคลมีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นๆ มุ่งวิเคราะห์ภาวะที่มีที่เป็น (Existence) ของบุคคลและสิ่งต่างๆ โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อการดำรงอยู่ในโลกด้วย การใช้ชีวิตในปัจจุบันเป็นผลมาจากภูมิหลังและประสบการณ์เดิม (Historical person) ของแต่ละคน

3) ปรัชญาการณวิทยาแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger โดยได้พัฒนาแนวคิดการศึกษาปรัชญาการณวิทยามาเป็นปรัชญาการณวิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology or Interpretive Phenomenology) ที่เน้นการตีความหมายของประสบการณ์ของบุคคลเป็นหลัก โดยมีมุมมองขัดแย้งกับ Husserl ในเรื่องของการแยกตัวเองออกจากเรื่องที่ศึกษา โดยเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอย่าง (being) เวลา (timing) มีความหมายในตนเอง (meaning) ซึ่งสามารถตีความหมายได้ และภาษามีความสำคัญมากในการตีความซึ่งผู้ศึกษาต้องมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น ผู้วิจัยจึงไม่สามารถแยกตนออกจากการศึกษาได้

#### 4.3 แนวคิดและปรัชญาพื้นฐานปรัชญาการณวิทยาของ Husserl

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาตามแนวคิดของ Husserl ซึ่งเป็นการวิจัยปรัชญาการณวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) Husserl ถือว่าเป็นบุคคลที่ได้รับยกย่องว่าเป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรัชญาการณวิทยา 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 มีหลักการ 4 ด้านคือ (จอณพะจง เพ็ญจาด, 2546)

1) ความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นศาสตร์หรือระบบความรู้ (The rigor of science) Husserl เชื่อว่าศาสตร์หรือระบบความรู้ ต้องมีความเข้มแข็ง และปรัชญาจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความกระจ่างเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานและข้อตกลงเบื้องต้น และก่อให้เกิดการเชื่อมโยงของแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลและศาสตร์

2) แนวคิดเกี่ยวกับจุดเริ่มต้นของความรู้ (Philosophic radicalism) Husserl เชื่อว่า ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลประกอบด้วยโครงสร้างที่มีความหมาย ปรัชญาให้แนวคิดในการทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยใช้ Epistemology เป็นกรอบในการเรียนรู้โดยเฉพาะ วิธีการแหล่งอ้างอิงและความน่าเชื่อถือ การศึกษาเน้นการเข้าถึงจุดเริ่มต้นหรือแก่นและการกั้นความคิดที่มีก่อนการศึกษา หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การศึกษาที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์หนึ่งๆ ต้องเข้าไปถึงจุดเริ่มต้นหรือแก่นของความรู้ของปรากฏการณ์นั้นๆ โดยปราศจากอคติ ซึ่งก็คือความคิดหรือความรู้ที่มีอยู่เดิม

3) ความเชื่อเกี่ยวกับการมีสิทธิในตนเอง (Autonomy) โดยเชื่อว่าบุคคลต้องมีความรับผิดชอบในตนเองและต่อสังคมวัฒนธรรมที่ตนเองเป็นสมาชิก

4) การให้ความสำคัญต่อการมีข้อสงสัย (Respect of wonder) บุคคลต้องมีความตระหนักถึงการเป็นอยู่ (Being) ของตนเองและของบุคคลอื่น และมุ่งที่จะหาคำตอบของข้อสงสัยที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของบุคคล นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่าความจริงศึกษาได้จากประสบการณ์ชีวิต (Omery & Mack, 1995) ปรากฏการณ์วิทยาจึงศึกษาเพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตตามความหมายของผู้มีประสบการณ์ จึงควรทำความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิต ซึ่ง Streubert & Carpenter (1999) ให้ความหมายของประสบการณ์ชีวิต หมายถึง สิ่ง que แสดงความเป็นบุคคลซึ่งเป็นจริง ในชีวิตผู้นั้น เป็นความหมายที่บุคคลให้การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมเป็นผลมาจากปัจจัยภายในและภายนอกของแต่ละบุคคล

#### 4.4 ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา

กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้ปรัชญาของ Husserl ประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญที่นิยมใช้ 3 วิธี คือ (Streubert & 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) จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้หลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

1.2) การวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้เกิดภาพความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเป็นแก่นแท้ (Essences)

1.3) การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสาร เพื่อการบรรยาย หรือการเปรียบเทียบให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวที่ต้องการนำเสนอ

2) การสืบค้นแก่นความรู้ (Study of essences) เป็นการสืบค้นข้อมูลแบบเจาะลึก เพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

3) การทอนความคิด (Reductive) กระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษา โดยการ จัดกรอบ (bracket) ความคิด ความเชื่อและความรู้ที่มีอยู่ก่อนในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ ประสบการณ์เดิมแยกออกจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้วิจัยจะเป็นผู้ค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ หรือ ความหมายของการเป็นบุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น ๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลจากมุมมองของ ผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น ไม่ใช่มุมมองของบุคคลนอก ดังนั้นผู้วิจัยจึงถือเป็นเครื่องมือหลักที่สำคัญในการเก็บ รวบรวมข้อมูล โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย 7 ขั้นตอน ดังนี้ (Moustakas, 1994; Streubert & Carpenter, 2007 อ้างถึงในชาย โปธิสิตา, 2559)

- 1) กำหนดหัวข้อ และคำถามการวิจัยที่เหมาะสมกับวิธีดำเนินการวิจัยแนว ปรากฏการณ์
- 2) ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา
- 3) กำหนดเกณฑ์สำหรับเลือกบุคคลและปรากฏการณ์สำหรับศึกษา
- 4) ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ที่ถูกเลือกมาศึกษา รวมทั้งจัดการกับประเด็นเกี่ยวกับ จริยธรรมในการวิจัย
- 5) กำหนดประเด็นหรือแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก
- 6) ทำการสัมภาษณ์และบันทึกการสัมภาษณ์อย่างละเอียด อาจจำเป็นต้องทำการ สัมภาษณ์หลายครั้ง
- 7) เตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และดำเนินการวิเคราะห์

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยไม่ได้ต่างจากขั้นตอนในวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพทั่วไป แต่มี จุดเน้นที่ต่างออกไปบางประการ (ชาย โปธิสิตา, 2559) ดังนั้น สามารถสรุปหลักการที่สำคัญของ ระเบียบวิธีการวิจัยตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ได้ดังนี้ (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559)

- 1) คำถามการวิจัย

การสร้างข้อคำถามการวิจัยซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิง พรรณนาเกี่ยวข้องกับ 2 ขั้นตอนดังนี้

### 1.1) การค้นหาปรากฏการณ์ที่สนใจ

นักวิจัยต้องการแสวงหาปรากฏการณ์ที่ตนเองสนใจศึกษาโดยการให้บุคคลที่อยู่ในปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์นั้นเป็นผู้บอกเล่าประสบการณ์ของตน Todres (2005) เสนอแนะว่าวิธีการหนึ่งที่ทำให้ได้หัวข้อในการศึกษาคือ การเริ่มต้นด้วยการถามตนเองเกี่ยวกับความสนใจที่อยากจะศึกษา โดยใช้คำถามกว้างๆหรือใช้คำถามที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น หากคำถามเหล่านี้มีคำตอบที่ชัดเจนอยู่แล้วก็ไม่ใช้คำถามที่น่าสนใจที่จะนำมาศึกษาต่ออีกต่อไป การหาปรากฏการณ์ที่น่าสนใจมีหลายวิธี เช่น การทบทวนวรรณกรรม การทำวิจัย การปฏิบัติงาน และความสนใจส่วนบุคคลหรืออาจใช้หลายๆวิธีรวมกัน การทบทวนวรรณกรรมควรทบทวนในประเด็นเกี่ยวกับความน่าสนใจของเรื่องดังกล่าวในปัจจุบัน องค์ความรู้ที่ยังขาดหายไป และความเพียงพอของข้อมูลที่ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในเรื่องดังกล่าว นอกจากนี้ การวิจัยนำร่อง (Pilot study) เป็นอีกวิธีหนึ่งในการเริ่มต้นค้นหาปรากฏการณ์ที่สนใจ

### 1.2) การสร้างข้อคำถามที่นำไปสู่โลกแห่งชีวิต (Life-world)

ในการถามเพื่อค้นหาเรื่องราวที่เป็นประสบการณ์ชีวิตต้องรู้จักใช้คำถามในการเปิดประเด็นและไม่รู้เร้าผู้ให้ข้อมูลจนเกินไป สำหรับข้อคำถามจะเน้นการถามใน 2 ประเด็น คือ

1.2.1) คำถามที่เป็นการขอร้องให้อธิบายประสบการณ์หนึ่งหรือหลายประสบการณ์อย่างเต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้ ในระหว่างรับฟังการบอกเล่าเรื่องราวจากผู้ให้ข้อมูลควรตั้งข้อสังเกตว่า ข้อมูลที่ได้มีประเด็นเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ (Time & space) สิ่งต่างๆ (Things) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) ความคิด (Thoughts) ความรู้สึกต่างๆ (Feelings) และการกระทำ (Actions) หรือไม่ นอกจากนี้ต้องสังเกตว่าการเล่าเรื่องนั้นมีการเชื่อมโยงถึงโลกแห่งชีวิตอย่างไร

1.2.2) คำถามที่เฉพาะเจาะจงเพื่อหารายละเอียดเรื่องที่ศึกษา โดยใช้ภาษาที่ผู้ให้ข้อมูลคุ้นเคยหรือเข้าใจง่าย อาจเน้นถึงคำถามเพื่อเจาะลึกปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้หลายๆคำถาม

## 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาให้ความสำคัญกับคุณภาพของข้อมูลมากกว่าจำนวนคนที่ให้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่มีคุณภาพคือ ข้อมูลที่มีรายละเอียดตรงประเด็นที่ศึกษามีความลุ่มลึกเพียงพอต่อการทำความเข้าใจอย่างแท้จริง (Insight) ดังนั้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องให้ความสำคัญกับการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) การได้มาซึ่งรายละเอียดของประสบการณ์ที่ครบถ้วน (A full description) และการยึดหลักจริยธรรมในการวิจัย โดยเปิดเผยลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบด้วย (Explicit to the respondents about the nature of phenomenological analysis) ส่วนแนวทางในการสัมภาษณ์ต้องเน้นที่การ

ทำให้ข้อมูลเกิดความกระจ่าง (Clarification) มากกว่านำไปสู่ทิศทางที่ต้องการ (Directed question) การใช้คำถามปลายเปิดจึงเป็นแนวทางในการค้นหาโลกแห่งชีวิตของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน

### 3) การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1) การได้มาซึ่งความรู้สึกถึงประสบการณ์โดยรวมของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน (Obtaining a sense of each protocol as a whole experience) ขั้นตอนนี้เป็น การอ่านบทสัมภาษณ์หลายๆครั้งเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกร่วมของผู้ให้ข้อมูลที่ได้จากเนื้อหาการสัมภาษณ์ โดยไม่นำข้อสันนิษฐานของตนเข้าไปสู่โลกจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

3.2) การแยกแยะหน่วยของความหมาย (Discrimination of meaning units) เป็นการอ่านเพื่อแยกประเด็นย่อยที่มีความหมายเฉพาะเจาะจงกับปรากฏการณ์ที่สนใจ ต้องแยกหน่วยย่อยๆที่มีความหมายนี้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

3.3) กำหนดรหัสให้กับหน่วยข้อมูลที่มีความหมาย (Formulation of transformed meaning units) อ่านข้อมูลเฉพาะส่วนที่แยกมาเป็นส่วนย่อยๆแล้วถามตัวเองว่า “ข้อความดังกล่าวผู้ให้ข้อมูลกำลังบอกอะไรกับนักวิจัย” แล้วนักวิจัยจะทำการหยั่งรู้ของตนเองเพื่อกำหนดชื่ออย่างกว้างๆเป็นรหัสข้อมูล และชื่อที่ให้เป็นรหัสนั้นสามารถถ่ายโอนเป็นชื่ออื่นได้เมื่อเห็นว่ามี ความเหมาะสม

3.4) กำหนดข้อมูลที่มีความหมายนั้นว่าเป็นส่วนทั่วไปที่มีความสำคัญหรือเป็นโครงสร้างอื่นๆ (Formulation of essential general structure or other structures) เป็นการนำข้อมูลที่กำหนดชื่อรหัสมาพิจารณา เพื่อแบ่งแยกว่าข้อมูลใดคือส่วนย่อยๆของปรากฏการณ์ และข้อมูลใดคือหมวดหมู่ที่มีความสำคัญกว่า นักวิจัยยังคงใช้การหยั่งรู้ของตนเองในการพิจารณากลับไปกลับมาของหมวดหมู่ใหญ่ หมวดหมู่ย่อยที่ข้อมูลควรจะอยู่

3.5) ระบุมูลค่าของแก่นแท้เพื่อความเข้าใจในความหลากหลายของประสบการณ์ชีวิต (Indicating the value of the essential structures for understanding variations of lived experience) ขั้นตอนนี้จะย้อนกลับไปอ่านต้นฉบับคำให้สัมภาษณ์เพื่อมองหาความแตกต่างของเนื้อหาจากคำให้สัมภาษณ์ที่แสดงถึงแก่นแท้ของประสบการณ์ โดยการนำคำให้สัมภาษณ์มา สนับสนุน

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการอีกหลายท่านกล่าวถึงวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาไว้อย่าง น่าสนใจ Wojnar & Swanson (2009) อธิบายถึงหลักการในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตาม แนวคิดของ Husserl ว่าประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 4 ขั้นตอนดังนี้ (Wojnar & Swanson, 2009 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559)



1) การจัดกรอบความคิด (Bracketing) เป็นความพยายามของนักวิจัยในการรวบรวมข้อมูลที่มีความเป็นธรรมชาติมากที่สุด โดยเอาความคิด ความเชื่อหรือประสบการณ์ของตนเองเก็บไว้กับตนเอง ไม่เอามาเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยการเขียนบันทึกภาคสนาม (Field note) เพื่อสะท้อนการสังเกต การตั้งสมมติฐานและข้อสงสัยต่างๆที่เกิดขึ้นขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ค้นหาการวิพากษ์วิจารณ์จากมุมมองของนักวิจัยปรากฏการณ์วิทยาอื่นๆหรือบุคคลที่มีประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าว และชำระไว้ซึ่งความระมัดระวังที่จะก่อให้เกิดความลำเอียงในบทบาทของนักวิจัยกับบทบาทของผู้ให้ข้อมูลของนักวิจัย

2) การวิเคราะห์ (Analyzing) วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาที่นำมาใช้บ่อย คือ วิธีการของ Colaizzi (1978) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังนี้

2.1) อ่านบทความถอดเทป เพื่อให้เข้าใจภาพรวมของปรากฏการณ์และอ่านซ้ำรายละเอียดปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเน้นความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลและเข้าใจความหมายของผู้ให้ข้อมูล

2.2) แยกข้อความสำคัญที่บ่งบอกโดยตรงถึงปรากฏการณ์นั้นออกมา

2.3) กำหนดความหมายของข้อความเหล่านั้น ซึ่งต้องค้นพบและแสดงถึงความหมายที่ซ่อนอยู่ในข้อความเหล่านั้นที่เป็นปรากฏการณ์ที่นักวิจัยสนใจ

2.4) จัดกลุ่มความหมายให้เป็นหมวดหมู่ตามประเด็นหลัก มีการอ้างอิงถึงหมวดหมู่ที่กำหนดไปสู่บทสัมภาษณ์ต้นฉบับได้ เพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้และยืนยันความสอดคล้อง (Confirming consistency) ระหว่างข้อสรุปของนักวิจัยกับเรื่องราวที่เป็นประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

2.5) รวบรวมข้อค้นพบจากรายละเอียดที่ซ้ำๆของปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยการใช้กฎเกณฑ์และโครงสร้างที่นักวิจัยกำหนดขึ้นเพื่อเชื่อมโยงไปสู่ประเด็นที่หายไป (Gap) จากการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection) การหยั่งรู้ (Intuition) และรายละเอียดของมโนคติ (Concept) การอธิบาย ประกอบด้วย การให้รหัสข้อมูล การเปรียบเทียบหัวข้อต่างๆเพื่อให้เกิดความสอดคล้องของประเด็น และการเชื่อมโยงประเด็นสำคัญไปสู่ความหมายเชิงมโนคติ (Conceptual meaning) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากปรากฏการณ์ที่ศึกษานำมาสร้างเป็นต้นแบบเชิงทฤษฎี (Theoretical model)

2.6) หาความเชื่อถือได้ของข้อค้นพบ โดยนำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนอ่าน เพื่อให้เปรียบเทียบกับประสบการณ์ของตนเองว่าเหมือนหรือต่างกันอย่างไร หรือข้อค้นพบดังกล่าวมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นได้หรือไม่

2.7) ปรับเปลี่ยนข้อค้นพบหรือแก่นแท้ (Essences) ตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าหรือให้ข้อคิดเห็น

3) การหยั่งรู้ (Intuiting) การยึดมั่นในการคาดการณ์ของ Husserl เกี่ยวกับข้อค้นพบอื่นๆ ที่เปิดเผยความเป็นจริงจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลคนอื่นๆ การหยั่งรู้ถูกป้อนโดยข้อมูลจำนวนมาก ที่ผ่านการฟังอย่างตั้งใจ นักวิจัยใช้กระบวนการหยั่งรู้ นำนักวิจัยเข้าไปสู่ความเป็นเจ้าของความรู้ที่กรวกับอยู่ในประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

4) การพรรณนา (Describing) ขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา คือ การนำเสนอรูปแบบเชิงทฤษฎี (นามธรรม) ที่เป็นตัวแทนโครงสร้างที่สำคัญของเรื่องที่ศึกษา ในการพรรณนาในเรื่องที่ศึกษาต้องสามารถทำให้ทุกคนที่เคยผ่านประสบการณ์นี้มาก่อนสามารถระบุประสบการณ์ของเขาได้เมื่อการเขียนบรรยายนี้ถูกนำเสนอออกไปสู่ผู้อ่านอื่นๆ

#### 4.5 ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ (Trustworthiness)

Lincoln & Guba (1985) และ Guba & Lincoln (1989) ได้กล่าวถึงหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยคุณภาพไว้ 4 ประการ คือ

1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นเกณฑ์การสนับสนุนการอธิบายข้อสรุปและการแปลผลข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล โดยนักวิจัยจะแสดงให้เห็นว่าการได้มาซึ่งข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมีการระบุและอธิบายอย่างถูกต้อง วิธีตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ได้แก่

1.1) ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) หมายถึง การใช้เวลาในสนามศึกษาที่มากพอที่นักวิจัยจะเรียนรู้วัฒนธรรมและสร้างความไว้วางใจอย่างเพียงพอที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมจะแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตแก่นักวิจัย

1.2) การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) เป็นการใช้เวลาที่มากพอในการสังเกตสถานการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ค้นพบว่าอะไรคือประเด็นที่สำคัญที่สุดและเป็นตัวแทนของประเด็นที่ศึกษา เป็นการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

1.3) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นการใชหหลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ เช่น การตรวจสอบจากสิ่งที่สังเกตได้และการบันทึกภาคสนาม กับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เป็นต้น

1.4) การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) เป็นการนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุปไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่ศึกษาและเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างน้อย 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบให้

1.5) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยตรวจสอบหรือแสดงความเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

(Preliminary themes) เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลที่ได้มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริงๆ

2) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) หมายถึง การที่ผู้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้วสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเรียกว่า ร่องรอยการตรวจสอบได้ หรือ “Audit trial”

3) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) วิธีการตรวจสอบความสามารถในการพึ่งพา โดยการให้ผู้อ่านและนักวิพากษ์ได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบต่อกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ถ้าผู้อ่านและนักวิพากษ์สามารถติดตามเรื่องราวได้อย่างเข้าใจแสดงว่าการศึกษานี้ผ่านเกณฑ์ดังกล่าว วิธีการตรวจสอบความสามารถในการพึ่งพา ประกอบด้วย

3.1) การใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Multiple methods of data collection) มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตเข้าด้วยกันรวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่างๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

3.2) การทำงานร่วมกับทีมวิจัย (Working with a research team) การทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยนักวิจัยเพียงคนเดียวอาจมีปัญหาความน่าเชื่อถือได้ของข้อค้นพบหรือผลการวิจัย การทำงานร่วมกันกับนักวิจัยหลายๆคน จะเป็นการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลซึ่งเปรียบเทียบกับ การตรวจสอบค่าความเที่ยงของการสังเกต (Inter-rater reliability) ในการวิจัยเชิงปริมาณ

3.3) การใช้นักวิจัยที่เป็นผู้ให้ข้อมูล (Use participant researchers) นักวิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างจากมุมมองผู้ให้ข้อมูล วิธีนี้มีกใช้ใน การวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา

4) ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) Guba & Lincoln (1989) กล่าวว่า ความสามารถในการยืนยันจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อการวิจัยผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) และความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ส่วน Robson (1993) เสนอเกณฑ์ในการตรวจสอบความสามารถในการยืนยันการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

4.1) การตรวจสอบจากข้อมูลดิบ ได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกประจำวัน ว่ามีข้อมูลตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่

4.2) การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ข้อค้นพบจากการศึกษา

4.3) การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป เช่น ข้อความที่สำคัญ สารที่ได้จากการวิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล

4.4) การตรวจสอบกระบวนการวิจัย ได้แก่ การเลือกรูปแบบการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย

4.5) การตรวจสอบวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะเริ่มต้นจากโครงร่างการวิจัย และความคาดหวังที่จะได้จากการวิจัย

4.6) การตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เช่น วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการสังเกตและลักษณะข้อคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Lincoln & Guba, 1985; Guba & Lincoln; 1989; Robon, 1993 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559)

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุพัตรา ทองคุณ (2545) ทำการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษากระบวนการปรับตัวของภรรยาผู้ป่วยจิตเภท ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นภรรยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช นครพนม จำนวน 17 ราย ผลการวิจัยสรุปได้ว่า กระบวนการปรับตัวของภรรยาผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ทำความเข้าใจกับการเจ็บป่วยของสามี ภรรยาผู้ป่วยจิตเภทจะพยายามทำความเข้าใจกับความผิดปกติทางจิตของสามี แสวงหาความช่วยเหลือจากญาติและคนในชุมชน เปลี่ยนบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว ต้องระวังตัวเอง ต้องเอาใจสามี ใช้แหล่งช่วยเหลือในเครือญาติ ดูแลตนเองเมื่อเกิดความเครียด โดยแสวงหากำลังใจ การระบายความรู้สึกและคิดว่าเป็นกรรมเป็นเวร ระยะที่ 2 ระยะแห่งการเรียนรู้และสั่งสมประสบการณ์ ภรรยาผู้ป่วยจิตเภทจะเรียนรู้การดูแลที่เหมาะสมจากประสบการณ์ เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองเมื่อเกิดความเครียด โดยปรับวิธีคิด ยึดหลักคำสอนทางพุทธศาสนา และหากิจกรรมเบี่ยงเบนความสนใจ ปรับความสัมพันธ์ทางเพศ โดยปรับใจยอมรับว่าสามีป่วยและอยู่แบบพี่ชายน้องสาว รวมทั้งจัดการกับครอบครัวต่อไป โดยอยู่ไปวัน ๆ ตามมีตามเกิดและปรับวิธีการใช้จ่าย ระยะที่ 3 ระยะแห่งการตัดสินใจเลือกทางเดินให้ชีวิต ภรรยาผู้ป่วยจิตเภทบางราย ตัดสินใจจะอยู่ดูแลสามีจนกว่าจะตายจากกัน บางรายอยู่เพื่อรอวันแยกทาง บางรายครอบครัวล่มสลาย ดูแลตนเองเมื่อเกิดความเครียดโดยการทำใจ แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข และฝากความหวังไว้ที่บุตร ปรับความสัมพันธ์ทางเพศ โดยยอมมีเพศสัมพันธ์แต่อดกลั้นอารมณ์ใจ นอกจากนี้ยังพบว่าเงื่อนไขเกี่ยวข้องที่ทำให้ครอบครัวล่มสลายคือสามีอาการรุนแรง มีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายภรรยา ขาดการสนับสนุนทางสังคม และขาดความผูกพันกับสามีก่อนและหลังสมรส ส่วนเงื่อนไขเกี่ยวข้องที่ทำให้ภรรยาอยู่ร่วมกับสามีต่อไป คือความรักความผูกพันต่อสามี การสนับสนุนทางสังคม ความรักบุตร และความเป็นภรรยาตามความเชื่อวัฒนธรรม

ลัพณา กิจรุ่งโรจน์ และคณะ (2548) ทำการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาประสบการณ์ของกลุ่มสมรส ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยภรรยาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย 12 ราย และสามีที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย 3 ราย ศึกษาในหน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา พบว่าประสบการณ์ของกลุ่มสมรสผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษาประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก คือ 1) พันธกิจต่อคู่ชีวิตเกิดจากพลังของความรัก ความใกล้ชิด ความไว้วางใจและตอบแทนบุญคุณ 2) การส่งเสริมความสุขสบายของคู่ชีวิตแสดงออกโดยการดูแลสุขภาพกายให้แข็งแรงและบรรเทาอาการ รวมทั้งมีการให้กำลังใจ ความใกล้ชิดและความรักความเมตตา 3) การเป็นผู้ร่วมทุกข์เกิดจากรู้สึกไม่แน่นอนของชีวิตในอนาคต ความตึงเครียดที่เกิดจากการดูแลและความลำบากต่อการจัดการกับสภาพที่แปลกใหม่ของชีวิต 4) การปรับเปลี่ยนตนเองเป็นการปรับการดำเนินชีวิตและการคงไว้ซึ่งความหวังในการหายขาดจากโรคและการมีชีวิตยืนยาวของคู่ชีวิตที่เจ็บป่วย 5) ความซาบซึ้งในการช่วยเหลือจากหลากหลายผู้คน และ 6) ความปิติยินดีกับการพัฒนาตนเองและความสมบูรณ์ของชีวิตคู่สมรสเกิดจากการประสบความสำเร็จในการดูแล การเพิ่มพูนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสและการพัฒนาความเข้าใจถึงสัจธรรมของชีวิต

Shankar et al. (1995) ทำการวิจัยเชิงปริมาณแบบ Cross-sectional ศึกษาความแตกต่างทางเพศในความรู้ความสามารถ (Disability) เมื่อแต่งงานกับผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ทั้งเพศหญิงและเพศชายในประเทศอินเดีย ความรู้ความสามารถ (Disability) ได้รับการประเมินโดยใช้ The Disability Assessment Schedule (DAS ฉบับแก้ไข) ผลการวิจัยพบว่า เพศหญิงมีความรู้ความสามารถมากกว่าเพศชาย และยังพบความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับตัวแปรความรู้ความสามารถในทั้งสองเพศ

Thara & Srinivasan (1997) ศึกษาผลของการแต่งงานในผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการศึกษาแบบ cohort ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ ประเทศอินเดีย ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 76 คน เพศชาย 40 คน เพศหญิง 36 คน ติดตามเป็นระยะเวลา 10 ปี ผลการศึกษาพบว่า อัตราการแต่งงานทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 69.7 เพศหญิงมีอัตราสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่เข้าไปทำการศึกษามีผู้ป่วยจิตเภทแต่งงานแล้วทั้งหมด 27 คน (หญิง 15 คน ชาย 12 คน) ในระหว่างที่ติดตามมีผู้ป่วยจิตเภทแต่งงานเพิ่มอีก 26 คน (หญิง 14 คน ชาย 12 คน) ตลอดระยะเวลาติดตาม 10 ปีมีผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้แต่งงานทั้งหมด 23 คน และแต่งงานรวมทั้งหมด 53 คน 9 ใน 53 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 16.98 การแต่งงานจบลงด้วยการหย่าร้าง (หญิง 6 คน ชาย 3 คน) และพบว่า 4 จาก 9 คนหย่าร้างหลังจากมีลูก นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วย ชนิดของการเริ่มมีอาการ (type of onset) อาการประสาทหลอนแบบ auditory hallucinations การมีภาวะซึมเศร้า การว่างงาน และจำนวนการกลับมาเป็นซ้ำ มีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการแต่งงาน

Jungbauer et al. (2004) ทำการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาการรับรู้ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) ในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท 52 คน พบว่าชีวิตของผู้ป่วยไม่เพียงแต่เผชิญกับภาระการดูแลที่เฉพาะเจาะจงแต่ภาระนั้นเป็นผลมาจากความเป็นหุ้นส่วน (Partnership) และบทบาทในครอบครัว (Family role) โรคนี้อาจจะถูกประเมินจากชีวิตว่าเป็นจุดแตกหักของชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของสามีภรรยา ครอบครัว และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ภาระการดูแลที่เรื้อรังทำให้คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตลดลง แม้ว่าความสัมพันธ์ของผู้ป่วยจิตเภทกับชีวิตจะมีโอกาสแตกหักหรือย่ำแย่ แต่พวกเขาสามารถรักษาความสัมพันธ์เหล่านั้นได้ โดยชีวิตหลายคนเลือกเก็บเฉพาะสิ่งที่ดีในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน นอกจากนี้ความบกพร่องในการรับรู้ของผู้ป่วยระดับปานกลางและความถี่ของอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ยังสามารถจัดการได้เป็นอีกเหตุผลที่ทำให้ชีวิตสามารถรักษาความสัมพันธ์ให้มั่นคงได้ ชีวิตที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากปัญหาสุขภาพจิตและมองตนเองด้อยค่าบ่อยครั้งที่ประสบการณ์ใช้ชีวิตคู่ร่วมกันกับผู้ป่วยก่อให้เกิดวิธีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมและมีความพึงพอใจในชีวิต

Kumari et al. (2009) ทำการศึกษาการรับรู้ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) ในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยการประเมินและเปรียบเทียบภาระเชิงอัตนัยในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท 2 กลุ่มคือในชีวิตเพศชายและเพศหญิง โดยแบ่งภาระเชิงอัตนัยเป็น 3 ระดับ คือ ไม่มีภาระ ภาระในระดับปานกลางและภาระที่รุนแรง ทำการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกและติดตามอาการที่สถาบันสิรินธรวิทยาและวิทยาศาสตร์ (RINPAS) เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินทางด้านสังคม Family Burden Interview Schedule ที่พัฒนาโดย Pai และ R.L. Kapur (1981) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 50 คน (เพศชาย 25 คนและเพศหญิง 25 คน) ผลการศึกษาพบว่า ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศหญิงและชายส่วนใหญ่มีภาระเชิงอัตนัยอยู่ในระดับปานกลาง คือ เพศชาย 13 คน (ร้อยละ 52) เพศหญิง 15 คน (ร้อยละ 60) เพศหญิงมีภาระเชิงอัตนัยในระดับรุนแรงร้อยละ 40 เพศชายพบร้อยละ 36 และพบว่าร้อยละ 12 ของชีวิตเพศชายไม่มีภาระเชิงอัตนัย

Yu & Shim (2009) ทำการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาผลของการแต่งงานต่อกระบวนการฟื้นหาย (recovery process) โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกชีวิตที่แต่งงานกับผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 15 คน ในประเทศเกาหลีใต้ สัมภาษณ์ร่วมกัน 1 ครั้ง แยกสัมภาษณ์ 2 ครั้ง พบว่าองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนการใช้ชีวิตคู่ประกอบด้วย ความเห็นอกเห็นใจกัน (compassion) ความเคารพซึ่งกันและกัน (mutual respect) ชีวิตของผู้ป่วยมีความสามารถในการรับรู้ทั้งผลดีและความยากลำบากของการแต่งงาน ผู้ให้ข้อมูลมีความเต็มใจที่จะรับความเสี่ยงและมีแรงจูงใจสูงที่จะทำให้เกิดการแต่งงาน

Mutch (2010) ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาประสบการณ์ดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วย Multiple Sclerosis ในคู่ชีวิตที่ดูแลผู้ป่วย Multiple Sclerosis จำนวน 8 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยได้สะท้อนประสบการณ์ของการดูแลทั้งหมด 5 ประเด็น ได้แก่ ความกังวลใจ (worry) การวางแผน (planning) ความผิดหวัง (frustration) ความยึดมั่นผูกพันในการแต่งงาน (commitment to marriage) และกลวิธีการเผชิญปัญหา (coping) ผู้ให้ข้อมูลระบุว่ารู้สึกจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยต่อไปเนื่องจากความรู้สึกของหน้าที่และความยึดมั่นผูกพันในการแต่งงาน คู่ชีวิตที่ดูแลผู้ป่วยรู้สึกถึงความสูญเสียจากการให้ความสำคัญกับสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าสุขภาพและความต้องการของตนเอง จนสูญเสียตัวตนของความเป็นสามี/ภรรยา และกลายมาเป็นผู้ดูแล (the carer) รู้สึกไม่ได้รับความพึงพอใจกับชีวิตและต้องการความเป็นอิสระ

Mizono et al. (2011) ทำการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาประสบการณ์การดูแลของสามีผู้ป่วยจิตเภทในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 12 คน พบ 6 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) การรับรู้และการยอมรับโรคของสามี 2) ประสบการณ์ในอดีตและปัจจุบันของภรรยาที่ป่วยเป็นจิตเภท 3) บทบาทและภาระของสามี 4) สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิตและการแสดงตนต่อภรรยาของสามี 5) แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชนและสังคม 6) ทิศนคติต่ออนาคต

Ostman & Bjorkman (2013) ทำการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตต่อเรื่องทางเพศ (sexuality) ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในความสัมพันธ์ระยะยาวกับคู่ชีวิต โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยนอก จำนวน 5 คน และคู่ชีวิตของผู้ป่วยจำนวน 3 คน ผลการศึกษาพบ 4 ประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) ความสัมพันธ์ที่มากกว่าความสัมพันธ์ทางเพศ (Relationships Outweigh Sexuality) 2) ความไม่มั่นใจเกี่ยวกับความสามารถทางเพศ (Uncertainties about One's Capacity) 3) ความลดน้อยลงของจินตนาการทางเพศ ความรู้สึกของความต้องการทางเพศ และความพึงพอใจ (Sexual Fantasies, Feelings of Desire, & Satisfaction) และ 4) การขาดการสื่อสารและการสนับสนุนในเรื่องทางเพศ (Communication & Need for Support in Sexual Matters) ทั้งผู้ป่วยและคู่ชีวิตกล่าวว่าเรื่องทางเพศเป็นการให้บริการทางจิตเวชที่ถูกมองข้าม ซึ่งพบว่าความผิดปกติทางเพศส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและคู่ชีวิต ผู้ป่วยและคู่ชีวิตขาดโอกาสที่จะปรึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเพศและความสัมพันธ์ระยะยาวกับจิตแพทย์

Kaushik & Bhatia (2013) ทำการวิจัยเชิงปริมาณแบบ cross-sectional ศึกษาภาระและคุณภาพชีวิตของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทและ bipolar ในประเทศอินเดีย ทำการศึกษาคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 9 คนและคู่ชีวิตของผู้ป่วย bipolar 10 คน ผลการศึกษาพบว่าเพศและประเภทของครอบครัวมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อภาระของคู่ชีวิต คู่ชีวิตเพศหญิงของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ความเครียดที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของการเจ็บป่วย ภาระการดูแลที่เรื้อรัง

และเกิดขึ้นทุกๆวัน ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและการมีสุขภาวะ ไม่ว่าจะเป็นความไม่มั่นใจ (insecurity) และความรู้สึกสองจิตสองใจ (ambivalence) ในความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสนิทสนม ใกล้ชิด (intimacy) และความเป็นครอบครัว (familiality) การเปลี่ยนแปลงบทบาท การสูญเสีย โอกาสในการพักผ่อน ความโศกเศร้าและความกลัว มีความบกพร่องด้านสุขภาพและปัญหาด้านการเงิน คุณภาพชีวิตของคู่ชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยทางสุขภาพจิตพบว่ามีระดับต่ำกว่าคนทั่วไป คู่ชีวิตที่เป็นเพศหญิงมีภาระที่มากกว่าเพศชาย เพศหญิงมีแหล่งสนับสนุนภายนอกน้อยกว่า คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ในกลไกทางจิตแบบโทษคนอื่น (projection) ทำให้เพิ่มความขัดแย้งระหว่างบุคคล ผลกระทบที่เกิดขึ้นบ่อยกับคู่ชีวิตเพศหญิง คือ ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเอง แบบแผนการนอนแปรปรวน และรู้สึกไม่พอใจที่การป่วยของคู่ชีวิตทำให้ไม่ได้ดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสาเหตุสำคัญต่อภาระที่เพิ่มมากขึ้นในคู่ชีวิตเพศหญิง การเจ็บป่วยที่เรื้อรังนำไปสู่การจำกัดสัมพันธ์ทางประหวางบุคคลภายในครอบครัวกับคนอื่นๆในสังคม ทำให้เป็นสิ่งที่ยากที่จะได้รับการช่วยเหลือจากคนภายนอก

Lawn & McMahon (2014) ทำการวิจัยเชิงคุณภาพแบบ Grounded theory ศึกษาประสบการณ์ของการดูแลคู่ชีวิตที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย คู่ชีวิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 28 คนที่อยู่ในชุมชนของประเทศออสเตรเลีย พบประเด็นหลักที่สำคัญคือ ความสัมพันธ์ที่แท้จริงและจริงใจ ซึ่งประกอบด้วย ความรัก ความซื่อสัตย์ และความยึดมั่นผูกพัน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการดูแลคู่ชีวิตที่มีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรงแม้ว่าจะมีความท้าทายและซับซ้อน แต่เป็นการดูแลภายใต้ความสัมพันธ์ด้วยความรัก ความซื่อสัตย์ และความยึดมั่นผูกพัน มากกว่าการดูแลตามบทบาทหน้าที่

Li Xue-jie et al. (2015) ศึกษาอิทธิพลของสถานภาพสมรสในความผิดปกติทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน Dongguan เมือง Guangdong ประเทศจีน โดยใช้แบบประเมิน The Social Disability Screening Schedule (SDSS) กลุ่มที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท 817 คน เพศหญิง 407 คน เพศชาย 410 คน อายุระหว่าง 16-59 ปี พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างระยะของการเกิดโรค (course of disease) กับสถานภาพสมรสของผู้ป่วย และพบว่าสถานภาพสมรสที่ไม่ดีมีความเกี่ยวข้องกับโอกาสที่สูงขึ้นของความผิดปกติทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Chai & Nam (2016) ทำการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาประสบการณ์การดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทในประเทศเกาหลีใต้ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลเพศชายและเพศหญิงจำนวน 9 คน พบประเด็นสำคัญที่อธิบายเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของคู่ชีวิตทั้งหมด 5 ประเด็น ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากการตกอยู่ในก้นบึ้งของความสิ้นหวัง (Suffering of falling into the abyss of despair) ความเจ็บปวดอย่างลึกซึ้ง (Deepening heartbreak) ก่อให้เกิดเงามืดของครอบครัว (Clouds of misery hanging over one's family) การสูญเสียความผูกพันของสมาชิกใน



ครอบครัว (Cannot possibly losing the bond of family members) การก้าวผ่านความเจ็บปวด และก้าวต่อไปสู่ออนาคต (Getting over one's hurt & stepping forward the future) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีภาระในการดูแลอย่างมาก แต่สามารถเอาชนะความยากลำบากในเชิงบวกและมีความกระตือรือร้นที่จะแก้ไขปัญหา

### สรุปแนวคิดเบื้องต้น

ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดการดูแล (caring) ของ Watson (1988) ซึ่งได้อธิบายการดูแลว่าเป็น พฤติกรรมการช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลหนึ่งต่อบุคคลหนึ่ง (human to human service) ที่ทั้งผู้ให้ การดูแลและผู้รับการดูแลต่างฝ่ายต่างเข้าถึงความรู้สึกและสัมผัสจิตใจซึ่งกันและกัน เรียกว่า การดูแล ที่เข้าถึงความรู้สึกของกันและกัน (Transpersonal caring) ร่วมกับการนำแนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็น คู่ชีวิต (spouse caregiver) ของผู้ป่วยจิตเภทมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากแนวคิดการ ดูแลของ Watson (1988) มีความสอดคล้องกับการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตโดยมีลักษณะการดูแล ภายใต้บริบทของความสัมพันธ์ที่แสดงออกถึงความรัก ความผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (empathic involvement) ระหว่างคู่ชีวิตและผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยตามแนวคิดการ วิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาของ Husserl (1969) เนื่องจากเป็นรูปแบบการวิจัยที่ทำความเข้าใจและค้นหาแก่นแท้ของความหมายปรากฏการณ์ที่สนใจจากประสบการณ์ตรงของคู่ชีวิตที่ให้การ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงและมีความลุ่มลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลในคู่ชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภททั้งทางบวกและทางลบ โดยไม่ใช้ความคิดหรือความรู้ที่มีอยู่เดิมของผู้วิจัย

### บทที่ 3

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาของ Husserl (1969) เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### 1. ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีความสัมพันธ์เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วย ในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยใช้การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ดังนี้

- 1) มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-5) ทั้งทางพฤตินัยหรือนิตินัย
- 2) เป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ให้อาหารในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่นและอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย
- 3) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปให้การดูแลสามีหรือภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทอย่างน้อย 2 ปี
- 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
- 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

สถานที่ที่ทำการศึกษาในครั้งนี้คือ โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยใช้พื้นที่บริเวณห้องตรวจจิตเวช ร่วมกับการติดตามไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้านจำนวน 5 ราย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสะดวกที่จะให้ข้อมูลที่บ้านมากกว่าการเดินทางมาที่โรงพยาบาล ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ร่วมด้วยตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 ราย จนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (Saturated data) รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 13 ราย

## 2. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สำคัญคือ ผู้วิจัย เพราะในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะต้องเข้าไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิดในสถานการณ์ที่เป็นจริง นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือที่ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้ง เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลร่วมกับการบันทึกเทป การจดบันทึกภาคสนาม และการสังเกตจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (Saturated data) ทั้งหมดจำนวน 13 ราย ทำการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง จำนวน 2 ราย และสัมภาษณ์ 2 ครั้ง จำนวน 11 ราย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณครั้งละ 21 นาที ถึง 95 นาที ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลประมาณ 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 2 ตุลาคม 2560 – 11 เมษายน 2561 (รายละเอียดในภาคผนวก ค)

## 3. การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์อย่างเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลัก โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนเตรียมการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นสรุปการวิจัย ดังต่อไปนี้

### 3.1 ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

#### 1) การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาความพร้อมในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัยและได้มาซึ่งผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ โดยได้เตรียมตนเองทั้งระยะก่อนการวิจัยและระหว่างดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.1) การเตรียมความรู้เรื่องระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาด้วยตนเองจากการอ่านเอกสาร ตำรา ผลงานการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผลงานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา การลงทะเบียนเข้าเรียนนิสิตวิจัยเชิงคุณภาพ 3 หน่วยกิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2) การเตรียมความรู้ด้านความไวเชิงทฤษฎี ผู้วิจัยศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งแนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้มีความพร้อมในการตรวจสอบ

ตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึก ความคิดที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ก่อนการรับฟังและการให้ความหมาย ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อระมัดระวังความคลาดเคลื่อนที่อาจจะเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ ข้อมูล

1.3) การวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยทำการวางแผนการวิจัยเป็นขั้นตอนตั้งแต่ก่อนเข้าสนาม ระหว่างการเก็บข้อมูล และหลังจากออกจากสนาม

1.4) ผู้วิจัยมีความตระหนักว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญต้องเข้าสนามเพื่อ รับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดอคติจากการคาดเดาหรือมี แนวคิดล่วงหน้าจากความรู้เดิมรวมไปถึงประสบการณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้วิจัย มีความพร้อมในด้านเทคนิคการสัมภาษณ์ โดยการฝึกฝนเทคนิคการสัมภาษณ์ การเตรียม ขั้นตอนการสัมภาษณ์ในแต่ละช่วง ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ให้ข้อมูล การให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึง เหตุการณ์ขณะนั้น และการปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องด้วยตนเอง (Drew, 1993) และฝึกฝนเป็นผู้ กระตือรือร้นในการฟัง (Active listening) การใช้คำถามเพื่อค้นหาข้อมูล (Exploring questions) ทักษะการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการให้ความหมาย โดยคำนึงถึงสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล และจริยธรรมของผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมี ส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย เคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลที่ได้ว่าเกิด จากประสบการณ์จริงที่ผู้ให้ข้อมูลได้พบเจอ

1.5) ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การคุ้มครองสิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล เทคนิคและวิธีการสัมภาษณ์ การให้ความหมายและรหัสข้อมูล การจัด กลุ่มประเด็นของความหมายและรหัสข้อมูล รวมทั้งการเขียนอธิบายประเด็นอย่างละเอียด

1.6) ผู้วิจัยตระหนักอยู่เสมอว่าผู้ให้ข้อมูลถือเป็นผู้ร่วมวิจัย เนื่องจากต้องการศึกษา ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการศึกษา โดยเคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลทุกอย่างที่ได้มา และใช้ทักษะ ต่างๆเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาอย่างเต็มที่ (Knaack, 1984)

## 2) การเตรียมแนวคำถามในการสัมภาษณ์

2.1) ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของคู่ชีวิต และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กำหนดวัตถุประสงค์ของข้อ คำถามตามปัญหาการวิจัย แล้วเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เป็นประเด็นกว้างๆมี ความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนคำถามและลำดับคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูล

เชิงลึกและครอบคลุมตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา หลังจากนั้นนำแนวคำถามปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแนวคำถามและปรับแก้ไขแนวคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาจากนั้นนำข้อคำถามที่ได้จากการปรับไปรับการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาอีกครั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คนและผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยเชิงคุณภาพ 2 คน หลังจากนั้นทำการปรับแก้ไขแนวคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำแนวคำถามที่ปรับแก้ไขไปตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2.2) จากนั้นนำแนวคำถามไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย หลังจากสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายแรกแล้ว ผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลซ้ำอีกครั้งด้วยการฟังจากเทปบันทึกเสียง เมื่อพบว่าข้อมูลที่ได้ยังไม่ชัดเจนหรือมีบางคำถามที่ไม่สามารถสื่อไปยังสิ่งที่ต้องการศึกษาได้ จึงได้ทำการปรับแนวคำถามใหม่ให้เหมาะสมมากขึ้น เพิ่มเติมข้อคำถามที่ยังไม่ครอบคลุมครบถ้วน รวมทั้งเพิ่มข้อคำถามแบบเจาะลึก ในกรณีที่ต้องการรับทราบข้อมูลเรื่องนั้นมากขึ้นหรือไม่แน่ใจในคำพูดบางคำของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้เมื่อพบว่ามีความบางคำไม่ชัดเจน ผู้วิจัยทำการจดคำถามหรือบันทึกคำพูดที่ยังไม่เข้าใจไว้เพื่อนำกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งให้เกิดความกระจ่าง หลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์กับผู้ให้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อคำถามที่ได้รับการปรับจากผู้ให้ข้อมูลรายแรกไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่สอง และนำมาทำการถอดข้อความแบบคำต่อคำ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลรายแรก จากนั้นนำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อทำการปรับแนวคำถามให้เหมาะสมอีกครั้ง แล้วนำข้อคำถามที่ได้ไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลจริงตามขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล (รายละเอียดในภาคผนวก ข)

2.3) แนวคำถามที่นำไปใช้ในการสัมภาษณ์ประสบการณ์การดูแลในคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยแนวคำถามหลักที่เป็นคำถามปลายเปิดโดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับการให้ความหมายการดูแลในคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท การรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสามี/ภรรยา และประสบการณ์การดูแลในคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ยกตัวอย่างคำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เช่น ท่านเรียกการเจ็บป่วยที่สามี/ภรรยาของท่านเป็นว่าอะไร กรุณาเล่าถึงการดูแลที่ท่านได้ปฏิบัติให้กับสามี/ภรรยาของท่านในแต่ละวัน ท่านรู้สึกอย่างไรกับการให้การดูแลสามี/ภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ชีวิตคู่ของท่านเปลี่ยนแปลงอย่างไรจากการที่ต้องดูแลสามี/ภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท และท่านรู้สึกอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

### 3.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่วิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย เพื่อขอ

ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เข้าพบเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย

2) เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลได้ จึงประสานงานกับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเพื่อขอความช่วยเหลือในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยตรวจสอบคุณสมบัติที่ตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและสอบถามจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน

3) หลังจากพบว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงเข้าไปพบผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายเพื่อขอความร่วมมือในการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งได้แนะนำตัวและประวัติของผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีดำเนินการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลให้ได้รับทราบ เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงรายละเอียดของการวิจัยให้ทราบอีกครั้ง ซึ่งได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด หัวข้อที่ต้องการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา การจดบันทึกภาคสนามขณะทำการสัมภาษณ์ จำนวนการนัดหมาย ระยะเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกวัน เวลา และสถานที่ในการให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความสงบเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้สัมภาษณ์ ความสะดวกในการเดินทาง และความปลอดภัยของผู้วิจัย การรักษาความลับโดยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นจึงให้เซ็นยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนไป

4) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลทำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลก่อน จากนั้นจึงขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์และเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณครั้งละ 21 นาที ถึง 95 นาที ซึ่งขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

4.1) ทำการเก็บข้อมูลส่วนที่ 1 คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจิตเภท

4.2) ทำการเก็บข้อมูลในส่วนที่ 2 คือ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ถึงประสบการณ์การดูแลของคู่อชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ พร้อมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ซึ่งในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้ทักษะของการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล มีการปรับคำถามในขณะที่สัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูลตามบริบท และสิ่งที่สังเกตได้จากการสัมภาษณ์ เช่น สีหน้า แววตา ท่าทาง อารมณ์ และการแสดงออก

4.3) สังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลแสดงอารมณ์ร่วมขณะตอบคำถาม หรือบอกเล่าประสบการณ์ เช่น ร้องไห้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายหรือแสดงออกถึงความรู้สึกอย่าง

เต็มที่ โดยรับฟังอย่างตั้งใจแสดงความเห็นใจและนั่งเป็นเพื่อนผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึกแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์ในประเด็นต่อไป ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1 รายร้องไห้ขณะทำการสัมภาษณ์ คือ ID12 เริ่มร้องไห้เมื่อเล่าถึงช่วงเวลาที่จะคิดว่าตัวเองตาย ผู้วิจัยรับฟังเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าระบายความรู้สึกออกมาอย่างตั้งใจพร้อมหยิบกระดาษทิชชูยื่นให้ผู้ให้ข้อมูล สัมผัสเบาๆที่แขนเพื่อให้กำลังใจ เมื่อผู้ให้ข้อมูลระบายความรู้สึกบอกเล่าเรื่องราวนี้จบ ผู้วิจัยกล่าวถามว่าหากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกจะเล่าต่อสามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ทันที แต่ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าสามารถสัมภาษณ์ต่อได้ ผู้วิจัยจึงนั่งเป็นเพื่อนร่วมกับสังเกตลักษณะสีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูล และรอจนกว่าผู้ให้ข้อมูลจะเล่าเรื่องราวต่างๆออกมาก่อนเอง โดยไม่แสดงท่าทางเร่งรัดหรือกล่าวถามก่อน

4.4) ผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามในประเด็นที่สำคัญไว้ ซึ่งได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนที่จะทำการจดบันทึกทุกครั้ง โดยทำการบันทึกย่อเฉพาะหัวข้อหรือประเด็นที่สำคัญ ประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติม พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะทำการศึกษาคิดเห็น ความรู้สึกของผู้วิจัยที่มีต่อปัญหา การแก้ไข และผลที่เกิดขึ้นจากการแก้ไข เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

4.5) การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยพิจารณาระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งตามความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ต่อไปของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่เพียงพอได้ ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturated data) คือ มีแบบแผนข้อมูลซ้ำกัน ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ก่อนจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการสนทนาให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบอย่างคร่าวๆ และทำการนัดหมายสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปในกรณีที่ยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

### 3.3 ชั้นสรุปการวิจัย

ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยการถอดข้อความ (transcribe) จากเทปบันทึกเสียงเป็นคำต่อคำ (verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) ด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนและครบถ้วนของข้อมูลโดยเปรียบเทียบกับการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ สรุปเป็นประเด็นปัญหาที่พบหรือข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมหรือประเด็นที่ต้องค้นหาเพิ่ม ทำการปรับข้อความให้เหมาะสมและกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายเดิมเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้นสำหรับการวิเคราะห์และสรุปเป็นประเด็น จากนั้นทำการปรับข้อความให้เหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป หลังจากที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัย

จนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturated data) คือ มีแบบแผนข้อมูลซ้ำกัน ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษา และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 4. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติการวิจัยในคนจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล รหัสโครงการวิจัยที่ 60134 เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2560 โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2560 (รายละเอียดในภาคผนวก ก) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล

2) คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ

3) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดบอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆที่สามารถเกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัย การนำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะข้อมูลโดยรวม และเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น

4) ขณะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนต่างๆของการวิจัย และขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อผู้ให้ข้อมูล ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูล ID9 และ ID12 ไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลในครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งแรกที่ห้องตรวจจิตเวชเท่านั้น

5) ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ

6) ให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นยินยอมหรือบันทึกคำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และมีการเก็บใบเซ็นยินยอม บันทึกคำยินยอมหรือข้อมูลต่างๆไว้ในที่ปลอดภัย



## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ (verbatim) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978) เนื่องจาก Colaizzi มีความเชื่อในปรัชญาการวิจัยตามแบบของ Husserl (1969) ซึ่งเป็นแบบแผนการวิจัยที่ผู้วิจัยเลือกเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีความสำคัญอยู่ที่ผู้วิจัยต้องจัดกรอบความคิด (bracketing) ความรู้ที่มีอยู่เดิมก่อนการดำเนินการวิจัย ซึ่งมี 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย

- 1) ถอดข้อความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำออกมาเป็นบทสนทนา อ่านบทสนทนามาร่วมกับฟังเทปซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง อ่านซ้ำอย่างละเอียดหลายๆครั้งเพื่อทำความเข้าใจ โดยเน้นความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลและเข้าใจความหมายของผู้ให้ข้อมูล
- 2) แยกข้อความสำคัญที่บ่งบอกโดยตรงถึงปรากฏการณ์นั้นและกล่าวซ้ำๆกันออกมา
- 3) กำหนดความหมายของข้อความเหล่านั้น ซึ่งต้องค้นพบและแสดงถึงความหมายที่ซ่อนอยู่ในข้อความเหล่านั้นที่เป็นปรากฏการณ์ที่สนใจ
- 4) จัดกลุ่มความหมายแยกเป็นกลุ่มประเด็น นำข้อมูลที่ทำให้ความหมายคล้ายกันไว้ด้วยกัน จัดเป็นประเด็นที่สอดคล้องกับความหมายที่ได้และตัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป มีการอ้างอิงถึงหมวดหมู่ที่กำหนดไปสู่ทสัมภาษณ์ต้นฉบับได้ เพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้และยืนยันความสอดคล้อง (Confirming consistency) ระหว่างข้อสรุปของนักวิจัยกับเรื่องราวที่เป็นประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล
- 5) เขียนบรรยายประเด็นเพื่อให้เห็นถึงประสบการณ์การดูแลในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจากข้อมูลที่ค้นพบซึ่งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล
- 6) หาความเชื่อถือได้ของข้อค้นพบ โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนอ่านจำนวน 4 ราย (ID1, ID4, ID7, ID13) เพื่อให้เปรียบเทียบกับประสบการณ์ของตนเองว่าเหมือนหรือต่างกันอย่างไร หรือข้อค้นพบดังกล่าวมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นได้หรือไม่ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่คิดว่าไม่ครบถ้วน
- 7) ปรับเปลี่ยนข้อค้นพบหรือแก่นแท้ (Essences) ตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าหรือให้ข้อคิดเห็น

## 6. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) การวิจัยครั้งนี้สามารถตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลได้ดังต่อไปนี้

### 1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

1.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัวและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ

1.2 วางแผนและดำเนินงานตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวังและมีขั้นตอน

1.3 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันและลดอคติจากผู้วิจัยตลอดเวลา ในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้พยายามจัดกรอบแนวคิด (Bracketing) เก็บความรู้ที่มีอยู่เดิมโดยผู้วิจัยมีความตระหนักว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการรับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้สัมภาษณ์ ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไม่คาดเดาหรือมีแนวคิดล่วงหน้าจากความรู้เดิม รวมไปถึงไม่นำเอาประสบการณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้วิจัยมาใช้ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล มีการทำแบบบันทึกภาคสนาม โดยจดบันทึกความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาเตือนความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์และอารมณ์ความรู้สึกของผู้วิจัยขณะทำการสัมภาษณ์ ลดอคติในการตีความและวิเคราะห์ข้อมูลตามความเป็นจริงที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล

1.4 หลังจากสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ทำการถอดเทปและวิเคราะห์ประเด็นเบื้องต้น นำข้อมูลและประเด็นดังกล่าวกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลทุกรายภายหลังจากที่สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 เสร็จสิ้น (ยกเว้นผู้ให้ข้อมูล ID9 และ ID12 ไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลในครั้งที่ 2 ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียว) เปิดโอกาสให้อธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจน และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เก็บไม่ครบ หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดเสร็จนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนอ่านจำนวน 4 ราย (ID1, ID4, ID7, ID13) เพื่อให้เปรียบเทียบกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลว่าเหมือนหรือต่างกันอย่างไร และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่คิดว่าไม่ครบถ้วน

1.5 มีการตรวจสอบการดำเนินการวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ซึ่งได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญงานวิจัยเชิงคุณภาพ 2 คน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 1 คน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เริ่มตั้งแต่ นำข้อมูลที่บันทึกในแบบบันทึกการถอดความ ซึ่งได้มาจากการถอดความคำต่อคำ

รวมทั้งการให้รหัสเบื้องต้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบการสัมภาษณ์และการให้รหัส แล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป และระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้พร้อมทั้งทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบเป็นระยะ หลังจากที่มีข้อมูลอิมตัวนำข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งผลการวิเคราะห์ไปให้อาจารย์ตรวจสอบและปรับปรุงตามคำแนะนำ

## 2. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability)

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและอธิบายให้เห็นถึงการวิจัยอย่างมีขั้นตอน ใช้วิธีการหลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการบันทึกการสัมภาษณ์จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทป ร่วมกับการเขียนบันทึกภาคสนามเมื่อได้ข้อมูลมาจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้งเพื่อยืนยันว่าได้ประเด็นที่ตรงกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้การสัมภาษณ์ นำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนและครอบคลุมทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการทำการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลได้โดยเฉพาะการให้รหัสการสร้างประเด็นซึ่งได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา

## 3. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ประกอบไปด้วย

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

3.2 มีการทำแบบบันทึกภาคสนาม โดยจดบันทึกความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามเป็นรายวัน เพื่อนำมาเตือนความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ ใช้ในการตีความและวิเคราะห์ข้อมูลตามความเป็นจริงที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล

3.3 ผู้วิจัยใช้วิธีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล โดยการใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด เมื่อมีความจำเป็นต้องตัดคำพูดบางคำของผู้ให้ข้อมูลไป ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการกระทำเพื่อให้มีการสื่อความหมายที่กระชับชัดเจนขึ้น โดยที่ความหมายเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

3.4 การสรุปข้อมูลในขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การให้รหัสข้อมูล (Coding) การจัดกลุ่มข้อมูล (Category) การสรุปประเด็น (Theme) ได้รับการทบทวนจากอาจารย์ที่ปรึกษา

#### 4. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability)

งานวิจัยนี้ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่สามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้กับกลุ่มที่มีบริบทใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ที่อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้แล้วสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าว



บทที่ 4  
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาตามแนวคิดของ Husserl (1969) เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) ร่วมกับการบันทึกเทป การจดบันทึกภาคสนาม และการสังเกต จากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 13 คน ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Informant) ซึ่งประกอบด้วย 1) มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-5) ทั้งทางพฤติกรรมหรือนิตินัย 2) เป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง 3) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปให้การดูแลสามีหรือภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทอย่างน้อย 2 ปี 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (Saturated data) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณครั้งละ 21 นาที ถึง 95 นาที แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาถอดแบบคำต่อคำ (verbatim) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978) ไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลโดยรวม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย ส่วนที่ 2 การให้ความหมายของการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท และส่วนที่ 3 ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับชั้น ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลโดยรวม

ส่วนที่ 2 ความหมายของการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ
2. สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค
  - 1.1 กลัวทุกอย่างจากความไม่รู้
  - 1.2 เมื่อรู้ว่าป่วยแสวงหาการรักษาทุกรูปแบบ

- 1.3 เป็นโรคปกติทั่วไป รักษาได้ สามารถเป็นได้กับทุกคน
- 1.4 ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต
2. การปรับตัวเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย
  - 2.1 ความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไป
  - 2.2 เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ
  - 2.3 ควบคุมอารมณ์ตนเองให้เร็วที่สุดเมื่อมีเหตุให้ทะเลาะกัน
  - 2.4 เหนื่อยจนท้อจากการดูแล
  - 2.5 หาตัวช่วยในการดูแล
  - 2.6 ปรับความคิดและจิตใจ
  - 2.7 ภูมิใจที่ทำให้อาการดีขึ้น
3. การดูแลตามอาการที่เป็น
  - 3.1 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่บอกรถึงอาการกำเริบ
  - 3.2 ดูแลความปลอดภัยเมื่อมีอาการกำเริบ
  - 3.3 พุดคุยด้วยถ้อยคำอ่อนโยนเมื่อมีอาการกำเริบ
  - 3.4 เรียนรู้การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ
  - 3.5 หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้อาการกำเริบ

สำหรับเนื้อหาผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่บรรยายไว้ในบทนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยมีการใช้สัญลักษณ์ในตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

- |           |         |                                                                                      |
|-----------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| (ข้อความ) | หมายถึง | คำอธิบายเพิ่มเติมของผู้วิจัย                                                         |
| ...       | หมายถึง | การนำข้อความเนื้อหาประเด็นเดียวกันจากหน้าอื่นมาต่อกัน                                |
| (ID1T1M)  | หมายถึง | คำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่ 1 (ID1) สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 (T1) ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย (M)  |
| (ID4T2F)  | หมายถึง | คำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่ 4 (ID4) สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 (T2) ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง (F) |

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลโดยรวม

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

รหัสผู้ให้ข้อมูล	อายุ (ปี)	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ศาสนา	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)	จำนวนสมาชิกในครอบครัว	ระยะเวลาที่แต่งงาน/อยู่ร่วมกับผู้ป่วย (ปี)	ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ปี)	จำนวนบุตร
ID1	53	ชาย	สามี	พุทธ	มัธยมศึกษาปีที่ 6	พนักงาน โรงแรม	20,000	2	25	15	0
ID2	51	ชาย	สามี	พุทธ	ปวส.	พนักงานบริษัท	28,000	2	25	17	1
ID3	36	ชาย	สามี	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 5	ค้าขาย	15,000	4	3	3	1
ID4	30	หญิง	ภรรยา	พุทธ	ปริญญาตรี	พนักงานบริษัท	15,000	6	3	3	1
ID5	47	หญิง	ภรรยา	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 6	แม่บ้านทำความสะอาด สะอาด	20,000	2	12	12	0
ID6	27	หญิง	ภรรยา	พุทธ	ปริญญาตรี	พนักงานบริษัท	45,000	2	7	2	0
ID7	42	หญิง	ภรรยา	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 6	ค้าขาย	20,000	7	16	16	1
ID8	57	หญิง	ภรรยา	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 4	แม่บ้านทำความสะอาด สะอาด	9,000	2	40 กว่าปี	6	2
ID9	61	ชาย	สามี	พุทธ	ปริญญาโท	อาจารย์ มหาวิทยาลัย	70,000	4	40 กว่าปี	40	2
ID10	60	ชาย	สามี	พุทธ	ปวช.	พนักงาน Part-time สำนักข่าวแห่ง หนึ่ง	50,000	4	10	10	1
ID11	65	ชาย	สามี	พุทธ	ปริญญาตรี	นายควม	20,000	5	39	10	2
ID12	57	หญิง	ภรรยา	พุทธ	อนุปริญญา	ธุรกิจส่วนตัว	>100,000	10	28	24	1
ID13	62	ชาย	สามี	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 3	พนักงานโรงแรม	25,000	4	17	10	2

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นคู่ชีวิตที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 13 ราย โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 27-65 ปี ประกอบด้วย สามีของผู้ป่วยจำนวน 7 ราย (ID1,ID2,ID3,ID9 ,ID10,ID11,ID13) และภรรยาของผู้ป่วยจำนวน 6 ราย (ID4,ID5,ID6,ID7,ID8,ID12) ผู้ให้ข้อมูลทุกรายนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาจำนวน 5 ราย ระดับมัธยมศึกษาและอนุปริญญาจำนวน 4 ราย ระดับปริญญาตรีจำนวน 3 ราย และระดับปริญญาโทจำนวน 1 ราย ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทจำนวน 3 ราย พนักงานโรงแรมจำนวน 2 ราย ค้าขายธุรกิจส่วนตัวจำนวน 3 ราย แม่บ้านทำความสะอาดจำนวน 2 ราย ทนายความจำนวน 1 ราย พนักงาน Part-time สำนักงานข่าวจำนวน 1 รายและอาจารย์มหาวิทยาลัยจำนวน 1 ราย รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวสูงสุดอยู่ที่มากกว่า 100,000 บาทต่อเดือน ต่ำสุดอยู่ที่ 9,000 บาทต่อเดือน โดยพบว่ารายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-30,000 บาทต่อเดือน ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวจำนวน 7 ครอบครัว และครอบครัวขยายจำนวน 6 ครอบครัว ระยะเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลแต่งงานหรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในช่วง 3 ถึงมากกว่า 40 ปี ระยะเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 2 ถึง 40 ปี ส่วนใหญ่มีบุตรร่วมกัน (10 ราย) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิตเภทภายหลังแต่งงานหรือใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 ราย ผู้ให้ข้อมูลอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโดยทราบว่าคุณชีวิตของตนป่วยเป็นโรคจิตเภทมาก่อนจำนวน 4 ราย (ID4,ID5,ID7,ID10) ผู้ให้ข้อมูลอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโดยไม่ทราบว่าคู่ชีวิตของตนป่วยเป็นโรคจิตเภทมาก่อนมีเพียงจำนวน 1 ราย (ID3) (รายละเอียดในภาคผนวก ค)

## ส่วนที่ 2 การให้ความหมายของการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ให้ความหมายของการดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ และสายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1. การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายของการดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทว่า การดูแลนั้นคือการเอาใจใส่ทุกอย่างในชีวิต เริ่มจากการเอาใจใส่ในสิ่งเล็กน้อยๆรอบตัว ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การรับประทานยาให้ตรงเวลา การทำกิจกรรมต่างๆ รวมไปถึงการเอาใจใส่เรื่องสภาพจิตใจเพื่อไม่ให้มีความเครียดเกิดขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“...ดูแลเอาใจใส่ทุกอย่าง ไม่ให้เครียดนะครับ เรื่องนี้ดูแลมากเลย ครับ...ก็เอาใจใส่เขาเยอะๆหน่อยครับ เรื่องยา เรื่องอาหาร เรื่องกินยา ให้ตรงเวลา...ดูแลตามปกติ เขาก็ดีเรื่อยๆขึ้นมา พุดคุยเอาใจใส่เขา



ตลอดเวลา มีอะไรก็ตามไถ่เขาตลอดครับ...ก็ใส่ใจในเรื่องรอบตัวเรานี้แหละครับ ตื่นเช้าจะทำอะไร กินข้าว กินยา ตอนเที่ยงถึงเวลากินข้าว กินยา อาบน้ำอาบน้ำท่า คุณจะทำอะไรวันๆ ชายของพอลถึงเวลาลูกไปจัดร้านไว้ให้เขาดูแล...เราต้องดูแลเอาใจใส่..." (ID1T2M)

"ที่ดูแลเอาใจใส่เขาละมั้ง ว่ามีอะไรเราก็ต้องบอกเขา ถ้ามีอะไรที่ไม่ดีหรืออะไรที่เขาทำแบบไม่ค่อยดี เราก็บอกเขาอะนะ เขาๆก็ทำตามอะค่ะ...(ID5T1F)...การดูแลหมายถึงการเอาใจใส่เขาอะค่ะ ทำอะไรทุกอย่างเรื่องกินเรื่องอะไรให้เขาสมาเสมอ มันก็เป็นการดีอะค่ะ...ในเรื่องการกิน กินข้าวกินยาให้สม่ำเสมออะไรก็ว่ามันก็รู้สึกดีขึ้นนะค่ะ" (ID5T2F)

"การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การเลี้ยงดูให้เขาได้ดี ได้เห็นภาพที่เขาชอบ ผมว่าตรงนี้สำคัญที่สุดอย่างอื่นไม่ใช่ประเด็นเลย ประเด็นสำคัญคือ เราให้ความรักเขาจริงนะ เราดูแลเอาใจใส่เขาจริงนะ เราหมั่นดูแลเขานะ บอกความจริงเขานะ เราสร้างความเชื่อมั่นให้เขา นะคือให้เขามีความเชื่อมั่นกับเรา เขามีการดูแลที่ดี ผมว่าสองอย่างนี้ช่วยเขาได้เยอะแล้วนะ..." (ID10T1M)

การเอาใจใส่ที่เกิดขึ้นเกิดจากความรักที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีต่อคู่ชีวิตของตน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า การดูแลที่ตนเองปฏิบัติต่อภรรยาเกิดจากความรักที่ตนเองมีต่อภรรยา หากเป็นการดูแลตามหน้าที่ของสามีคงไม่สามารถให้การดูแลด้วยความใกล้ชิดและใส่ใจทุกเรื่องได้เช่นนี้ เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลอีกรายที่เล่าว่า ความรักที่มีต่อกันมายาวนานทำให้ตนเองยอมรับและเข้าใจในความเจ็บป่วยของคู่ชีวิตมากขึ้น การที่คู่ชีวิตของตนป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ตนเองให้ความรักและความเอาใจใส่กันและกันมากขึ้น การดูแลบนพื้นฐานของความรักทำให้เกิดความเข้าใจในอาการและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น รวมทั้งระยะเวลาที่ให้การดูแลมาเป็นเวลานาน ดังเช่นที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า การดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทต้องอาศัยความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ไม่ใช่เพียงเข้าใจว่าคู่ชีวิตมีความเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น แต่ต้องเข้าใจให้ได้ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากอะไร อาการหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาเกิดจากความเจ็บป่วย ความเข้าใจที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ชีวิตของตนเองได้และนำไปสู่การดูแลที่ทำให้คู่ชีวิตของแต่ละรายมีอาการที่ดีขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“ประคองกันไปเรื่อยๆ ดูแลประคองกันไปเรื่อยๆ ให้เขาทำเองบ้าง อะไรบ้าง ให้เขาทำเองแล้วเราก็ประคองกันไปเรื่อยๆ บางที่เขาไม่ทัน เราก็ประคองไปเรื่อยๆ... ประคองกันไปเรื่อยๆ ก็หาข่าวหาน้ำ หายาให้ เขากินตรงเวลาหน่อย หางานให้เขาทำ...” (ID1T1M)

“การดูแลด้วยความรัก คือให้ความใกล้ชิดก็จะได้สิ่งที่ดีกว่า คือถ้าแค่ ดูแลด้วยหน้าที่มันคงไม่มีใครทำได้ดีขนาดนี้หรอก... การดูแลของเราเองเนี่ย มันรู้สึกที่เราให้ความใกล้ชิดให้ความรักเขามากก็จะได้ดีขึ้น” (ID2T2M)

“การดูแลคือการทำให้เขาดีขึ้น... ทำให้ดีขึ้นจากการเข้าใจของเราจาก สิ่งที่เขาเป็น เมื่อเราเข้าใจเราก็สามารถพูดคุยให้กำลังใจเขาได้... ต้อง เข้าใจเขาอะละสิ่งสำคัญเลย ต้องเข้าใจในสิ่งที่เขาเป็นอยู่ถึงจะอยู่ ร่วมกันได้นะ ถ้าไม่เข้าใจในสิ่งที่เขาเป็นเราอาจจะใช้อารมณ์รุนแรงกับ เขาไป” (ID4T2F)

“เนี่ยต้องใช้ความเข้าใจเป็นอย่างมากเลย มากกว่าปกติเลย ไม่ใช่มาก แบบฉันทเข้าใจเธอนะ มันต้องเข้าใจแบบใช้คำว่ามากลึกซึ้งเลย เอาให้ ถึงส่วนลึกเลย ไม่ใช่เข้าใจอย่างเดียว พุดง่าย ๆ คือเข้าใจแบบ ละเอียดอ่อนโยนเลยแหละ มันต้องพยายามขนาดนั้นเลยนะ ต้องพยายาม เข้าใจ... ก็ถ้าเกิดความเข้าใจนะ ใจมันก็จะเย็นลงเลยอัตโนมัติ เราไม่ ต้องพยายามให้ใจเย็น พอเข้าใจมันก็อัตโนมัติเลย... ต้องเข้าใจ... (ID7T1F)... เข้าใจอย่างลึกซึ้งก็คือว่าไม่ใช่เข้าใจแค่ว่าเขาเป็นนะ คือ เข้าใจว่าเขาเป็นอย่างนี้ เขาต้องการอย่างนี้ต้องเข้าใจว่าเขาหิวแล้ว ต้อง เข้าใจว่าเขาคิดไปเองอย่างนี้ พอเราเข้าใจเราก็ไม่โกรธใจ แต่เมื่อก่อนพี่ ก็เพิ่งจะมาเข้าใจลึกซึ้งก็ตอนนี้แหละ ก็อืมนะ เขาก็คือคนปกติเราพูด ขนาดนี้เขาก็ต้องเข้าใจถูกไหม แต่นี่เขาก็ยังยืนยันของเขาอืมเรารู้แล้ว แหละ ถ้าเป็นคนปกติเราก็โกรธแน่ๆ แล้วใช้ไหมมาพูดอะไรขนาดนี้” (ID7T2F)

“...เข้าใจว่าเราต้องช่วยเหลือเขาแล้วละ คือจากที่เราบอก เรารู้จักเขามานานเห็นเขามานาน รักเขามานานและเดี๋ยวนี้พอเป็นแบบนี้ มันก็ต้องยอมและโอเคแล้วละ คือต้องเข้าใจอยู่แล้วละว่าต้องเจอปัญหาจากภาวะที่เขาเป็น แต่เราจะทำอะไรก็ได้ให้เขาดีขึ้น ให้เขาเข้าใจมากขึ้น” (ID10T1M)

“เราอยู่กันแบบเข้าใจกันนะ...คือเข้าใจ...เข้าใจในชีวิตเข้าใจที่เราเกิดมาแล้ว เป็นมาแล้ว เข้าใจกัน ตอนนี้นั้นมันเกิดมาแล้วต้องเข้าใจ...ก็ช่วยเหลือเจือจุนกันนั่นแหละ มีอะไรก็ค่อยเป็นค่อยไป...มันเกิดมาแล้วก็ต้องดูแลกันไปใช้ใหม่ มันเป็นมาแล้วเราก็ต้องดูแลกันไปให้มันดีขึ้นนะ...เราต้องเข้าใจว่าหนึ่งมันเป็นไปแล้วก็ถอยไม่ได้ ใช้ใหม่ จะเกลียดขังมันไม่ได้ มันเกิดมาแล้วก็ต้องรับมันไป ดูแลกันไป มันเกิดมาแล้วถ้าเราจะเกลียดเขาหรืออะไรมันก็จะอยู่กันไม่ได้ มันก็ต้องเข้าใจกัน ตัวเขาก็เป็นไปแล้วใครจะอยากเป็นใช้ใหม่ เป็นไปแล้วเราก็ต้องรับ” (ID13T2M)

## 2. สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง

แม้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายต่างบอกเล่าเรื่องราวความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท แต่กลับกล่าวในลักษณะเดียวกันว่า ไม่ว่าจะยากลำบากเพียงใดตนเองก็จะอยู่ดูแลคู่ชีวิตต่อไป การดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทเปรียบเสมือนสายใยของครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้งกันได้ ซึ่งเกิดจากความรักและความผูกพันที่มีต่อกัน ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายต่างกล่าวว่า หากย้อนกลับไปคิดถึงช่วงชีวิตคู่ที่ผ่านมามันเคยผ่านช่วงเวลาที่มีความสุขและทุกข์ร่วมกันมา แม้จะมีความยากลำบากแต่ก็สามารถผ่านพ้นความยากลำบากเหล่านั้นมาด้วยกันได้ ความเจ็บป่วยจากโรคจิตเภทจึงเป็นความยากลำบากอีกอย่างหนึ่งที่ตนเองและคู่ชีวิตจะก้าวผ่านไปด้วยกัน และหากตนเองทอดทิ้งคู่ชีวิตไป คงไม่มีใครที่จะสามารถดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ และเอาใจใส่ได้เท่าตนเอง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า เพราะมีความรักกันเป็นทุนเดิมจึงอยากดูแล เพราะความรักจึงอยากใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันต่อไป ไม่เคยคิดที่จะเปลี่ยนใจหรือทอดทิ้งไปมีคนอื่น บางรายเล่าว่า การใช้ชีวิตคู่อยู่ด้วยกันมานานทำให้เกิดความผูกพันไม่อาจทอดทิ้งกันและกันได้ บางรายเล่าว่าการได้ดูแล ได้ให้ความรักแก่กันในช่วงที่อีกฝ่ายเจ็บป่วย ทำให้ตนเองมีความสุขจากการเป็นฝ่ายให้ความรัก ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า สาเหตุที่ตนเองอยู่ดูแลสามีเพราะความรัก ความรู้สึกดีๆที่เคยมีต่อกัน ก่อนที่สามีจะป่วยเป็นโรคจิตเภทสามีได้ช่วยเหลือตนเองและครอบครัวทุกอย่างด้วยความรักที่มีให้กันตลอดมา ทำให้ตนเองยอมรับ

ในการเจ็บป่วยของสามีที่เกิดขึ้นได้ เวลาที่ตนเองลำบากสามีคอยช่วยเหลือดูแล เมื่อสามีเจ็บป่วยตนเองก็ต้องดูแลเช่นเดียวกัน ต้องดูแลกันไป ดูแลจนกว่าจะไม่มีโอกาสได้อยู่ด้วยกัน อีกรายเล่าว่ารู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลสามี เพราะอยู่ด้วยกันเพียงสองคนมานาน เกิดความรักความผูกพันกัน เคยผ่านช่วงยากลำบากของชีวิตมาด้วยกันทำให้ไม่ยากที่จะทอดทิ้งกันไปในช่วงที่อีกฝ่ายยากลำบาก ผู้ให้ข้อมูลรายนี้เล่าเพิ่มเติมว่า สมัยเรียนเป็นช่วงชีวิตที่ตนเองและสามีลำบากที่สุด ตนเองและสามีมีเงินเหลือเพียงไม่กี่บาท แต่ต้องแบ่งเงินไว้เป็นค่าเดินทางไปเรียนและค่ากับข้าว กับข้าวถูกลง 10 บาท ต้องแบ่งรับประทานด้วยกันสองคนให้พอสำหรับสองมือ เมื่อมองย้อนกลับไปในช่วงชีวิตที่เคยลำบากมาด้วยกันทำให้ไม่สามารถที่จะทอดทิ้งกันได้ ทุกวันนี้สามีพยายามดูแลตนเองให้อาการดีขึ้น เปลี่ยนแปลงตนเองทำทุกอย่างให้ดีขึ้นเพื่อครอบครัว ตนเองจึงมองเห็นถึงความรัก ความทุ่มเทที่สามีมีให้ อยากใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันต่อไป เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลอีกรายที่เล่าว่า ทั้งตนเองและสามีต่างผ่านความยากลำบากมาด้วยกัน ตอนสุขสบายก็อยู่ด้วยกันตอนลำบากก็ต้องอยู่ด้วยกัน ไม่คิดที่จะไปไหน เป็นเรื่องปกติที่จะต้องดูแลกัน ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่า คู่ชีวิตคือหนึ่งคนในครอบครัวที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ เป็นเรื่องปกติที่เมื่อคนในครอบครัวเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลกัน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า ครอบครัวของตนเองนั้นแตกแยกมาก่อน พ่อมีภรรยาน้อย ทำให้แม่ได้รับความทุกข์ทรมานใจ คนในครอบครัวต่างไม่มีความสุข ตนเองจึงไม่ยากจะทำแบบนั้นกับภรรยา อยากอยู่ดูแลรับผิดชอบภรรยาไปเรื่อยๆจนกว่าจะตายจากกันไป ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“เพราะคนในครอบครัวครับ คนในครอบครัวเราต้องดูแลเขาก่อนใช้ใหม่ จะดีไม่ได้อยู่ที่ตัวเรา เราต้องดูแลให้ดีครับ...นี่คือคนในครอบครัวเราเลยครับ เราต้องดูแลเอาใจใส่ มองซ้ายมองขวาก็คือคนในครอบครัวของเราเลย เป็นบ้านหลังนี้ต้องมีทุกอย่าง” (ID1T2M)

“เราไม่คิดจะหาคู่อื่น และเราก็ไม่คิดที่จะเปลี่ยนจากเขา เราก็เลยอยู่ได้ คนเดียวก็อยู่ได้ ไม่จำเป็นต้องมีคนรอบข้าง ไม่จำเป็นต้องมีคู่อื่นเพิ่ม ไม่จำเป็น เรารับเขามาเป็นคู่อื่น เราก็อยู่กับเขา...เพราะเรารักเขาครั้งแรก เราให้ความรักเขา เขาก็อยากดูแลเขาตลอดไป แค่นั้นเอง เราไม่คิดอย่างอื่น ไม่คิดจะเปลี่ยนใจไปจากเขา เราให้ความรักเขาแล้วอยากให้ความสุขมากกว่า...เพราะที่เราทำให้เขาเพราะเรารักเขาอยากดูแลเขามากกว่า มันก็เลยไม่คิดอย่างอื่น ไม่คิดว่าเสียอะไรใหม่ ไม่คิดว่าได้อะไรใหม่ แต่รู้สึกมีความสุขที่เรารักเขาเนี่ย” (ID2T1M)

“คือเราอยู่กับเขาแล้ว คืออยู่กันมาตั้งสามปีกว่า ก็เลยมันกลายเป็นห่วงเขาไปแล้ว แบบว่าจะทิ้งเขาก็ไม่ได้...แบบว่าใครจะมองยังไงไม่สน คือเราอยู่กับเขาแล้วอะก็ต้องอยู่ด้วยกัน” (ID3T2M)

“เออมันเป็นแบบนี้ทำไมไม่เลิก แบบนี้ พี่ก็เลิกไม่ได้คนเรามันอยู่ด้วยกันแล้ว...มันก็มีความแบบรักเขาอะนะ มีความรู้สึกแบบดี ๆ ต่อกัน อะนะ ว่าเขาช่วยเราอะไรทุกอย่าง เขาก็ช่วยเราอะนะ ช่วยเลี้ยงลูก ดูแลเงินทอง อะไรเขาก็ทำให้อะนะ ทำให้ทุกอย่าง เวลาลูกใช้อะไรไป เรื่องเกี่ยวกับเงินทอง เขาก็ไม่เคยว่าอะนะ เขาก็มีความรู้สึกดีต่อเรา ก็เลยแบบต้องอยู่ด้วยกันด้วยความที่ว่าเราเข้าใจ เห็นใจกันค่ะ ก็เลยอยู่ด้วยกันมาเท่าบัดนี้...(ID5T1F)...ก็มีความรู้สึกว่าเราเคยอยู่ด้วยกันแล้ว ใช้ไหมคะ อุ่มกันมาแล้วเราก็กินดูแลกันไปอะค่ะ ดูแลกันไปจนกว่าจะไม่ได้อยู่ด้วยกันนั่นแหละคิดว่า” (ID5T2F)

“เพราะว่าเราอยู่ด้วยกันสองคนละมั้ง แล้วก็อาจจะเอ๋อรักกันผูกพัน...(ID6T1F)...เพราะว่าเราคบกันมานานแล้วมั้งคะเหมือนผูกพันกัน...หนูว่ามันก็มีความสุขดี...ก็คือเวลาลำบากเราก็กินช่วยกันก็เคยลำบากด้วยกันมาเยอะ สมัยก่อนลำบากก็เลยไม่อยากทิ้งกัน เพราะแต่ก่อนเคยลำบากก็ไม่ทิ้งกัน...ลำบากมากๆ ลำบากสุดๆ เลยก็คือสมัยเรียนปริญญาตรี เหลือตังค์อยู่ไม่กี่บาทแล้วก็ต้องเก็บตังค์ไว้เป็นค่ารถ เหลือตังค์อยู่สิบบาทสมัยนั้นอะคะเกือบสิบปีแล้ว ก็มีกับข้าวถุงละสิบบาทก็ต้องซื้อกับข้าวนั้นนะ ส่วนข้าวมีอยู่แล้วซื้อกับข้าวถุงละสิบบาทแล้วก็แบ่งกินตอนกลางคืนแล้วก็เก็บไว้กินตอนเช้าอีกกินกันสองคน อันนั้นคือลำบากสุดๆก็สมัยเรียน...ถ้าเลิกกันไปเขาก็ปล่อยเนื้อปล่อยตัว ที่เขากินยาอยู่ทำอะไรทุกวันนี้ก็เพื่อหนูแหละ ถ้าเลิกกันไปเขาก็ไม่กินไม่สนใจตัวเขาอะ เหมือนจะเป็นอะไรก็ช่างเขาก็ปล่อย เหมือนทุกวันนี้เขาก็เหมือนเพื่อหนูนั่นแหละ...ก็เพราะเขาพยายามพัฒนาตัวเองเพื่อเรา พยายามเปลี่ยนแปลงให้มันดีขึ้นเพื่อเรา ก็เลยไม่อยากทอดทิ้ง...ก็เห็นถึงความตั้งใจของเขาเหมือนรักกันมากขึ้น...ก็คือความรักมากกว่าค่ะ ถ้าเราไม่รักเขาเราก็คงไม่ดูแลขนาดนี้ค่ะ ขนาดพ่อแม่เขายังฝากเราให้ดูแลเขา ซึ่งเราก็ไม่กล้าทิ้งเขาไปไหนเหมือนกัน เพราะกลัวว่าทิ้ง

เขาไปเขาก็อาจจะเป็นคนละคนไปเลยก็ได้ ก็เพราะรักนี่แหละ ”  
(ID6T2F)

“เพราะว่าเราอยู่กันมานานไปอย่างนี้ เราลำบากกันมาเยอะ แล้วพอเราสบายมันก็ต้องอยู่ด้วยกันสิ ตอนลำบากทำไมอยู่ได้อะ แล้วทำไมเวลาสบายจะอยู่ด้วยกันไม่ได้ อย่างเจ็ย ก็ไม่เห็นจะต้องไปไหนเลย... (ID8T1F)...บางคนรู้ว่าผัวตัวเองเป็นอย่างนี้ก็ไม่สนใจอาจจะหนีทิ้งไปเลยก็ได้ก็เห็นเยอะแยะ นั่นก็หมายถึงว่าเขาไม่ยากอยู่ แต่อย่างเราเราอยู่กันมานานไปนี่ก็ออกใหม่ เราอยู่กันมานานอะ...เพราะเราอยู่กันมานานไป มันก็เป็นเรื่องปกติที่ต้องดูแลกันไป...เราผ่านร้อนผ่านหนาวมาด้วยกันกว่าเราจะก้าวมาถึงขนาดนี้กว่าจะมีถึงวันนี้ได้ กว่าเราจะฝ่าฟันมาถึงขนาดนี้ได้ กว่าจะมีวันนี้” (ID8T2F)

“ก็ครอบครัว คำว่าครอบครัว ไม่มีอะไรที่มันเปลี่ยนก็อยู่ด้วยกันมาอย่างนี้ 40 ปี” (ID9T1M)

“ส่วนสำคัญก็จากความรักเขานั่นแหละ คือเรามีความรักเขาเป็นทุนเดิมอยู่ตั้งนานแล้ว...” (ID10T1M)

“เป็นเรื่องปกติที่เราเป็นสามีก็ต้องดูแลเขาอยู่แล้วนะ ถือว่าเป็นเรื่องปกติ... เขาเป็นภรรยาเราก็ต้องดูแล ไม่เคยไม่กล้าไปทำแบบนั้นได้...ผมเคยเจอมา ก็พ่อผมเองเขาก็มีภรณยาน้อยครอบครัวก็ไม่มีความสุขแตกแยก แม้ก็ได้รับความทุกข์ทรมาน ผมได้รับความรู้สึกนั้นมากก็ไม่อยากจะทำกับภรรยาอย่างนั้นหรอก...ก็ดูแลไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะตายจากกันไป...(ID11T1M)...เป็นห่วงก็ในฐานะสามีภรรยา...ก็เป็นความรู้สึกที่สามีมีต่อภรรยาทั่วไป...แก็ภรรยาแล้วตัวผมเป็นสามีก็ต้องมีความรับผิดชอบในเรื่องดูแลภรรยาด้วย...” (ID11T2M)

“...เป็นหน้าที่ของเรา มันเหมือนเป็นคนในครอบครัวเดียวกันที่เราต้องคอยดูแล มันเหมือนเขาเป็นคนในครอบครัวที่เราต้องดูแล เราก็ดูแลกันไป...” (ID12T1F)

“เราอยู่ด้วยกันนะ เราอยู่ด้วยกันเรามีความสุข ลูกเอ๋ย ครอบครัวเอ๋ย ผมเหนื่อยนะ แต่เวลาอยู่ด้วยกันแบบนี้เราก็มีความสุขกับครอบครัว คนอื่นเขามีเงินมีทองใช้ใหม่...เราจนเราก็อยู่กันแบบครอบครัวเรา เรา รักกันนะ...(ID13T1M)...ผมคิดว่าเขาก็เป็นแฟนผมเหมือนเดิม ภรรยา เหมือนเดิม เป็นแม่ของลูก มันไม่ได้คิดเรื่องอื่น ถึงจะตาบอดหูหนวกก็ ต้องอยู่ด้วยกัน” (ID13T2M)

อีกสิ่งหนึ่งให้ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงเมื่อต้องบอกเล่าถึงเหตุผลในการดูแลชีวิตที่ป่วย เป็นโรคจิตเภทคือ ความรู้สึกสงสารและห่วงใย หากตนเองทอดทิ้งชีวิตไปแล้วใครจะเป็นผู้ดูแล แม้ คู่ชีวิตจะมีญาติพี่น้องคอยดูแลแต่ผู้ให้ข้อมูลหลายรายต่างกล่าวว่าคงไม่มีใครที่จะเข้าใจและให้ความใส่ใจ ในการดูแลมากกว่าตนเอง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า หากตนเองทิ้งสามีไปคงไม่มีใครดูแลสามีได้ เพราะสามีไม่เชื่อฟังใครเลยนอกจากตนเองซึ่งเป็นภรรยา ปัจจุบันที่สามีอาการดีขึ้นเพราะพยายามทำ เพื่อภรรยา หากไม่มีตนสามีจะละเลยในการดูแลตนเองจนอาการกำเริบได้ บางรายเล่าว่ารู้สึกสงสาร หากตนไม่อยู่ดูแลสามี กลัวว่าหากตนทิ้งไปแล้วสามีจะไม่มีใครดูแล โดยปกติสามีก็ไม่ค่อยใส่ใจดูแล ตนเองเพราะคิดว่าตนเองหายแล้วจึงต้องมีคนคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ถ้าตนเองทิ้งไปถึงมีแม่ของสามีก็ คิดว่าอาจจะดูแลได้ไม่ดีเท่าตนเอง ไม่อยากเห็นสามีเดินอยู่ข้างถนนเหมือนคนอื่นที่เคยพบเจอ รู้สึก สงสารอยากดูแลให้กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติเหมือนเดิม ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่าถึงแม้ตนเองจะ ทราบอยู่ก่อนแล้วว่าสามีเป็นโรคจิตเภท แต่ตนเองก็ตัดสินใจที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน เพราะความรู้สึก สงสารเนื่องจากไม่มีใครเข้าใจและห่วงใยสามีเลย แม้แต่คนในครอบครัว เพื่อนฝูง คนรอบข้างต่างไม่มีใครยอมรับ ตนเองจึงเกิดความรู้สึกสงสารอยากดูแล อยากให้สามีได้รับความอบอุ่นจากคนใน ครอบครัวเช่นเดียวกับตนเองที่เคยได้รับมา ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“คือแบบห่วงเขาด้วยแหละถ้าเขาไปอย่างนั้นอย่างนี้แล้วเขาจะอยู่ ยังไง เป็นห่วงแหละ ก็อยู่กันมาตั้งนานแล้วเนอะ” (ID3T2M)

“เราก็คิดเนาะแม่เขาจะเป็นยังไงถ้าอยู่กับแม่เขา แม่เขาจะพามาได้ ใหม่ กลัวมันเป็นไปเยอะกว่านี้...เป็นความสงสารเขาอะค่ะ ไม่อยากให้ เขา ถ้าไม่มีคนดูแลเขาต้องเป็นเยอะกว่านี้แน่ เพราะว่าเขาปกติก็ไม่ ดูแลตนเอง เขาชอบคิดว่าหายแล้วไม่ต้องหาหมอ มันไม่ใช่ เพราะว่า เคยมีอาการเพราะว่าเขาไม่กินยาเลยเป็นหนักกว่าเดิม ก็รู้อยู่แล้วแต่ไม่ ใส่ใจตัวเขาเอง ต้องมีคนดูแลอะค่ะ...รู้สึกสงสาร มันคิดว่า คือเราจะคิด

ว่าแม่เขาๆคนเป็นแม่ก็ต้องดูแลลูกอยู่แล้ว แต่เราดันไปคิดว่าแม่เขาจะดูแลเขาแบบที่เราดูแลเขารึเปล่า กลัวเขาไปแล้วไม่มีใครดูแลเขา แล้วก็กลัวเขาไปอย่างนั้นอย่างนี้...เราก็ไม่อยากเห็นเขาเนาะไปเดินที่ไหนก็ไม่รู้ มันก็เลยต้องดูแลกลัวเขาจะเป็นแบบนั้น...แล้ววันนึงเราเกิดไปเห็นอ้าว เดินอยู่ข้างถนน นี่ใครวะเนี่ยคูนๆ ไม่อยากให้เป็นอย่างนั้นไง...กลัวมันจะไปเป็นแบบนั้น กลัวไม่มีใครดูแลเขา...(ID4T1F)...รู้สึกสงสารเขาอยากให้เขาเป็นเหมือนเดิมกลับมาเป็นเหมือนเดิมที่เขาเคยเป็น...อยู่กับเขาก็สงสารเขาใจ กลัวเขาเป็นอะไรมาๆ...กลัววันหนึ่งเราไปเจอเดินอยู่ข้างถนน” (ID4T2F)

“แต่ก็คิดว่าถ้าเราทิ้งเขาไปอะ เขาก็ไม่มีใครดูแล เขาก็จะยิ่งแย่กว่าเดิม เพราะว่าเขาก็ไม่เอาใคร ถ้าแม่เขาบอกเขาก็เฉยๆ เพราะเหมือนกับว่าเขาจะเชื่อหนูมากกว่า ถ้าเราทิ้งเขาไปปุ๊บ หนูว่าชีวิตเขาต้องแย่อะไรอย่างนี้ ก็เลยเออ อยู่ช่วยดูแลกันไป” (ID6T1F)

“ก็สงสาร รู้สึกสงสาร บางทีมองๆแล้วก็สงสาร ถ้าเกิดเขาเนี่ยถึงอยู่กับครอบครัวใหญ่มีพ่อแม่พี่น้อง แต่ไม่มีใครเข้าใจเขาเลย ไม่มีใครเข้าใจว่าโรคที่เขาเป็นเนี่ยคืออะไรยังไง เหมือนเขาขาดคนเข้าใจนะ เชื่อไหมว่าพี่ได้เข้ามาเนี่ยพี่ก็เกิดจากความสงสารนะ ตั้งแต่ที่แรกไม่เข้าใจว่าพี่ไม่รู้เนาะว่าเขาเป็นแบบนี้ พี่รู้ตั้งแต่ที่แรกแต่พี่ไม่คิดว่ามันจะเยอะขนาดนี้ นี่ไงความที่พี่เป็นคนซื่อสงสาร ว่าคนนี้น่าสงสารทำไมไปคุยกับใครก็ไม่มีใครอยากพูดด้วย (หัวเราะ) ทำไมเป็นคนที่ไม่รู้สึกว่าสังคมไม่เอา เพื่อนฝูงก็ไม่เอา มันดูแล้วน่าสงสารอะ นี่ไง เกิดจากความสงสารใจ เลยได้คุยได้ใกล้ชิดกัน พอได้คุยได้ใกล้ชิดกัน สงสารนะ...ถ้าเขาไม่ไว้วางใจแบบไม่โมโหไม่อะไรก็ไม่น่าสงสารนะ เขาก็เป็นคนน่าสงสาร ก็คิดดูนะ คนปกติเนี่ยไม่ได้เดือดร้อนเรื่องการใช้ชีวิตประจำวันอะไรเท่าไรนะ แต่เขี่ยมันแปลกนะที่เธอไม่สบายใจอยู่ตลอดเวลาเนตรงนี้พี่ว่าเขามีกรรมอะ นั่นแหละนอกจากลูกก็เพราะสงสาร แต่ถ้ามาไว้วางใจใส่พี่ก็ไม่น่าสงสารแหละ (หัวเราะ)...(ID7T1F)...ก็สงสารเหมือนกันนะ สงสารที่เขาเป็นเยอะแล้วก็ อยู่ครอบครัวใหญ่ก็จริงนะแต่เขาก็ไม่มีใครเข้าใจใจ เนี่ยอยู่กับแม่ตั้งแต่เล็กอยู่กับพ่อเขาเรียกว่าอะไรอะเหมือนครอบครัว



อบอุ้นนะแต่พี่เนี่ยนะพ่อแม่แยกทางกันอะแต่พี่ดูอบอุ้นกว่าเขา (หัวเราะ) อาจจะเป็นเพราะโรคเขาด้วยแหละเหมือนขาดความ อบอุ้น...ก็ปกติเราเป็นคนขี้สงสารอยู่แล้วมั้งเห็นอะไรๆ พี่ก็สงสาร อันที่จริงพี่รู้ตั้งแต่แรกแล้วนะว่าเขาไม่ปกติแต่ไม่ได้คิดว่ามันจะเยอะขนาด นี้” (ID7T2F)

“ผมกลัวห่วงถ้าผมไม่อยู่ ผมไปซะก่อน เขาจะอยู่อย่างไร...เป็นห่วงเขาก็คือพยายามตั้งใจจะดูแลเขาให้ดีที่สุดอะ ที่ชีวิตเรามีอยู่นะ ถ้าเกิดเราไม่อยู่ เราก็ห่วงเขา จะทำอย่างไรมั้งเนี่ย ใครจะดูแลเขาต่อ ใครจะเข้าใจอะไรขนาดนั้นรีเปล่า” (ID10T1M)

“แต่ก็อีกนะว่าไม่รู้สภาพครอบครัวเหมือนกันหรือเปล่าแต่พี่ดูสภาพครอบครัวเขา คือครอบครัวเขาเหมือนไม่มีความเอื้ออาทร ไม่มีการห่วงใย ไม่มีอะไร ก็คงต้องดูแลเขา” (ID12T1F)

“สงสารเขามากกว่า สงสารเมื่อไหร่จะหาย จะหายอยู่กับลูกกับเต้าอย่างนี้นะ ไม่อยากให้เขาไปเป็นเหมือนคนอื่นที่เขาเป็นอะนะ เขาเป็นแล้วนอนป้ายรถเมล์ หรือว่าโวยวายอะไรแบบนี้ คือเราไม่อยากให้ครอบครัวเราเป็นขนาดนั้น ไข้ไหม เราก็พยายามพาเขา ช่วยเขา เตือนเขา พาไปหาหมอ ดึกๆตื่นๆก็พาไปหาหมอ ไข้ไหม เรานึกถึงว่าเออเคยเจอคนที่ป้ายรถเมล์นอนรถเมล์แคว้งคว้าง เราก็ไม่อยากให้ครอบครัวเราเป็นอย่างนั้น ไม่ว่าจะป่วยเป็นลูกเป็นเมียหรือว่าเป็นตัวเราเอง ไข้ไหม เราก็ไม่อยากให้เป็นสภาพแบบนั้น อยากให้อยู่ด้วยกันแบบให้รู้เรื่องอะ เคยเห็นเยอะแบบนั้นที่ป้ายรถเมล์ นอนเอาผ้าห่มนอนตอนดึกๆ ผมถามว่าบ้านเขาอยู่ที่ไหนก็รู้ว่าบ้านอยู่ที่ไหน เขายังไม่แก่เลยอายุสาบลิบกว่าๆผู้หญิงนะ ครอบครัวเขารู้ไหมพ่อแม่เขารู้ไหมเขามานอนแบบนี้นะ เราก็ไม่อยากให้ลูกเมียเราเป็นแบบนั้น...ไม่อยากให้เขาเจอสภาพแบบนั้น อยากให้เขาอยู่แบบครบสาบลิบหกสามสิบสอง...อยากให้เขาเป็นแบบที่เคยเป็น เคยอยู่กันมา ไม่อยากให้เขาโอเคคนเราแก่ตัวมาร่างกายมันก็ขางมันเรื่องของสังขาร แต่ว่าอยากให้เขาเป็นแบบที่เขาเป็นมา” (ID13T1M)

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่าอีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ใช้ชีวิตอยู่ดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทคือ ลูก ลูกเปรียบเสมือนกำลังใจและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการประคับประคองชีวิตคู่และครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า เพราะไม่อยากจะให้ลูกมีปัญหาครอบครัวจึงพยายามที่จะเข้าใจในอาการเจ็บป่วยของสามี ลดการทะเลาะเบาะแว้งกันให้น้อยลง ไม่อยากให้ลูกอยู่ในบรรยากาศครอบครัวที่ไม่ดี หลายครั้งที่ต้องอดทนกับพฤติกรรมต่างๆของสามีเพื่อลูก พยายามอดทนเพื่อประคับประคองชีวิตครอบครัวเพื่อไม่ให้ลูกมีชีวิตที่พ่อแม่แยกทางกัน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่าเหตุผลที่อยู่ดูแลสามีจนถึงปัจจุบันคือทำเพื่อลูก เพราะสามีคือพ่อของลูก หากไม่มีลูกตนเองคงไม่สามารถใช้ชีวิตดูแลสามีต่อได้ เพราะไม่อยากจะให้ลูกต้องขาดพ่อไปตนเองจึงทำหน้าที่ดูแลสามี ทำตามหน้าที่ภรรยาในการดูแลสามีเพื่อลูก ทุกครั้งที่เหนื่อยและท้อแท้จากการดูแล ลูกคือกำลังใจสำคัญที่ทำให้ตนเองสามารถก้าวผ่านความยากลำบากที่ผ่านมาได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“แต่เราก็ต้องคิดถึงในแง่เราอยู่กับเขาแล้ว มีลูกกับเขาแล้ว อย่างนี้มากกว่า... (ID3T1M)...ลูกมัน น่าจะเป็นลูกนี้แหละ องค์กรประกอบคือลูก ลูกนี้แหละ...ก็ยืนยันแหละว่าลูก เพราะลูก” (ID3T2M)

“ลูกคะ ลูกเนี่ยแหละ คือเราจะทำทุกอย่างเพื่อไม่ให้ลูกเรามีปัญหาอะ เพราะถ้าหากเราไม่พยายามเข้าใจ เราก็จะทะเลาะกันอยู่เรื่อยๆ แล้วลูกจะต้องอยู่ในบรรยากาศที่พ่อแม่ต้องมานั่งทะเลาะกันกับเรื่องไม่เป็นเรื่อง เรื่องที่บางทีไร้สาระนะ มันก็อยู่ในบรรยากาศที่ไม่ค่อยจะดีนะ พี่ก็ไม่ชอบแบบนั้นด้วยเนี่ยประเด็นหลักเลย...หน้าที่แม่ของลูก...ประเด็นเลยก็คือลูกนั้นแหละ น้องยังไม่เคยมีลูกน้องเลยไม่รู้หรอกนะ ทำไมแม่มันถึงทนเพื่อลูกได้...จริงๆผู้หญิงมันก็ได้ไม่อยากจะทนหรอกนะ แต่มันต้องทนเพื่อลูกไง ทำเพื่อลูก เข้าใจคำว่าทำเพื่อลูกมันเป็นไง เนี่ยเราเข้าใจตรงนี้เลย...(ID7T1F)...ไม่อยากจะให้เขาขาดใจพ่อแม่แยกทางกัน แล้วมันจะเป็นยังไงอะ ก็อยู่อย่างนี้แหละพ่อบ้าแม่บ้องก็ยังคงดีกว่าพ่อแม่แยกทางกัน” (ID7T1F)

“ลูกสาวพี่ดี เขาเข้าใจแม่ พ่อเป็นแบบนี้ละเดี๋ยวหนูจะตั้งใจเรียน ไม่ต้องกังวลเรื่องหนู หนูจะชดเชยให้แม่ เขาพูดกับพี่แบบนี้ตลอดเวลา เหมือนกับลูกเป็นกำลังใจให้เราคิดว่าเขาเป็นแบบนี้เราต้องดูแลเขาไป...พี่มีลูกนะยังงี้ก็ต้องคิดกับลูกนะ พี่รักลูกมากทำให้พี่ดูแลมาถึงทุก

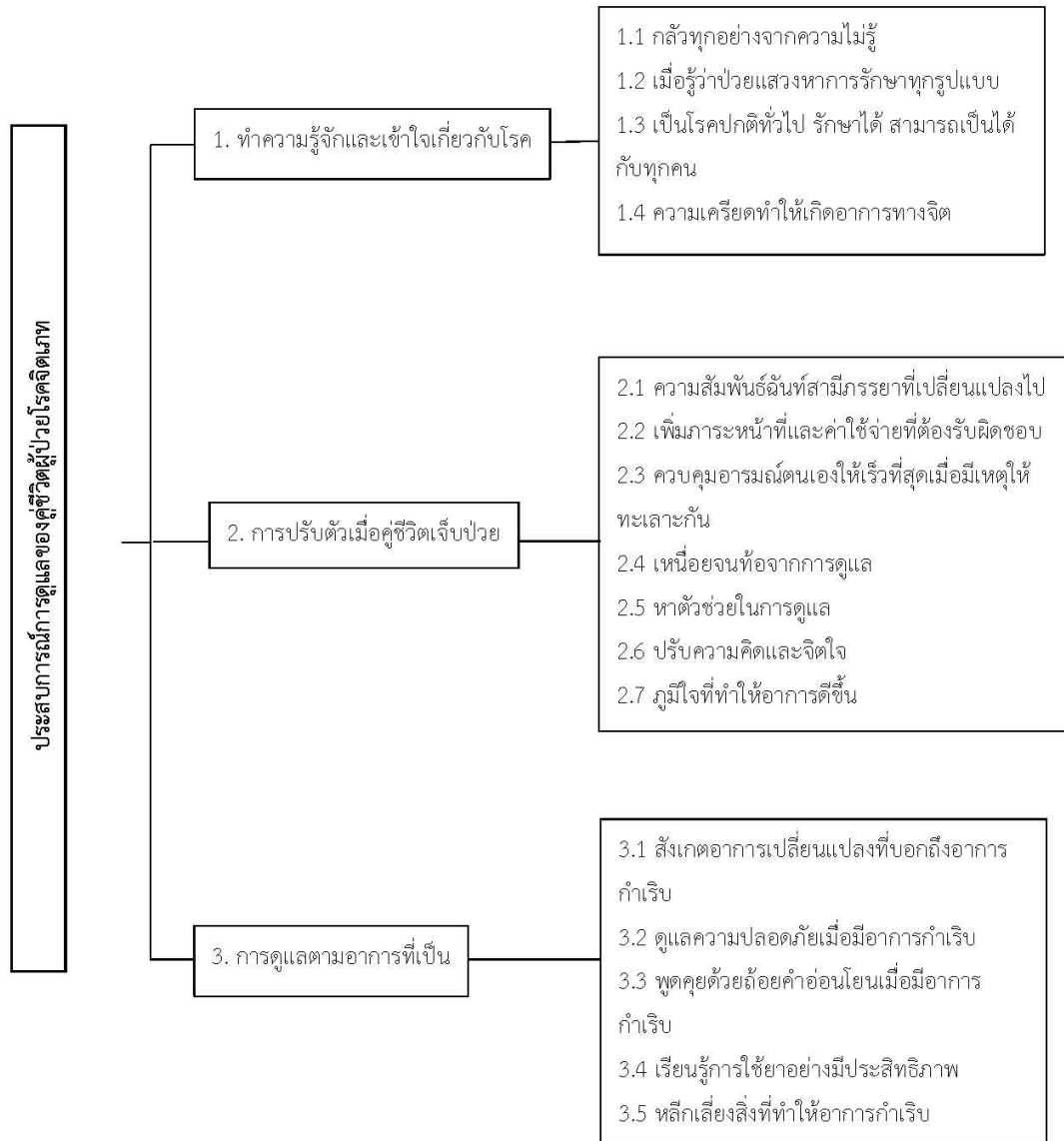
วันนี้ ลูกพี่ทุกวันนี้อยู่เมืองนอกนะ เขาก็โทรมาถามแม่เป็นไงบ้าง แม่ไหวไหมทุกครั้งเลย แม่เครียดอะไรไหมโทรมาหาแม่คุยกับหนูได้ไหม แม่ก็บอกได้ไม่เป็นไร วันหนึ่งถ้าพ่อเขาไม่อยู่แล้วแม่จะมาอยู่กับหนู พี่บอกเขาแบบนี้ตลอด กำลังใจก็อยู่ตรงนี้ เงินซื้ออะไรไม่ได้จริงๆ... เพราะเขาคือพ่อของลูกไง ลูกพูดเสมอว่าแม่พ่อเป็นพ่อหนูนะ พี่แค่บอกว่าไม่ต้องห่วงแม่ดูแลเขาจนกว่าเราจะตายไปข้าง...พี่มีความรู้สึกว่าการที่เราดูแลเขาเราทำเพื่อลูก...ถ้าไม่มีลูก พี่ก็แบบ มันก็อีกเรื่องหนึ่งนะ ถ้าไม่มีลูก (ทำท่าคิด) พี่ก็คงเอากลับไปคืนให้ครอบครัวเขา คงจะบอกเขาว่าพี่ดูแลไม่ไหว...แล้วอีกอย่างก็ทำเพื่อลูกว่าลูกมันมีพ่อนะ มันต้องมีพ่อ...เพราะฉะนั้นต้องใช้คำว่าหน้าที่ หน้าที่ที่เราจะต้องดูแลเขาเพื่อลูก” (ID12T1F)

“ลูกก็เรียนหนังสือลูกก็เล็กอยู่นี่ ถ้าเราคิดว่าเราจะไปคนนึงแล้วเขาจะอยู่กับใคร แล้วลูกจะอยู่ยังไง ไข้ไหม ถ้าผมไปสักคนนึงหรือสมมติถ้าผมตายมันอีกเรื่องหนึ่ง แต่ไอ้เรื่องให้ผมหนีไปอยู่นั่นอยู่นี่ ผมทำไม่ได้ห่วงลูก ยังคิดอยู่เลยว่าเออถ้าเราเป็นอะไรไปเนี่ยแล้วเขาค่อยๆตีตัวลูกเขาจะอยู่ยังไง ไข้ไหม ลูกยังเล็กอยู่เลย ถ้าลูกโตแล้วมันคิดได้ก็อีกเรื่องหนึ่ง นี่ลูกยังเป็นแบบเนี่ย (หันไปชี้ที่ลูกชายที่กำลังดูทีวีแล้วยิ้ม)... (ID13T1M)...ดีขึ้นมาก็เพราะลูกๆ นี่แหละครับ เพราะเราอยู่กับมาขนาดนี้แล้วทำให้เราอยู่ได้ทุกวันนี่...เพราะลูกนั่นแหละ...เราอย่ารังเกียจเขา มันเป็นไปแล้ว ใครจะอยากเป็น เรามองรอบๆข้างคือลูกเรา ถ้าเราเกลียดเขาแล้วลูกเราอยู่ยังไง เราก็ต้องดูแลเขาดูแลลูกใช้ไหม” (ID13T2M)

### ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการศึกษาพบว่าประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1. ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค 2. การปรับตัวเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย และ 3. การดูแลตามอาการที่เป็น ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ผลการศึกษาประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท



ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก โดยมีรายละเอียดแต่ละประเด็นหลัก ดังนี้

### 1. ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค

ภายหลังที่ทราบว่าคู่ชีวิตของตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายต่างมีความรู้สึกที่หลากหลายเกิดขึ้น บางรายตกใจ บางรายสับสน บางรายปฏิเสธที่จะยอมรับ แต่ความรู้สึกที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้กล่าวถึงมากที่สุดคือ ความกลัว โรคจิตเภทเป็นสิ่งที่ตนเองไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับคู่ชีวิตของตน แต่ละรายจึงเกิดความกลัวขึ้น กลัวว่าคู่ชีวิตจะไม่หายจากโรค กลัวว่าคู่ชีวิตจะทำร้ายตนเอง กลัวว่าตนเองและคนในครอบครัวจะถูกทำร้าย หรือแม้แต่กลัวว่าคนรอบข้างจะไม่ยอมรับ ความกลัวที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากความไม่รู้และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อที่จะให้เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับคู่ชีวิตของตนเองผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีการแสวงหาข้อมูลและวิธีการดูแลรักษาต่างๆทุกรูปแบบทั้งการแสวงหาด้วยตนเองและได้รับคำแนะนำจากคนรอบข้าง บางรายลองผิดลองถูกอยู่หลายครั้งจนพบว่าวิธีการเหล่านั้นไม่ช่วยทำให้อาการดีขึ้นจึงพามารักษาที่โรงพยาบาล เมื่อผ่านไปช่วงระยะเวลาหนึ่งหลายรายยอมรับและเริ่มทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมและอาการที่คู่ชีวิตของตนเองแสดงออกมา โดยส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจว่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้นสาเหตุหลักมาจากความเครียด ซึ่งความเครียดนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในคนทั่วไป โรคจิตเภทจึงเป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนหากมีความเครียดเกิดขึ้น และอาการของโรคก็สามารถรักษาได้เช่นกัน การเข้าใจถึงสาเหตุของโรคจิตเภทดังกล่าวนำมาซึ่งวิธีการดูแลต่างๆเพื่อลดปัจจัยที่จะทำให้คู่ชีวิตเกิดความเครียด จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีการทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ดังนี้ 1.1) กลัวทุกอย่างจากความไม่รู้ 1.2) เมื่อรู้ว่าป่วยแสวงหาการรักษาทุกรูปแบบ 1.3) เป็นโรคปกติทั่วไป รักษาได้ สามารถเป็นได้กับทุกคน 1.4) ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 1.1 กลัวทุกอย่างจากความไม่รู้

ในช่วงแรกที่คู่ชีวิตมีอาการทางจิต ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่ามีความรู้สึกกลัวเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความกลัวว่าโรคนี้อาจรักษาไม่หาย กลัวอาการกำเริบ รวมไปถึงกลัวว่าคู่ชีวิตของตนเองจะทำร้ายตนเองและผู้อื่น โดยเฉพาะทำร้ายคนในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า ตนเองและคนรอบข้างต่างกลัวว่าภรรยาจะไม่หายจากโรคนี้อันเพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน บางรายเมื่อสังเกตเห็นคู่ชีวิตของตนเองมีพฤติกรรมที่ผิดปกติก็เกิดความกลัวว่าจะมีอาการกำเริบเหมือนที่เคยเป็น เนื่องจากไม่รู้และไม่เข้าใจในการดำเนินของโรคและการรักษาที่ถูกต้อง บางรายรู้สึกกลัวว่าคู่ชีวิตของตนเองจะมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า ตอนกลางคืนไม่สามารถที่จะนอนหลับได้ เพราะความกลัวที่เกิดขึ้นในจิตใจว่าสามีจะทำร้ายตนเอง ในช่วงกลางคืน เนื่องจากสามีเคยมีอาการดังกล่าวมาแล้วจึงกลัวว่าจะเกิดเหตุการณ์ขึ้นอีกครั้ง อีกราย

เล่าว่าในช่วงแรกที่สามีเริ่มป่วยและมีอาการทางจิต กลัวว่าตนเองและลูกจะถูกสามีทำร้าย แม้ไม่  
 อยากจะคิดเช่นนั้นแต่พอเห็นชาวคนฆ่าลูกและภรรยาทำให้เกิดความรู้สึกกลัวขึ้น ขนาดคนที่ไม่มี  
 อาการทางจิตยังสามารถฆ่าคนในครอบครัวได้ แล้วสามีตนเองที่มีอาการทางจิตเช่นนี้ก็อาจทำได้  
 เช่นกัน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“กลัวเขาจะไม่หายนะครับ คนรอบข้าง ช่างๆบ้านเขาก็กลัว กลัวจะไม่  
 หาย เพราะโรคนี้ต้องรักษาใช้เวลาเยอะครับ...กลัวจะไม่หาย กลัวจะ  
 เป็นมากขึ้น...” (ID1T2M)

“...ตอนนั้นห้วงมาตลอด...กลัวเขาจะทำร้ายตัวเองซ้ำอะครับ ก็  
 พยาบาลก็เตือนไว้ หมอก็บอก ก็เป็นห้วงเขาตรงนั้น” (ID2T2M)

“บางทีพี่ก็เหมือนกลัวเหมือนกันนะ...พี่กลัวแกไววาย ทำร้ายคนอื่น  
 หรือว่าทำร้ายของ กลัวมันจะไม่มีเงินอะไรเสียให้เขา...เมื่อก่อนมัน  
 ไม่ได้กินยาเนาะพี่ก็กลัวมันไม่หาย พี่ก็คิดเหมือนกัน เอ้ มันจะหายได้  
 ไงเนาะ ก็กลัวเหมือนกันแหละแต่พอมากินยาแล้วมันก็หาย เมื่อก่อน  
 มันไม่ได้กินยาไงก็เลยคิดว่ามันจะหายหรือเปล่าเพราะว่าพี่ก็ไม่รู้ว่า  
 เออ แบบนี้มันเป็นอย่างไรละมันจะหายไหม อะไรประมาณนี้...”  
 (ID5T2F)

“แต่ก่อนคือ หนูก็ไม่ได้นอนกลางคืนก็ไม่ได้นอนเหมือนกัน เพราะว่า  
 กลัวว่าเขาจะไปทำอะไร...เพราะว่ามันก็มีข้างที่เหมือนว่าอาจจะแบบ  
 ทำร้ายอะไรก็กลัวเขาทำร้ายตัวเองอะไรเงี้ย...เพราะว่ากังวลคือแบบว่ามัน  
 เคยมีเหตุการณ์ที่เปิดถึงแก๊สไป หนูก็เลยกลัวว่าเขาจะไปทำอะไรหรือ  
 เปล่า ก็เลยแบบไม่ได้หลับไม่ได้นอนกลัวกังวลไปหมด...ไม่รู้ว่าถ้าเลิก  
 กินยาไปแล้วก็จะกลับมาเป็นอย่างนี้อีกไหม” (ID6T1F)

“ขนาดคนที่ไม่ป่วยก็ยังฆ่าลูกฆ่าเมียได้เพราะคิดว่าคนอื่นจะมาฆ่า  
 ตัวเองไง ก็เลยฆ่าเขาไว้ก่อนไร้ พี่อยู่ทุกวันนี้พี่ก็เสียวๆอยู่นะว่ามัน  
 จะคิดแบบนี้หรือเปล่า กลัวนะ พี่ก็กลัวนะว่า อ่า ไม่อยากจะทำอย่าง  
 นี้แต่เราดูแล้ว แต่ความคิดเขาไม่มีหรอก แต่คนเรานั้นก็ไม่แน่มันนอน

ใช้ไหม ว่าแนวโน้มมันจะไปทางไหน...พีก็กลัว พีกลัวมากเลยว่า  
ความคิดเขาเนี่ยว่า เอ๊ยซักวันเนี่ย มันจะคิดว่าเราจะฆ่ามันหรือ  
เปล่า มันจะมาฆ่าเราไหมกลัว (หัวเราะ) กลัวมากเลย...” (ID7T1F)

“กลัว...พีไม่ไหวพีกลัวเกิดวันหนึ่งมันมองลูกเราเป็นตัวอะไร มองเรา  
เป็นตัวอะไร ที่เขาพูดว่าอย่างนี้ก็ตายไปด้วยกันเลยมันทำอะไรเรา  
ขึ้นมาเราทำยังไง...” (ID12T1F)

“บอกหงุดหงิด หงุดหงิดอะไร ผมก็กลัวนะ...ผมก็กลัวนะ กลัวเขา  
หงุดหงิดแล้วเป็นเหมือนเดิม...(ID13T1M)...แต่ก่อนก็ห่วงเขาหลาย  
อย่างคือเราไปทำงาน แล้วตัวเขาอยู่กับลูก กลัวเขาจะมีอาการเราก็ไม่  
รู้ กลัวเขาเพราะลูกเรายังเด็กอยู่ กลัวเขามีอาการไม่ดีกับลูก ”  
(ID13T2M)

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า ในช่วงแรกที่เริ่มป่วยบ่อยครั้งที่สามีพูดเพื่อเจอในสิ่งที่ไม่  
เป็นความจริงตนเองไม่เข้าใจในอาการที่แสดงออกมา ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดความสงสัยว่า  
จำเป็นจะต้องรับประทานยาหรือไม่ หยุดได้หรือเปล่า เพราะหลังจากรับประทานยาไปสามินอนตลอด  
ทั้งวันไม่ทำอะไรเลย จึงตัดสินใจให้สามีหยุดรับประทานยา เพราะคิดว่าสาเหตุมาจากการรับประทาน  
ยา ผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งเล่าว่า เพราะไม่เคยพบเจอและไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
ทำให้เกิดความกลัว ทั้งกลัวตนเองและลูกจะถูกทำร้าย และกลัวว่าสามีจะถูกคนอื่นทำร้าย แม้สามีจะ  
ไม่ได้แสดงออกถึงพฤติกรรมที่จะทำร้ายตนเองหรือลูกแต่ความรู้สึกกลัวก็ยังเกิดขึ้น นอกจากนี้คน  
ภายนอกที่ไม่เข้าใจอาการเจ็บป่วยของสามีอาจทำร้ายสามีของตนได้ หากสามีมีอาการทางจิตหรือ  
แสดงออกถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่อออกไปสู่สังคม เพราะคนภายนอกไม่รู้ว่าพฤติกรรมนั้นเกิด  
จากความเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลหลายรายที่มีลูกเวลาที่ต้องไปทำงานหรือไม่อยู่บ้านจะรู้สึกกลัวมากกว่า  
คู่ชีวิตของตนจะมีอาการกำเริบและอาจทำร้ายลูกได้ โดยเฉพาะช่วงแรกที่มีอาการทางจิต จากการที่  
ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเกิดความรู้สึกกลัวในอาการและพฤติกรรมที่  
คู่ชีวิตแสดงออกมาจนนำไปสู่การดูแลที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง  
ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“แรกๆก็ในช่วงเขามีอาการ...เขาบอกมีคนอื่นมาด่าเขาตลอดเวลา นั่งอยู่  
ห้องตลอดเวลา ปกตินั่งอยู่ห้องเฉยๆเมื่อก่อนดูแลลูก ลูกยังเล็กอยู่

ประมาณนั้น แล้วก็แบบมีคนมาด่าเขาขึ้นด่าเขาตลอดเวลา เราก็เลยสงสัย เกิดอะไรขึ้น ก็ไม่รู้เหมือนกัน จนเขาทำร้ายร่างกายตัวเองแล้ว ครบถึงได้รู้...เราก็ไม่รู้อาการของเขาเป็นอะไรตอนนั้น...” (ID2T1M)

“เขาจะทำตามคำสั่ง บอกให้กินยา อันนี้ๆ ก็จะมีแค่นี้แหละ รู้แค่ว่าคำสั่งที่เราไปมันเกิดจากอะไร ไม่เคยเจอเหมือนกันนะ ไม่เคยเจอคนแบบนี้แหละ...รู้สึกทำไมทำไมไม่ได้ ในเมื่อคนอื่นเขายังทำได้เลย ไม่ใช่คนอื่นทำได้แต่คือเราเคยทำได้มาแล้ว ไม่ใช่เราไม่เคยทำเลย มันเป็นงานที่เราเคยทำมาแล้วทำไมเขาถึงทำไม่ได้ มันเพราะอะไร เพราะอะไรถึงทำไม่ได้ เพราะว่า เป็นโรคนี้หรือเป็นเพราะนิสัยส่วนตัว เราก็เลยยังคิดไม่ออกเลยว่าเขาเป็นอะไร มันก็เป็นกับโรคหรือสิ่งที่เขาเป็นอยู่เอง...เราก็ไม่รู้เหมือนกันว่ามันเกิดจากนิสัยของเขาหรือว่าเกี่ยวกับโรคที่เขาเป็น ก่อนหน้านี้เป็นยังไงก็ไม่รู้ที่อยู่กับแม่เขามา...มันเป็นอะไรของมัน ไปทำวันเดียวแล้วมาถึงตอนเย็นทำหน้าที่ไม่เอาแล้ว ไม่อยากไป แล้ว (ID4T1F)...เขาบอกว่ามันหนัก มันเหนื่อย เขาบอกแบบนี้ ก็เลยคิดว่ามันเกี่ยวกับโรคหรือเป็นโรคซีเกียจหรือโรคซึมเศร้ากันแน่...ตอบสนองช้ามากเลยอะ หรือว่าเกี่ยวกับยาที่กินหรือว่าเกี่ยวกับตัวโรค” (ID4T2F)

“...แต่เมื่อก่อนก่อนนั้นไม่ดีกว่าเขาจะเป็นอะไรแบบรุนแรงขนาดนี้ไฉน เพราะหนูก็ไม่ค่อยรู้ รู้แต่ว่าเขาเป็นโรค บ้านนอกเขาเรียกโรคเป็นบ้าอะเนาะ แล้วก็รู้แต่ว่า เออเป็นบ้าอะไรทำไมทำงานได้ ประมาณนี้ ทำงานก็ทำได้ทุกอย่าง พี่ก็ไม่ได้รู้เรื่องแบบนี้ แล้วพอมาอยู่ด้วยกันมาถึงรู้ว่าแก เออ แกเป็นถึงได้รู้ว่ากินยาประจำ เมื่อก่อนก็ไม่ค่อยรู้ดีกว่าไม่กินยาประจำนะคะไม่ค่อยรู้เรื่อง” (ID5T2F)

“ถ้าเป็นเมื่อก่อนนะพี่จะไม่ได้นะ พี่จะซีเรียสมาก เฮ้ย ทำไมไม่พูดความจริงวะ อะไรอย่างนี้ อย่างเมื่อก่อนที่เขามาหาว่าพี่เป็นนางเอก AV พี่โมโหมากเลยนะ ถ้าฉันทำเนี่ยฉันจะไม่ปิดบังเธอเลยนะฉันโอ้โฮ ถ้าฉันสวยมากระดับ AV (หัวเราะ) พี่จะคิดแบบนี้ ฉันน่าจะภูมิใจนะฉันก็ไม่น่าจะโกรธเธอ แล้วฉันก็ไม่มีอะไรที่ฉันจะปิดบังเธอด้วย แล้ว



ถ้าฉันทำจริงๆมันไม่ใช่เรื่องเลยนะที่ฉันจะปิดบังตัวเธอ แต่ประเด็นคือว่า ฉันไม่เคยทำ...ก็จริงๆ พี่นี่แหละเป็นคนไม่เข้าใจเอง พี่เป็นคนบอกให้เขาไม่ทาน พี่ไม่เข้าใจว่ามันเป็นยังไง ก็เลยบอกว่าเอ๊ะก็แล้วทำไมต้องกินด้วยก็เลยบอกว่าหยุดกินได้ไหม เขาก็หยุดตามเราไง พอหยุดแล้วทีนี้ก็อาการขึ้นของขึ้น (หัวเราะ)...ก็เพราะว่าเราไม่เข้าใจว่ามันเป็นเพราะอะไรยังไง เราไม่เข้าใจจริงๆ ว่าเป็นแบบไหน เราไม่เข้าใจโรค ก็เลยคิดว่าทำไมต้องกิน ประมาณว่าเราก็บังคับจิตใจตัวเองเอาสิ อะไรอย่างนี้ เพราะเราเป็นคนที่ทำอะไรก็จะบังคับจิตใจเราเองไง เราก็เลยคิดว่าเขาจะทำได้เหมือนเรา...เขาก็นอน นอนทั้งวัน นอน ไม่รู้ นอนอะไรหนักหนา นอนตื่นบ่อย ตื่นมากินแล้วก็ไปนอน แล้วแกก็นอนแล้วก็นอนได้อีกนอน โห นอนจนเราคิดว่าเลือดจะไม่ไปเลี้ยงสมองแล้วมันจะอะไรประมาณนี้อะค่ะก็เลยว่าเลิกกินไปเหอะ เราไม่เข้าใจเขาใจ...มันก็ต้องกลัว บางทีคนเราเวลามันมีเรื่องก็มีเหตุการณ์เฉพาะหน้าเนาะ เรามันก็ไม่รู้ว่าอะไรมันจะเกิดขึ้น แฟนพี่มันไม่ได้มีชกต่อยอะไร แต่เครื่องมือเพียบ ไอ้คนที่มีความรู้ด้วยเขาจะรู้หมดละว่าจะเอาจริงไม่จริง ถ้าเขาเห็นเครื่องมือเขาก็ต้องหาเครื่องมือเขาบ้างอะ เอาจริงๆ คนทั่วๆ ไปใช้ปะ นั่นแหละ พี่ก็เลยกลัว” (ID7T2F)

“พอกลับบ้านแล้วเขาก็ให้คอยดูอาการถ้ามันเป็นเหมือนกับว่าคนหลงผิด คือยังไม่มียันตรายอะไรถึงกับต้องนอนโรงพยาบาลต้องรักษา แต่เราไม่เคยเห็นเราไม่เคยเจอใครก็กลัว คนที่เป็นแบบนี้เราต้อง...เพราะเราไม่รู้ เราห่วงลูกไง เพราะไอ้คนที่เขาพูดด้วยที่พูดถึงพี่ไม่รู้ว่าคืออะไรแต่การแสดงออกทำร้ายเราสองคนแม่ลูกเขาไม่มี เขาจะพูดคนเดียวว่าอย่างนี้มันก็ตายเถอะตายไปด้วยกันเลย คำว่าตายไปด้วยกันเราไม่รู้ว่าตายเราพ่อแม่ลูกหรือว่าตายเขากับคนที่เขาพูดถึง...คนภายนอกไม่รู้เลยว่าเขาเป็นคนบ้าเป็นคนสติไม่ดี ถ้าเกิดคนไหนที่เป็นแบบนี้แล้วไปโดนคนข้างนอกทำร้าย ไม่ตายก็ได้สาหัสจะอย่างไร เพราะเขาพูดอะไรไปเองเรื่อยเปื่อย พูดไม่คิดอะไร...กลัวเวลาที่เขาออกไปพูดอะไรข้างนอกคนไม่รู้...เราก็ไม่รู้ว่าคืออะไร ป่วยจริง ผิดเข้าหรือว่าอะไร แต่ตอนนั้นที่เราสงสัยคือทำไมเขาถึงเอ่ยถึงพระXXX ก่อนหน้านั้นเขาจะพูดแต่คนที่ตายไปแล้ว มันมีจริงไหมคนตายที่มา

เข้าแล้วพูดอะไรอย่างนี้ แต่พอพูดถึงพระXXX...แต่เราก็อาจจะรู้ว่าคืออะไร...ไปหาหมอก็กี่กลับบ้านไม่มีอะไรยิ่งเป็นแบบนี้แล้วเราพาเขาไปโรงพยาบาลXXXซึ่งมันเป็นโรงพยาบาลของคนประเภทนี้หมอคงจะต้องรับไว้ความคิดของเราตอนนี้นั้นนะ หมอควรจะต้องรับไว้สิ เพราะเขามีอาการแบบนี้เป็นอาการเฉพาะโรคของโรงพยาบาลแต่หมอให้เขากลับมาเราว่าไม่ใช่หรือเปล่าอะไรหรือเปล่าเราคิดเองไม่ใช่โดนของเข้า... แต่ตอนนั้นถ้าถามว่าสับสนไหมพี่สับสนเพราะพาไปโรงพยาบาลนั้นแล้วเขาไม่ทำอะไรให้กลับบ้าน พาไปโรงพยาบาลXXX ครั้งที่ 2 ก็ยังให้กลับบ้าน...พี่ถึงสับสนคุณบ้าแบบไหน คุณบ้าแบบคุยกับคนอื่นรู้เรื่อง คุณบ้าแบบคุณไปสั่งของกับคนโน้นคนนี้ได้วางเงินมัดจำได้ พี่ไม่เข้าใจ” (ID12T1F)

## 1.2 เมื่อรู้ว่าป่วยแสวงหาการรักษาทุกรูปแบบ

หลังจากที่คู่ชีวิตของตนมีอาการทางจิต ผู้ให้ข้อมูลหลายรายแสวงหาการดูแลรักษาทุกวิธีการทุกรูปแบบที่สามารถทำให้อาการดีขึ้น บางรายใช้วิธีลองผิดลองถูกตามความเชื่อของตนเอง และคำบอกเล่าของผู้อื่น บางรายเลือกวิธีการรักษาโดยพาไปหาพระชื่อดังเพื่อทำการรักษาโดยการรดน้ำมนต์พออาการไม่ดีขึ้นจึงตัดสินใจพาไปรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งได้เล่าว่า หลังจากที่สามีมีอาการผิดปกติตนเองพาไปหาพระชื่อดัง พอพระท่านดูอาการแล้วบอกว่าสามีน่าจะมีอาการทางจิตจึงตัดสินใจพาสามีไปรักษากับโรงพยาบาลจิตเวชแต่เมื่อพบว่าสามียังมีอาการไม่ดีขึ้น ก็พาสามีไปรักษากับพระวัดชื่อดังต่างๆตามคำแนะนำของคนใกล้ชิด ไปทุกที่ที่มีคนแนะนำจนแต่ละที่ต่างบอกว่าอาการที่สามีเป็นไม่เกี่ยวข้องกับไสยศาสตร์ควรพาไปพบแพทย์ ตนเองจึงพาสามีมารักษากับแพทย์แผนปัจจุบันเช่นเดิม ผู้ให้ข้อมูลหลายรายแสวงหาวิธีการรักษาโดยการสอบถามข้อมูลจากคนใกล้ชิดหรือญาติพี่น้อง บางรายสอบถามญาติผู้ป่วยที่รู้จักกันในวันที่ไปพบแพทย์ว่ามีที่ใดบ้างที่รักษาแล้วหายก็จะไปรักษาตาม บางรายใช้วิธีค้นหาข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แหล่งข้อมูลจากสื่อต่างๆ เช่น บทความจากอินเทอร์เน็ต จากหนังสือต่างๆ เมื่อได้ข้อมูลจากบทความต่างๆก็นำมาเปรียบเทียบกับอาการที่คู่ชีวิตของตนเองเป็นเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค บางรายค้นหาข้อมูลการรักษาในอินเทอร์เน็ตเพื่อหาแหล่งประโยชน์ต่างๆที่จะช่วยรักษาให้ดีขึ้น เช่น โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเลือกแสวงหาวิธีการรักษาตามความเชื่อตนเอง บางรายทำตามคำแนะนำของคนรอบข้าง บางรายซื้อยานอนหลับให้รับประทานเพื่อให้อาการสงบ จนค้นพบว่าหลากหลายวิธีที่เลือกใช้ไม่สามารถทำให้อาการดีขึ้น ในบางรายมีอาการแย่งจึงตัดสินใจพามาโรงพยาบาล ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“มีอาการที่ทำร้ายร่างกายตัวเองเลย แล้วเราก็กินยาไปหาหมอ หมอ เขาก็แนะนำ...เราก็มองอาการ เราก็มองว่าแปลก เลยไปถามหมอ หมอ เขาบอกเป็นอาการของคนซึมเศร้าที่เก็บความรู้สึกไว้กับตัวเอง” (ID2T1M)

“ก็แม่เขาเป็นคนบอก ทีแรกผมไม่รู้ ว่าให้ช่วยจัดยาให้ กินด้วย และก็ ช่วยดูแลเขาให้กินยาสม่ำเสมอ ไม่งั้นมันจะไม่ดีขึ้น” (ID3T2M)

“ก็เลยบอกแม่เขาบอกว่าเขาน่าจะมีอาการเป็นโรคซึมเศร้ารีเพล่า ลอง พาเขาไปหาหมอ...โทรไปบอกแม่เขาว่าเขาเป็นแบบนี้จะต้องพาไปหา หมอ เขาไปหาหมอ หมอบอกว่าห้ามขาดยานะ เขาก็เลย แต่หมอที่ นั้นอะทาง (ชื่อโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง) ว่ามีสิทธิ์ประกันสังคมใหม่ ให้มาที่นี่ ที่โรงพยาบาลที่เรามีสิทธิ์ก็ได้เดี๋ยวเขาจะเขียนใบส่งตัวมา เอาก็ได้ มันก็ใกล้หน่อยก็มาที่นี่... (ID4T1F)...รู้สึกว่าจะต้องพาไปหาหมออะค่ะ บอกแม่เขาว่าต้องได้รับการรักษา...เราก็กินยาในนี้แบบนี้ หนูว่า มีอะไร ก็เลยมันน่าจะมีอาการโรคซึมเศร้า...มันเป็นเหมือนที่เราอ่าน เจอในเน็ตไป ว่าหนูแล้ว หลอน ชอบอยู่คนเดียว กลัวผู้คน...เราต้อง ศึกษาเกี่ยวกับโรคว่าเขาเป็นแบบนี้ ี่ ต้องเข้าใจในสิ่งที่เขาเป็นต้อง ศึกษาก่อน ถ้าเราไม่ศึกษาเราก็ไม่เข้าใจ เอ๊ะ ทำไมมันต้องมีภาพหลอน ใครจะมารวมึงอะไรแบบนี้ พอเราเข้าใจแล้ว อ้อ มันเป็นแบบนี้หมอบอก เขาก็อธิบายว่ามันเกิดจากสารในสมองที่หลั่งออกมา เขาไม่ได้อยากจะ เป็นแบบนี้หรอก” (ID4T2F)

“...5-6 เดือนแล้ว ถึงจะมาหาหมอ เพราะว่าตอนแรกก็ไม่คิดว่าเขาจะ เป็นไง อาจจะเป็นแบบคิดว่าเป็นเรื่องผีสิงใจ ก็เลยเอ้อ ผ่านมานานละไม่ หาย เลยพามาหาหมอ มาหาหมอก็เริ่มดีขึ้น ดีขึ้นบ้างเหมือนควบคุม อารมณ์ได้...เป็นเยอะๆเป็นหนักๆเลยก่อนที่จะมาหาหมออะ ก็เลย ตัดสินใจมาหาหมอ...เมื่อก่อนหนูก็ไม่ค่อยรู้ว่าเอ้อต้องไปไหนไปไหนนะ เราก็กินยาเรื่อง พอมารู้เรื่อง พอมารู้ว่า เออ ต้องกินยาประจำอย่างนี้ ถ้าไปที่ไหนต้องไปโรงพยาบาลที่ไหน ก็ปรึกษากับหมอมานะมาโรงพยาบาลไหน โรงพยาบาลไหน เขาก็แนะนำมาโรงพยาบาลXXXอะค่ะ แบบพวกป่วยพวก

พิการอะไรอย่างนั้นคะ (ผู้ป่วยใช้สิทธิ์คนพิการ) เขาก็ให้สิทธิ์พิเศษไม่ต้องเสียตังค์อะนะ” (ID5T1F)

“ตอนแรกก็คิดไปถึงเรื่องๆผีสิงไร้งี้ ก่อนหน้านั้นก็เลยพาไปหาพระ รดน้ำมันตีไร้งี้ ก็ตีขึ้นซักพักแล้วก็กลับมาเป็นอีก...คือทำไงก็ได้ให้เขานอนหลับอะคะ ก็คือมีซื้อยานอนหลับมา ลองกินยานอนหลับดูจะได้พักผ่อนบ้าง เพราะว่าถ้าเขาไม่นอนเลย หนูก็นอนไม่หลับเหมือนกัน... อันนี้คือแรกๆที่ยังไม่ได้มาหาหมอ ไปซื้อเอง ที่ร้านขายยา...เขาก็ไม่ยอมนอน เลยคิดว่าจะทำยังไงดีวะเขาไม่ยอมหลับยอมนอนตอนกลางคืน ก็เลยลองไปซื้อยานอนหลับมาให้กินดีกว่าให้กินครึ่งเม็ด แล้วก็เอ่อ เขาก็เลยนอนหลับ เราก็จะได้นอนพักผ่อนบ้าง แค่นี้กิน 2 วันแค่นั้น ก่อนมาหาหมอ...กลับมาเป็นอีก ก็เลยพามาที่โรงพยาบาลนี้แหละคะ...พอไปรักษามาไปปรึกษากับพระก็ไม่ดีขึ้นก็เลยมาตัดสินใจปรึกษากับหมอ...เสิร์ชจากในเน็ต อินเทอร์เน็ต ดูว่าอาการแบบนี้เป็นอะไร พอเสิร์ชดูเขาก็บอกว่า เป็นโรคจิตเภท ประเภทประสาทหลอน ตอนแรกก็พออ่านแล้วก็ เออ อาการเหมือนแฟนเราเลย มีอาการหูแว่วได้ยินเหมือนมีคนอื่นมาพูดแบบกับเราตลอดเวลา อาการเหมือนแฟนเราเลย ตอนแรกก็คิดอยู่ว่าจะพาไปโรงพยาบาลไหน ก็ว่าจะพาไปโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านแต่ก็ไม่มีหมอทางจิตเภท ก็เลยเออลองเสิร์ชดู เสิร์ชหาในอินเทอร์เน็ต เสิร์ชไปเสิร์ชมาก็มาเจอโรงพยาบาลนี้แหละคะ...” (ID6T1F)

“สมัยก่อนเลยลืบทกว่าปีก่อนพี่ก็ไม่รู้จัก เราจะหาข้อมูลที่ไหนก็ยากมากนะ ไปหาตามร้านหนังสือก็ไม่มีนะ พี่ก็ไปหาตามร้านหนังสือต่างๆ ไปจนไปเจออยู่ที่ร้านหนึ่งก็ซื้อหนังสือมาอ่าน เราก็มาดูอะมันเข้าข่ายหรือเปล่า...” (ID7T1F)

“ในช่วงของการเริ่มต้นเราก็คิดว่าเรารักษาได้ หนึ่งหมอXXXเราก็รู้จัก หมอXXXมาใหม่ ๆ เราก็ยังพอรู้จัก...ปรึกษาอาจารย์ว่ามันหนักไหม รักษาหายไหม อาจารย์ก็บอกว่าต้องรักษากันไปตลอด...” (ID9T1M)

“แกก็ให้แสงต่อสู้อยู่แล้วไม่นอนทั้งคืนเลย หลาย ๆ วันเข้าก็รู้ว่าอาการไม่ดีก็เลยพาไปโรงพยาบาล โรงพยาบาลXXX...(ID11T1M)...มีอาการถึงพาไปโรงพยาบาล” (ID11T2M)

“...พี่ก็พาเขาไปวัดนะไปวัดXXXไปหาพระXXXตอนที่ยังอยู่ตรงนั้น ไปวัดก็ไม่เจอพระXXXแต่เจอที่รองจากพระXXXก็ไปหาบอกว่าจะมาขอพบพระXXXเขาอยากเจอพระXXX พระก็ดูอาการแล้วพระก็บอกว่าไม่ใช่หรอกโยมเขาป่วยเขามีอาการทางจิตเขาต้องรักษา พี่ก็บอกเขารักษาที่โรงพยาบาลXXXมาแล้วเพิ่งออกมาเดือนกว่า...ใครบอกว่าพระที่ไหนเก่งพระโล่ผี พระอะไร ๆ พี่พาไปหมดเลยนะพี่น้องแนะนำมาใครแนะนำมาพี่พาไปหมดทุกที่ที่บอกว่าพระเขาโล่ผีพระเขาเก่งดูได้ว่าไอ้นี้มีผีไหมพี่พาไปหมดทุกที่แต่ว่าทุกที่ก็บอกว่าไม่มีอะไรเขาเป็นคนที่คุณเองคิดกับเขาเองว่าเขาเป็นอย่างนี้ ๆ จนสุดท้ายพี่ไปจบที่วัดXXXพระXXXท่านก็บอกว่าไม่ต้องพาเขาไปวัดแล้วนะโยมเขานี้เขาเป็นคนที่มีฝักใฝ่เป็นแบบนี้ฝักใฝ่แต่เรื่องแบบนี้จนทำให้เขาจิตเขาคิดไปเองเขาอยากมีองค์ข้างในเขาอยากเป็นร่างทรงเขาอยากเป็นอย่างนี้ทำให้เขาคิดเองสติเขาก็ไม่ได้แล้วโยมต้องพาเขาไปหาหมอปัจจุบันรักษาทางปัจจุบันไม่ต้องคิดพาเขามาแบบนี้อีกแล้วเสียเงิน...เขาก็พูดตลอดเวลาว่าเขาเป็นพระพุทธเจ้า แล้วจนก็คุยกันกับพี่น้องเขาที่อยู่ในบ้าน...ก็เลยตัดสินใจส่งโรงพยาบาลXXX...” (ID12T1F)

“ที่แรกเราก็คิดว่าไปโดนลมพัดลมเพ...ของไสยศาสตร์ไรจี้ มันเคยเป็นอย่างนั้นมาก่อนไปหาหมอหาพระหาอะไร คนก็บอกแนะนำไปอย่างโน้นไปอย่างนี้...จังหวะที่เราพาไปรักษาที่ (ชื่อโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง) มีคนมาบอกให้เราเชื่อว่าพาลูกสาวไปหาหมอเนี่ย เขาบอกดีเมื่อก่อนเขาเป็นคนที่เบลอๆ เดินไปเดินมาทั้งคืน มีทหารคนนึงมาพูดให้ฟังว่าเขาก็บอกว่าเป็นแบบนี้แหละ ผมถามว่าเป็นอะไรเขาก็บอกอยู่ๆ เขาก็เป็นแบบนี้ก็พาไปหาหมอผมก็ถามรักษาแพงไหม เขาก็บอกไม่แพงหรอกเป็นทหาร ตีสี่เนี่ยไปรอกหาหมอเลย...เราก็ไปตีสี่ตีห้า” (ID13T2M)

### 1.3 เป็นโรคปกติทั่วไป รักษาได้ สามารถเป็นได้กับทุกคน

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายต่างกล่าวว่า การที่คูชีวิตของตนป่วยเป็นโรคจิตเภทนั้นเปรียบเสมือนกับการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆทั่วไป สามีหรือภรรยาของตนก็เหมือนกับคนปกติธรรมดาทั่วไป สามารถพูดคุยรู้เรื่อง ทำตามคำสั่ง ทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า ไม่ได้มองว่าสามีตนเองเป็นคนบ้าแต่อย่างใด ยังคงเป็นเหมือนคนปกติทั่วไปเพราะสามีของตนเองนั้นไม่ได้แตกต่างจากเดิมเลย มีพฤติกรรมและการแสดงออกเหมือนเดิม สามารถใช้ชีวิตร่วมกันได้ตามปกติเช่นเดิม ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเปรียบเทียบลักษณะอาการและพฤติกรรมของคูชีวิตกับคนบ้าที่เคยเห็นตามข้างถนน ทำให้มองว่าโรคจิตเภทที่คูชีวิตของตนเป็นอยู่ไม่ร้ายแรงและสามารถรักษาได้ บางรายเล่าว่า ในปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชอื่น ๆ เป็นจำนวนมาก เช่น โรคนอนไม่หลับ โรคซึมเศร้า ไม่ใช่มีเพียงสามีหรือภรรยาของตนเองเท่านั้นที่ต้องประสบกับโรคนี้ ทำให้คิดว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ใครก็สามารถเป็นได้และรักษาได้ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่ายอมรับและเข้าใจความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและไม่มีความรู้สึกรังเกียจโรคจิตเภทที่คูชีวิตของตนเองเป็นอยู่ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“เขาไม่ได้เป็นคนเดียว คือแบบว่าคนอื่นบางคนที่เขาเป็นโรคนอนไม่หลับ ซึมเศร้า มันมีหลายแบบอะครับ เลยเข้าใจว่า เออ คนเขา คนเขามองไปเอง มันไม่ได้น่าเกลียด” (ID3T2M)

“...แต่เขาก็คุยรู้เรื่อง พูดรู้เรื่องแบบนี้แหละ แต่เราก็ไม่ได้เห็นว่าเขาเป็นคนบ้า เป็นคนปกติ 4 เองเขาเป็นคนปกติ...ก็เราพูดคุยกับเขา รู้เรื่อง ก็ไม่ได้ เขาก็ไม่ได้เป็นเหมือนคนบ้าที่เราเห็นเดินตามถนนทั่วไป เขาก็ยังเป็นคนปกติคุยรู้เรื่อง ตอบสนองสั่งทำโน้นนี่ได้ คือมันปกติอะ มันปกติเลย...ไม่ได้บอกว่ามันเป็นคนบ้านะ...” (ID4T1F)

“...เป็นโรคจิตอะไรอย่างนี้ มันดูรุนแรงแต่เดี๋ยวนี้ก็ไม่ใช่แค่คนเดียวที่เป็นแต่คนอื่นเขาก็เป็นกันเยอะอะไรอย่างนี้ มันเป็นโรคปกติโรคทั่วไป มันสามารถรักษาได้” (ID6T1F)

“...มันก็ไม่ใช่เรื่องถึงกับว่าเรื่องร้ายแรงคอขาดบาดตายอะไร...ก็อยู่กันปกติ ทั่วๆไปอะ... เขาก็ไม่มีอาการแรงอะไร เขาก็ปกติยังงี้ ก็เหมือนคนธรรมดาทั่วไป...เพราะว่าเขาไม่ได้ล้มหมอนนอนเสื่อที่เราต้องมานั่งเซ็ดซี เซ็ดเยี่ยวอะ...เขาก็ปกติอะ นึกออกไหม เขาก็ไปไหนได้ หาข้าวกินได้

ชวนไปไหนได้ อะไรยังเงี้ย...เขาไม่ได้เป็นอะไรนี่ คือเขาก็ไม่ได้มาแสดง ให้เห็นว่าเขาเป็นคนบงคนบ้าอะไร จะให้พูดว่าโง่ละ ก็เขาก็ปกติ เหมือนเดิมอะ” (ID8T1F)

“ของมันก็ถือว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา การป่วยก็ปกติเป็นไปได้ทุกคน เป็นเรื่องปกติไม่คิดว่าเป็นเรื่องร้ายแรงอะไรหรอก เรื่องปกติแล้วเราก็คือรับได้ ไม่ได้เป็นเรื่องร้ายแรงหรือน่ารังเกียจอะไร...(ID11T1M)...คนป่วยก็พากันไปรักษา...ไม่มีความรู้สึกรังเกียจอะไร เราก็คือเป็นแบบว่าธรรมดา เราก็คือธรรมดาเป็นแค่เรื่องกรรยาป่วยแค่นั้นเอง แต่ความรู้สึกว่ารังเกียจกรรยาแบบนี้ไม่มีนะ” (ID11T2M)

#### 1.4 ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต

ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เชื่อว่าความเครียดเป็นสาเหตุให้เกิดอาการผิดปกติทางจิต ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า สามีของตนนั้นมีปัญหาครอบครัว ทำให้ขาดความอบอุ่นกลายเป็นคนไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เก็บความไม่สบายใจไว้กับตนเอง ไม่มีคนรอบข้างให้คำปรึกษาเกิดความเครียดสะสมจนมีอาการทางจิต อีกรายเล่าว่า ความเครียด เป็นแรงกดดันหรือตัวกระตุ้นให้ภรรยาของตนมีอาการทางจิตเกิดขึ้น เช่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกังวลใจจะเป็นตัวกระตุ้นทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงจนอาการกำเริบได้ ผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า ปัจจัยภายนอกทำให้เกิดความเครียด เช่น คนในครอบครัวพูดจาไม่ดี การแสดงท่าทางโมโห หรือมีพฤติกรรมด้านลบต่อตัวผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดนำไปสู่ความผิดปกติของความคิด เกิดความคิดหวาดระแวงได้ อีกรายกล่าวว่า สิ่งแวดล้อมหรือสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คู่ชีวิตของตนมีอาการทางจิต โดยเล่าว่าสามีของตนอาศัยอยู่ในชุมชนที่สภาพแวดล้อมไม่ดีส่งผลทำให้เกิดความเครียดซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการทางจิตขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“เหมือนครอบครัวเขา เขาไม่มีพ่อ พ่อเขาเสีย แล้วที่นี้เขาอยู่กับแม่ เหมือนแม่เขามีสามีใหม่แล้วสามี เหมือนเขาขาดความอบอุ่นนะ เหมือนเขาพูดคุยกับใครไม่ได้ พอวันนั้นที่เขาเกิดมีอาการก็คือ แม่เขาไปอยู่กับสามีของเขาที่ต่างจังหวัด แล้วแม่เขาให้เขาอยู่บ้านหลังนี้กับพี่เขาที่ลพบุรี เขาอยู่ลพบุรี แล้วพอมาวินิ่งเขาอึดอัด เพราะว่าแฟนที่สาวเขาอะ เหมือนไม่ชอบเขากันเหมือนกัน คือเขาอยู่กับพี่เขา พี่เขามีแฟน เหมือนมันอึดอัดใจ แม่ไม่อยู่ด้วย เขาก็เลยเครียด ทำงาน

กลับมาก็อยได้เจอใคร ไม่ได้พูดคุยกับใคร วันนึ่งก็เลยไม่ได้แล้วสติแตก เพราะว่าเขาเคยอยู่กับแม่เขาตลอด เหมือนแม่เขาทิ้งไปอย่างเนี้ย เขาก็เลยเครียด มันก็เลยฟุ้งซ่าน...(ID4T1F)...เกิดจากสะสมมานาน เขามีเรื่องอะไรในหัวเขาแล้วเขาก็ไม่สามารถพูดคุยกับใครได้ เขาเก็บไปคิดคนเดียวไม่มีคนรอบข้างเขา..." (ID4T1F)

“เราอยู่ในสิ่งแวดล้อมอย่างเงี้ย เข้าใจไหม คือถ้าสมมติว่าเป็นพี่น้อง พี่ก็ต้องคิดว่า คือคนเราพออายุเริ่มมากขึ้นอะ เราอยู่ในสถานที่ไม่ค่อยดีเท่าไร นึกออกมะ มันก็เกี่ยวกับอะไรหลายๆด้านอะ นึกออกมะ เราอยู่ในสถานที่ไม่ดี สิ่งแวดล้อมไม่ดี มันก็อาจจะเกิดอาการเครียด” (ID8T1F)

“พอมีลูก pressure มันขึ้น ซึ่งเราก็จับ pressure ว่ากดดัน ลูกร้อง ลูกอะไรอย่างเงี้ยเป็นตัวแปรที่เขารวมเปลี่ยน...เพราะเวลานั้น โรคนี้เวลามันสร้าง ถ้าเขากังวลใจหรืออะไรต่าง ๆ ความเครียด ตัวแปรพวกนี้มันจะเป็นตัวกระตุ้น...กระตุ้นให้เกิดอาการ” (ID9T1M)

“การที่เขาโดนภาวะภายนอกกระทบก็คืออารมณ์ฉุนเฉียวใส่เขา บ่นใส่เขา อะไรประมาณนี้ แสดงกิริยาฉุนเฉียวใส่เขา เขาไม่ดีๆเขาจะเครียด เขาเจอภาวะเครียดที่ไร เขาจะเป็นแบบนี้ แม้แต่เรื่องผมอยู่ๆ เขาก็เครียดเรื่องผม บางครั้งเรื่องอะไรก็ไม่ว่าก็เครียด อยู่ๆก็หึง เนี้ย ผู้หญิงคนนั้นมาไอ้เนี้ย เธอจะบ้าหรือแก่บ้านนี้ไม่มีแรงจะทำใครเขาแล้วแหละ...ภาวะความเครียด เขาคิดไปเอง โดยส่วนตัวเขาคิดว่าผมทำนั่นทำนี่ไปเอง แต่ในส่วนของแม่กับน้องสาวเขา การแสดงที่อารมณ์ร้ายบ่นต่ออะไรแบบนี้ คืออีกภาวะหนึ่ง คือเขาจะเครียด เขาจะคิดอยู่สองภาวะ ภาวะหนึ่งคิดกับผมมากเกินไป ระวังผมมากเกินไป คือคิดไปเอง บางครั้งผมไม่มีอะไร ขนาดผมคุยกับเด็กๆ ตัวเองนี่ทำอะไร (ทำท่าเลียนแบบเวลาภรรยาหึง) ไอ้บ้านี้มันเด็ก (หัวเราะ)” (ID10T1M)



“เขาก็คงจะเครียดอะไรเกิดจากความเครียด คนเราถ้าไม่เครียดก็คงไม่  
 เป็นอย่างนี้หรอก เครียดมันก็คงทำให้ร่างกายเราอาจจะอะไรอะ  
 ล้อกล่อกไปตามกระแสก็ได้” (ID13T1M)

## 2. การปรับตัวเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย

การที่จะต้องดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อชีวิตคู่เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะช่วงแรกที่เริ่มมีอาการและช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ ทั้งเพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายต่างๆที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัว เกิดการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย เปลี่ยนสถานะจากสามีภรรยา กลายมาเป็นผู้ดูแลหลัก ความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างสามีภรรยา ลดน้อยลง จากพฤติกรรมต่างๆที่คู่ชีวิตแสดงออกมาทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลายรายมองว่าสถานะของตนเองกับคู่ชีวิตนั้นเหมือนพ่อแม่ดูแลลูก หรือเหมือนเพื่อนกันมากกว่าการเป็นสามีภรรยา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางลบที่เกิดขึ้นภายหลังที่คู่ชีวิตป่วยเป็นโรคจิตเภท แต่อย่างไรก็ตามความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางบวกต่อชีวิตคู่ด้วยเช่นกัน ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่า เกิดความรักและความเข้าใจระหว่างตนเองและคู่ชีวิตมากขึ้นภายหลังที่คู่ชีวิตป่วยเป็นโรคจิตเภท ทะเลาะเบาะแว้งกันน้อยลง ต่างฝ่ายต่างปรับเปลี่ยนตนเองให้ดีขึ้นเพื่อประคับประคองชีวิตคู่ไปด้วยกัน ความยากลำบากและความเหนื่อยล้าจากการดูแลทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลายรายรู้สึกท้อแท้ บางรายมีความคิดและพยายามที่จะฆ่าตัวตายทั้งครอบครัวเพื่อให้หลุดพ้นจากความยากลำบากที่เป็นอยู่ แต่ในหลายรายผ่านพ้นความยากลำบากเหล่านั้นมาได้ด้วยกำลังใจที่เกิดขึ้นจากตนเองและครอบครัว เมื่อมีความเข้มแข็งในจิตใจเกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีการเรียนรู้ในการปรับตัวที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท บ่อยครั้งที่อาการและพฤติกรรมที่คู่ชีวิตของตนแสดงออกมาสร้างความหงุดหงิดใจจนรู้สึกโมโห แต่เมื่อทำความเข้าใจว่าสิ่งที่คู่ชีวิตแสดงออกมานั้นเกิดจากโรคจิตเภท จึงเกิดการยอมรับและเข้าใจกับพฤติกรรมเหล่านั้นและมีวิธีการควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ให้เกิดความขัดแย้งหรือเกิดการทะเลาะเบาะแว้งภายในครอบครัว โดยส่วนใหญ่จะใช้วิธีเงียบและปลีกตนเองออกมาจากสถานการณ์ที่กำลังคุกรุ่นเพื่อสงบสติอารมณ์ของตนเองและรอให้คู่ชีวิตอารมณ์เย็นลงแล้วค่อยกลับมาพูดคุยกันตามปกติ ในบางครั้งเมื่อไม่สามารถดูแลคู่ชีวิตได้ด้วยตนเองเพียงลำพัง ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายหาตัวช่วยในการดูแล โดยการไหว้วานให้ญาติหรือคนใกล้ชิดมาช่วยดูแลในขณะที่ตนไปทำงานหรือมีธุระที่ต้องเดินทางไปอื่น หากไม่สามารถหาคนดูแลแทนได้ก็จะใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น โทรศัพท์มือถือ ในการถามไถ่และติดตามอาการของคู่ชีวิตในระหว่างที่ตนเองไม่สามารถอยู่ดูแลใกล้ชิดได้ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังใช้กลไกทางจิตในการปรับความคิดและจิตใจตนเองให้ยอมรับกับโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นกับคู่ชีวิตของตน บางรายคิดว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม บางรายปรับความคิดเพื่อให้กำลังใจตนเอง บางรายใช้ธรรมะเข้ามาช่วยทำให้จิตใจ

ปล่อยวางจากความทุกข์ แต่ละวิธีที่เลือกใช้แล้วแต่มีจุดประสงค์หลักคือ เพื่อให้ตนเองยอมรับและเข้าใจในสิ่งที่คู่ชีวิตเป็นและเตรียมพร้อมที่จะให้การดูแลต่อไป อย่างไรก็ตามไม่ใช่เพียงแต่ความยากลำบากเท่านั้นที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับมาจากการดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ผู้ให้ข้อมูลหลายรายต่างเล่าด้วยรอยยิ้มว่ารู้สึกดีใจและภูมิใจมากที่การดูแลของตนทำให้คู่ชีวิตมีอาการที่ดีขึ้นเป็นความสุขที่เกิดขึ้นจากการได้ให้ความรักและความทุ่มเทดูแลคู่ชีวิตตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา เป็นกำลังใจและแรงผลักดันอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องการที่จะดูแลคู่ชีวิตของตนเองต่อไป จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับผลกระทบและมีการปรับตัวกับการใช้ชีวิตคู่ร่วมกับคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ดังนี้ 2.1) ความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไป 2.2) เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ 2.3) ควบคุมอารมณ์ตนเองให้เร็วที่สุดเมื่อมีเหตุให้ทะเลาะกัน 2.4) เหนื่อยจนท้อจากการดูแล 2.5) หาตัวช่วยในการดูแล 2.6) ปรับความคิดและจิตใจ และ 2.7) ภูมิใจที่ทำให้อาการดีขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 2.1 ความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไป

ภายหลังที่ให้การดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยามีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่า หลังจากที่ภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภท พฤติกรรมการแสดงออกของภรรยาในบางครั้งเหมือนเด็ก ทำให้ตนเองรู้สึกเหมือนมีลูกเพิ่มมาอีกหนึ่งคน เพราะภรรยามีพฤติกรรมงอแงเมื่อถูกขัดใจ ต้องคอยให้ตามใจเหมือนลูก ผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งเล่าว่า ทุกวันนี้ใช้ชีวิตอยู่กับสามีแบบเพื่อนที่คอยให้การดูแลและให้ความช่วยเหลือกันมากกว่าเป็นสามี ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“เหมือนเด็กคนหนึ่งตอนนั้น...ก็เขาโยเยเหมือนเด็ก...คล้ายๆเด็กเล็กๆ  
อะ เหมือนเลี้ยงลูกคนนึง” (ID2T2M)

“...(หัวเราะ)...ผมมีลูกเลย เหมือนมีลูกเลย...บางที่เขาจะงอแง เขาจะ  
เอาอะไรก็ได้ตั้งใจเขา ขัดใจเขาหน่อยไม่ได้” (ID3T2M)

“เหมือนเพื่อนกันเลยอะ เหมือนเพื่อนกันเลยนะ ทุกวันนี้ไม่ได้เป็น  
แฟนอะ...เป็นเพื่อน แบบมันไม่ได้อะ ไม่รู้อะ พูดไม่ถูกอะ เพราะว่าทุก  
วันนี้เราก็ไม่ได้อยู่ด้วยกันแยกกันอยู่ แก่ออยู่บ้านหลังเดียวกันแค่นั้น  
นั่นเอง...เขาก็เหมือนเพื่อนดูแลกันเหมือนเพื่อนเลย...อยู่ด้วยกันแบบ  
เพื่อน เพราะมันรู้สึกแบบนั้นจริงๆนะ แบบเพื่อนช่วยเหลือโน่นนี่นั่น

เข้าก็เอาข้าวมาให้ ไม่มีอะ ก็เหมือนเขาคิดเองไม่เป็นอะค่ะ เราต้องคิด  
แทนตลอดทุกอย่าง มันก็เลยรู้สึกแบบนั้น...” (ID4T1F)

“ตอนนี้ก็เหมือนว่า เหมือนเป็นเพื่อนกันมากกว่า อยู่กันด้วยการเป็น  
เพื่อนกัน ก็เลยแบบ เออ ก็ดูแลกันไป” (ID6T1F)

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่าตั้งแต่สามีป่วยเป็นโรคจิตเภทตนแยกห้องนอนกับสามี  
เนื่องจากตนเองและสามีต่างไม่มีความรู้สึกทางเพศต่อกันหรือแทบจะไม่มีความรู้สึกอยากมี  
เพศสัมพันธ์กันเลย ตนเองจึงย้ายไปอยู่อีกห้องกับลูก อีกรายเล่าว่าแยกห้องนอนกับสามีและไม่เคยมี  
เพศสัมพันธ์กันเลยตั้งแต่ที่สามีเริ่มมีอาการทางจิตจนถึงปัจจุบันเป็นเวลา 24 ปี เพราะทำใจไม่ได้ที่  
สามีป่วยมีอาการทางจิต บางครั้งพบว่าสามีไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงคนอื่น ตนเองกลับไม่มีความรู้สึก  
อะไรเกิดขึ้น เนื่องจากความรู้สึกฉันทสามีภรรยาหมดไป เหลือเพียงความรู้สึกของการเป็นคนหนึ่งใน  
ครอบครัว เป็นพ่อของลูกเท่านั้น อีกรายเล่าว่ารู้สึกเบื่อที่จะต้องมามีเพศสัมพันธ์กับสามี เพราะเบื่อ  
หน่ายกับอาการเจ็บป่วยที่สามีเป็นและรู้สึกเหนื่อยจากการดูแลจนไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์ แต่สามียังคง  
มีความต้องการทางเพศอยู่จึงเป็นสาเหตุให้ทะเลาะกัน ผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งเล่าว่าตนเองและภรรยา  
ยังคงมีความต้องการทางเพศเช่นเดิม แต่ก็ไม่เหมือนก่อนที่ภรรยาจะป่วยเป็นโรคจิตเภท ต้องอดทน  
กับความต้องการทางเพศของตนเอง เพราะรู้สึกสงสารภรรยาที่ป่วย เปรียบเทียบเหมือนตอนที่ภรรยา  
มีประจำเดือนถึงแม้ว่าตนเองจะมีความต้องการทางเพศแต่ต้องอดทนไว้ ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ยัง  
เปรียบเทียบอีกว่าเมื่อภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภทความต้องการทางเพศก็ลดลงเหมือนรถที่มันเสียจะ  
สตาร์ทให้ติดในทีเดียวคงไม่ได้ แม้จะมีผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศของตนเองและ  
คู่ชีวิต แต่ก็มีผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่าตนเองและคู่ชีวิตไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศภายหลังที่  
คู่ชีวิตป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยให้เหตุผลว่าความต้องการทางเพศของตนเองและคู่ชีวิตนั้นลดลงตาม  
อายุมากกว่าเกิดจากอาการของโรคจิตเภท ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“...เขาเป็นคนที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์...คือไม่ทำเลยนะ ไม่มีอารมณ์  
อะไรแบบนี้เลยแหละ...พี่ก็ไม่รู้สึกอะไรเพราะพี่ก็ไม่อยากทำ...เราก็  
ไม่ได้อยู่ด้วยกันอยู่แล้วเราแยกห้องกันอยู่...เขาไม่มีความอยากจะทำ  
อะไรเลยนะ” (ID4T2F)

“...ปกติมันก็ยิ่งบ้ากามยิ่งกว่าอะไร ทะเลาะกันจนลูกรู้ไปหมดแล้วไม่  
ต้องอายลูกก็ยังรู้ (หัวเราะ) ทะเลาะเรื่องมันจะปล้ำแล้วก็ไม่ให้ปล้ำ

ไอ้โยโมโห ผู้หญิงอะเนาะหนูเข้าใจปะ พี่ก็เหนื่อย พี่ก็อยากจะนอนพี่ก็ อื้อหือ ไอ้โยนั่นแหละทะเลาะกันจนเคยพาลูกหนีไปทีหนึ่งนะนี่ มันบ้า กามมันจะปล้ำมันไม่ได้ปล้ำมันมาเตะโต๊ะตรงนี้พี่โมโหพี่เลยหนีออกไป นอกบ้าน...แต่ถามว่าพี่จะหาให้เขาใหม่อันนี้พี่ก็คิดนะ (หัวเราะ) แต่ก็ ไม่ได้จะไปจากเขานะ แต่เขาเรียกว่าอะไรอะ หาสามคนผัวเมียมารับ ทุกข์ด้วยกัน (หัวเราะ) คือจะว่าไงอะไอ้เรื่องนี้มันยังไงอะ พี่มีความรู้สึก ว่ามันเบื่ออะ...ก็เบื่ออาการสะเงาะสะแงะ แต่ถ้าเป็นณเดชน์พี่ก็จะไม่เบื่อ (หัวเราะ)...ก็ง้อๆ แง้งๆ ของเขานั้นแหละ...เขาเรียกอะไรในความรู้สึก ก็รู้สึกว่าเขาจะชอบพูดอะไรไม่รู้กาลเทศะ เนี่ยบางทีโพล่งขึ้นมาเนี่ย บางทีเขาก็เรียกอะไรอะ ก็คือเขาไม่ปกตืออะเนอะ (ผู้ให้ข้อมูลอธิบายคำว่าสะเงาะสะแงะเพิ่มเติม)...” (ID7T2F)

“เพราะเราไม่คิดอะไรกับเขา...เพราะเราไม่คิดอะไรแล้ว เราเองเป็นคน ไม่คิดอะไรกับเขาเลยตั้งแต่นั้นมา คือเรามีความรู้สึกว่า พูดตรง ๆ นะ มันเหมือนกับเราไม่มีความรู้สึกตรงนั้นไปแล้ว สมมติเป็นน้องโทรมาที่ หนูนัดกับพี่ 13 เออเดี๋ยวจะบอกให้...เพราะความรู้สึกของเราตรงนั้น มันไม่มีกับเขาแล้วไง...คือมันเป็นความรู้สึกของเราว่าเขาไม่ใช่เขา แล้วที่เราเคยเป็นสามีภรรยา เขาเป็นพ่อของลูก มันไม่มีมันไม่ใช่แล้ว... เพราะพี่ไม่ได้คิดว่าเขาคือสามี...แต่การปฏิบัติกับเขาทุกวันนี้ความ เป็นอยู่เหมือนเขาเป็นคนๆหนึ่งในครอบครัว มีอาหารให้ทาน เสื้อผ้า ความเป็นอยู่ทุกอย่าง พี่คอยดูแลให้...พี่แยกห้องกับเขาตั้งแต่เขามี อาการแบบนี้ หมายถึงว่าเราไม่มีอะไรกันเลยตั้งแต่วันนั้น ตั้งแต่วันที่ เขาเป็น 24 ปีที่ผ่านมาพี่กับเขาไม่มีอะไรกัน ไม่มีเพศสัมพันธ์กันเลย เรามีความรู้สึกว่า ไม่ใช่ มีอะไรกันไม่ได้ เราทำใจไม่ได้ เรารับไม่ได้แต่ เราดูแลเขาได้ แต่เรื่องนั้นพี่ไม่มีไปเอง มันมีความรู้สึกที่ไม่ใช่ ไม่รู้สิ... แต่พี่บอกคุณอย่ามายุ่งกับฉัน ให้ฉันดูแลอย่างนี้ดีกว่าให้ฉันดูแลเธอไป อย่างนี้ดีกว่า แต่ถ้ามาอย่างนี้จบเลยนะ พี่พูดกับเขาแบบนี้ อย่ามายุ่ง กับฉันตรงนี้อ่าข้ามเส้นฉันมาตรงนี้ แต่พี่ไม่รู้ว่าเขาออกไปข้างนอก เขาจะไปมีอะไรตรงไหนหรือเปล่าพี่ไม่รู้ แต่ว่าสำหรับตัวพี่เองพี่รับ ไม่ได้กับตรงนั้น...พี่คิดว่าเขาคงออกไปมีข้างนอก เพราะว่าอย่างเวลา เด็ๆ ทำงานบ้าน เก็บกวาดบ้าน ก็ไปเจอพวกถุงยางบ้างอะไรบ้าง เขา

ก็เวลาทำความสะอาดบ้านพื้ก็ขึ้นไปดูพื้ก็เจอแต่พื้ก็ไม่พูด แล้วก็ มี  
ผู้หญิงคนหนึ่งโทรมาที่บ้านว่านัดกันไว้พื้กลับมาหรือยัง พื้ก็เออเขาคงมี  
แต่เราทำใจไม่ได้ ตัวเราเอง” (ID12T1F)

“มันก็มี แต่ถามว่าบางครั้งมันถึงจะเหมือนเมื่อก่อนไหม มันคงเป็นไปได้  
ไม่ได้ อาจจะต่างคนต่างหายไปบ้างเขาก็อาจขาดลิ่งอย่างนี้ไป อาจจะ  
ไม่ค่อยคิดอะไรอย่างนั้นแล้ว...ไอ้เรื่องสัมพันธ์หนุ่มสาวมันก็มี  
ทั้งนั้นแหละแก่มันก็ต้องมี แต่ถามว่าถ้าเขามีเมนส์เราอยาก เรา  
ต้องการเราก็ต้องทนเอา เขามีเมนส์เราก็ทำอะไรเขาไม่ได้เราก็ต้อง  
เข้าใจเขา เหมือนเขาไม่สบายเรานี้ก็อยากคิดอะไรกับเขา เขาไม่สบาย  
เราก็ทำให้เขาได้ยังไง เราก็สงสารเขา ก็ธรรมดาของแบบนี้มันก็ต้อง  
แยกแยะ...ก็เหมือนผมไม่สบายตอนนี้ ใครจะให้นอนผมนอนกับคนนั้น  
ไม่ได้...เขาเป็นอย่างนี้...ให้มันเป็นเหมือนเดิมไม่ได้ เราต้องคิดว่ามัน  
เหมือนรถ รถที่ดีๆ ก็บรรทุกมันเสียจะให้สตาร์ทติดทีเดียวไม่ได้...”  
(ID13T2M)

นอกจากความสัมพันธ์ทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่า  
ภายหลังให้การดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตคู่ในทางบวกมากขึ้น  
ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่าหลังจากที่ภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ตนเองและภรรยาพูดคุยกันมากขึ้น  
บางรายเล่าว่าตนเองใจเย็นขึ้น ทะเลาะกันน้อยลงหากเทียบกับก่อนที่สามีจะป่วย การได้เห็นสามี  
พยายามดูแลตนเองให้อาการดีขึ้นเพื่อตนเองและทำเพื่อภรรยา ทำให้พวกเขาทั้งคู่รักกันมากขึ้น อีก  
รายเล่าว่า พอเริ่มปรับมุมมองความคิดทำความเข้าใจในอาการของสามี การโต้เถียงกันลดน้อยลง เกิด  
การปรับเปลี่ยนตนเองในด้านอารมณ์และความคิด เกิดการอดทนและให้อภัยเมื่อสามีมีพฤติกรรมที่ไม่  
เหมาะสม ทำให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้ต่อไปโดยไม่คิดถึงการเลิกกรร อีกรายเล่าว่าภายหลังที่สามี  
ป่วยเป็นโรคจิตเภทสามีเป็นคนใจเย็นขึ้น ไม่เขี้ยวข้าวของเวลาโมโหเหมือนแต่ก่อน ตนเองก็ตามใจ  
สามีมากขึ้น การทะเลาะกันเหมือนแต่ก่อนจึงน้อยลง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“เปลี่ยนไปทางที่ดี...เปลี่ยนไปแบบว่าชอบพูดจากัน...” (ID3T1M)

“...เราก็พยายามดูแลแบบเราไม่ทะเลาะกันเลย อาจจะมึนตึ๋นหน่อยๆ  
คือแต่ก่อนทะเลาะกันบ่อย...ไม่ค่อยทะเลาะกัน...(ID6T1F)...หนูจะใจ

เย็นขึ้น พยายามจะไม่ทะเลาะกันแล้วก็ ก็เห็นถึงความตั้งใจของเขา เหมือนรักกันมากขึ้น ความตั้งใจปรับเปลี่ยนตัวให้มันดีขึ้น...ก็รักกันมากขึ้นเพราะเห็นความพยายามของเขาที่เขาทำเพื่อเรา ทำเพื่อตัวเขาด้วย แต่เขาก็จะบอกว่าทุกวันนี้ที่เขาก็ทำเพื่อหนู...” (ID6T2F)

“เมื่อก่อนที่พี่ไม่เข้าใจพี่ก็จะเถียง...พอพี่ก็เริ่มมาเข้าใจว่าเป็นอย่างนี้นะ มันก็เริ่มลดการเถียงน้อยลง เนี่ยคือความเข้าใจ พี่เราเข้าใจเขาปุ๊บ ก็จะไม่มีการโต้เถียงกัน...แต่พอเรามารู้แบบนี้กลายเป็นแทนที่เราจะ ตัดสินใจเลิกมันเลยกลายเป็นว่าเฮ้ยเพราะเขาไม่ปกติมันเลยเกิดการให้อภัยกันไง เกิดการให้อภัย เกิดการอดทนนะ เกิดความให้อภัยกันก็เขาเป็นนี้เราจะไปโกรธเขาทำไมอะ มันเกิดความเข้าใจ...พี่พยายามปรับเปลี่ยนตัวเอง...” (ID7T1F)

“ผมก็มองเขาว่าเป็นคนป่วย เขาก็ดีขึ้น ไม่เคยไปทะเลาะกันเหมือน ตอนก่อน ๆ เพราะตอนก่อน ๆ เขายังไม่เป็น เวลาเขาโมโหเขาก็เขวี้ยงข้าวเขวี้ยงของเลยนะ คุณ 12 ตอนที่เขายังไม่ป่วยยังได้อยู่เขาก็อารมณ์ โมโหร้ายเขาก็เขวี้ยงข้าวเขวี้ยงของบ้านกระจายเต็มเลย...แกป่วยเรากี่ตามใจเลยไม่ค่อยทะเลาะกัน” (ID11T1M)

## 2.2 เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ

การดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัวมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลเพศชายหลายรายเล่าว่า หลังจากที่ภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภทภรรยาไม่สามารถทำงานบ้านได้ ตนเองจึงต้องทำงานบ้านแทนภรรยาทั้งหมด ปัจจุบันตนเองเปรียบเสมือนเสาหลักของครอบครัว ดูแลรับผิดชอบเรื่องงานบ้านทั้งหมด ดูแลเลี้ยงดูลูก และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดในครอบครัวจนทำให้ไม่มีเวลาส่วนตัว ในการดูแลภรรยาบางครั้งต้องหยุดงานทำให้ขาดรายได้ แต่ภาระค่าใช้จ่ายในแต่ละวันกลับมากขึ้น บางรายต้องยืมเงินจากผู้อื่นกลายเป็นภาระหนี้สินตามมา ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่า ทุกวันนี้เหมือนตนเองทำงานคนเดียว รับผิดชอบทุกอย่างเพียงลำพัง แม้จะมีพ่อแม่ของคู่ชีวิตช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายบ้าง แต่การดูแลทั้งหมดกลายเป็นหน้าที่ของตนเองเพียงคนเดียว ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า การดูแลสามีที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเพิ่มภาระหน้าที่ในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น เพราะต้องคอยดูแลสามีตลอดเวลา อีกทั้งต้องสละเวลาซึ่งเป็นวันหยุดงานของตนเองเพื่อพาสามีไปพบแพทย์ตามนัด ต้องทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน

กลับจากทำงานก็ต้องมาดูแลสามี รู้สึกมีภาระเพิ่มขึ้นมาในชีวิตอย่างมาก ผู้ให้ข้อมูลหลายรายต่างกล่าวในลักษณะเดียวกันว่า การที่คู่ชีวิตป่วยเป็นโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อการทำงานโดยเฉพาะช่วงแรกที่ป่วยและช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ บางรายไม่สามารถไปทำงานได้เพราะต้องคอยดูแลใกล้ชิด บางรายต้องขอย้ายงานเพื่อจัดสรรเวลามาดูแล ภายหลังจากป่วยเป็นโรคจิตเภทผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม บางรายเลิกทำงาน ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องแบกรับค่าใช้จ่ายทั้งหมดในครอบครัว ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า หลังจากที่มีสามีของตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภทไม่ได้ทำงาน เคยไปสมัครงานแต่ทำได้เพียงวันเดียวก็เลิกเป็นลักษณะนี้ตลอดหลายปีที่ผ่านมา ทำให้สามีไม่มีรายได้ อยู่แต่ภายในบ้าน ทุกเช้าก่อนที่ตนเองจะไปทำงานต้องให้เงินสามีวันละ 50-100 บาท เพื่อซื้อกับข้าวในตอนกลางวัน ค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนที่ต้องรับผิดชอบจึงเพิ่มมากขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายของสามีในแต่ละวัน ค่าใช้จ่ายภายในบ้าน และค่ารักษาโรคที่เป็นโรคหัวใจ จึงเป็นภาระที่หนักมากสำหรับตนเอง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“อยู่กันสองคนไม่มีใครอยู่ด้วย...ผมมีมืออาชีพเลยทำอาหาร ทำอาหารให้เขา..ก็ดูแลบ้านช่องให้เขา...(ID1T1M)...หาข้าวหาอาหารให้รับประทาน...ดูทั้งหมดเลยครับ เก็บกวาด เช็ดถู เตรียมอาหาร ซักเสื้อผ้า ทำคนเดียวหมดเลยครับ...ให้เขาพักผ่อนเฉยๆ...ไปเช่าแผงพอดิวว่ามีที่ว่างอยู่เราก็เอาริบบมาเลย จะลั้มน้ำไม่ลั้มน้ำแก๊ทๆไป เอาเงินเดือนเรามาจุนเจือด้านนี้ บางทีกำไรกำไรก็ไม่มีเท่าไร เราก็เอาเงินเดือนเรามาไว้มูมนี่หมด แล้วก็พยายามสอน ประคองเขา ถ้าบางทีตอนเข้ามาไม่ทัน ทำไม่ทันก็วิ่งไปช่วยเขา... อดนอน ตื่นเจ็ดโมงแปดโมงเก้าโมง บางทีนอนได้สี่ชั่วโมงบางวัน บางทีบ่ายสองก็มานั่งหลับ...แต่ก่อนก็มีนะครับ ต้องขอเวลาหัวหน้าเขามาดูบ้าง 5 นาที 10 นาที แวบมาบางวัน ไม่มีอะไรเราก็กลับไปทำงาน ตอนนี่ก็ไม่มีอะไร แต่ก่อนนะเป็นห่วง...เขามีปัญหาเรื่องร้านนี้แหละ มาช่วยเขาเปิดร้าน เก็บของ ตั้งร้านเท่านี้แหละครับ มาช่วยเขาเปิดร้านเก็บของ ตั้งร้านเท่านี้แหละ ต้องช่วยเขาเปิดร้าน...มีบางโอกาสที่มี OT เกิดขึ้น งานเยอะ มี OT ขึ้นมา เราก็ต้องขออนุญาตเขา” (ID1T2M)

“เดี๋ยวนี้เขาซักผ้าเองไม่ได้แล้ว ต้องไปซักผ้าให้เขา เมื่อก่อนก็ช่วยกันเออๆ เราผลัดกันซัก แต่เดี๋ยวนี้เขาไม่ไหว...ทำเต็มตัวเลยครับ...ก็มีเป็นซักผ้า แล้วเป็นงานบ้าน ค่าใช้จ่ายเราต้องทำเองหมด ก็คือตอนนี่

เหมือนกับว่าตอนนี้เราต้องดูแลเขาอะ คือเราเป็นเสาหลักแล้ว...ก็ต้องเป็นหัวหน้าครอบครัวให้เขา จะให้ไปทำอย่างอื่น แบบเหมือนสมัยตอนเป็นวัยรุ่นก็ไม่ได้แล้ว เราก็ต้องมีคนต้องเลี้ยงทั้งสองคนนะ... (ID3T1M)...ตอนนั้นส่งผลอยู่คือแบบว่าเราจะขายได้แบบว่าจำนวนเท่านี้ เราก็ขายไม่ได้...เราจะหยุด หยุดไม่ได้ เพราะทำงานคนเดียว... พ่อแม่เขาก็ช่วย ช่วยเรื่องค่าผ่าตัดหัวใจ ยาโรคหัวใจ แต่เราต้องดูแลเขาทุกอย่างเอง เหมือนแยกกันเลย... ตอนนั้นเขายังไหว ตอนนั้นรู้สึกเราทำงานคนเดียว...บางที่เราก็หยุดงานไปเลย ไม่ได้ขายของ ค่าใช้จ่ายเราก็มีถ้าเราหยุดไป มันก็มีค่ารถค่าน้ำมัน วันนึงค่าใช้จ่ายมันก็มี มีหลายอย่าง” (ID3T2M)

“ค่าใช้จ่ายของเขาก็เยอะนะเดือนๆนึง ถ้ามันเยอะเรื่องค่าใช้จ่ายเนี่ยแหละๆ ถ้าเขาทำงานได้จะโอเคช่วยเหลือกัน เพราะมีลูกหนึ่งคนไง แล้วลูกเป็นโรคหัวใจด้วย ก็เลยมันหนักค่าใช้จ่าย...คือตอนเข้าก่อนเราไปทำงานคือเราจะต้องใส่ปิ่นโตไปให้เขา แล้วก็วางเงินไว้ให้เข้าด้วยด้วย...เพื่อเขาไว้กินตอนบ่ายอย่างนี้ เขาเป็นแบบนี้ทุกวัน...ทั้งเงินไว้ให้ด้วย...ก็วันละ 50-100 อะคะ...เพราะว่าเขาไม่มีรายได้ไง...งานห้างที่เขาเคยทำมา เขาจะเคยทำงานห้างมาที่เขาเคยทำมานานมาแล้ว พวกร้านสะดวกซื้ออะไรแบบนี้ เขาเคยทำมาแต่ว่าทำไมตอนนี้เขาทำไม่ได้ก็...ไม่รู้ เขาบอกว่าเขาทำไม่ได้ ก็ถามว่าทำไมทำไม่ได้ ก็บอกว่าทำไม่ได้...ไปสมัครอยู่เรื่อยๆ แล้วก็ไปสมัครใหม่ก็ได้แค่วันเดียว แล้วมันก็ไม่ไป...ล่าสุดเพิ่งเมื่อวานก่อนนี้เองที่ไปสมัครงานแล้วได้ แล้วก็ไปแค่วันเดียว ตอนเย็นก็มาคุยกันว่าเป็นยังไงบ้าง เขาบอกไม่ไปแล้ว... (ID4T1F)...ค่าใช้จ่ายก็พี่จ่ายคนเดียวก็คือมันก็ไม่พอเพราะว่าวันหนึ่งเราก็ต้องมีเงินวางไว้ให้เขาอะคะ แล้วก็ค่าห้องด้วยนะ ค่าอะไรที่ต้องจ่ายมันก็เลยหนัก...ของพี่คนเดียวเลย” (ID4T2F)

“ถ้าหนูไม่มาหา มันก็ไม่มีอะไรกินอะคะ ทั้งลูกทั้งเขาก็ต้องส่งให้กิน ถ้าเป็นมายังเจ๊” (ID5T2M)



“เหมือนเพิ่มหน้าที่ขึ้นมาอีก...เพราะว่ามันจะต้องเป็นแบบนี้ตลอดเวลา เป็นตลอดไปไรเงี๊ ต้องคอยดูแลตลอด...มีภาระหน้าที่ให้รับผิดชอบเยอะขึ้น...(ID6T1F)...ต้องคอยมาดูแลต้องคอยมาดูแลเรื่องยาพาไปหาหมอ เพราะไปหาหมอเขาก็ไม่ยอมไปคนเดียว ต้องสละวันหยุดต้องพาเขามาหาหมอ...ต้องมาดูแลเขา แล้วก็ต้องมาทำงานบ้านหนูก็ทำงานอยู่แล้วก็ต้องมาทำงานบ้านอีกดูแลเขาอีก ก็เหมือนเราเพิ่มภาระมาก” (ID6T2F)

“หลังป่วยเขาก็ไม่ได้ทำงานอะไรแล้ว ก่อนป่วยก็ไป...ขายของ...หลังป่วยไม่ได้ทำแล้ว ไม่ได้ไปแล้ว ก่อนป่วยไป ไปแทบทุกวัน” (ID11T2M)

“การกระทำแบบนี้ของเขาย่อยมาก เยอะมาก เงินทองเสียหายไปกับเรื่องแบบนี้เยอะมาก...เขาใช้เงินเยอะมาก คุณรู้ไหมว่า เขาไปดาวนบ้านโครงการไหนขึ้นเขาก็ไปดาวน 2 หมื่น 3 หมื่นดาวนนี้ไว้ทั้งเงินไปเท่าไร ให้ที่อยู่เขาไว้อะไรไว้ พอถึงเวลาเขาโทรมา คุณ 13 มาดาวนบ้านวันละคะ ถึงเวลาต้องมาผ่อนดาวนงวดนี้ๆ เฮ้ย โครงการมาอีกแล้ว พี่ก็ถามเขาดาวนไปเท่าไรบ้างที่ 2 หมื่น บางที่ 3 หมื่น แบบนี้...” (ID12T1F)

“รายได้เขาก็ขาดไปบ้างนะ ตอนนี้ก็เหลือห้าหกพัน...เราก็ไม่ได้ร่ำรวยอะไร...เงินทองก็ให้มันใช้มันกิน...เราคิดว่าเราอยู่กันมาแล้วเป็นหนี้สินเท่าไรเราก็รู้ๆกันอยู่ ใจใหม่ ผมทำอะไรก็เป็นหนี้เป็นสินเขา...เป็นหนี้เป็นสินก็ช่างมัน ไม่หมดหนี้หมดสินก็ช่างมัน เราก็ถือว่าเจ็บไข้ได้ป่วย...” (ID13T1M)...เป็นหนี้เป็นสินเขาก็อย่าไปคิดอะไรมากมีก็ใช้เขาไปเรื่อยๆ...เราสร้างมาแล้วเราทำมาแล้วก็ต้องใช้เขาไป...บางที่เราก็เห็นเขาเอาแต่นอน...ส่วนใหญ่จะเป็นอย่างนั้น ส่วนใหญ่ผมก็ทุกอย่างเลยในบ้าน...ซักเสื้อผ้าซักอะไรอย่างนี้อะนะ เป็นหน้าที่เขาแต่เราต้องทำเอง ฉะนั้นเราเหนื่อยมาเจอบ้านสกปรกเลอะเทอะอะไรให้ช่วยหน่อย เขาก็ไม่ทำตามใจเราเราก็เหนื่อยคิดมาก...เมื่อก่อนห้องน้ำเขาจะดูเดี๋ยวนี้เขาไม่ค่อยทำหรอก ไม่ว่าเขาทำอะไรเป็นโรคพวกนี้ก็เฉื่อยชาเป็นธรรมดาทำอะไรเขาก็ไม่เต็มร้อยได้ห้าสิบก็ดีแล้ว...มันก็คิด...คิดว่าเรา

ต้องทำทุกอย่างเลยหรือเนี่ย อะไรเนี่ย...จริงๆ งานผมเมื่อก่อนมันเช้า เข้าก็ได้ เดี่ยวนี้ก็ขอตีกลอด...เพราะว่าตอนเย็นนี้เราต้องไปรับลูกจาก โรงเรียน ก็คือช่วงเช้านี้เขาก็รับภาระไป ช่วงเย็นนี้ผมรับภาระเอง กลับจากโรงเรียนก็ดูแลเขาดูแลลูกจริงๆ แล้วไม่มีใครอยากจะอยู่ อยากจะอยู่กับครอบครัวอะตอนกลางคืน แต่มันก็จำเป็นต้องเป็นอย่างนั้น เพราะไม่มีใครไปรับลูกตอนเย็นก็ต้องไปรับ” (ID13T2M)

### 2.3 ควบคุมอารมณ์ตนเองให้เร็วที่สุดเมื่อมีเหตุให้ทะเลาะกัน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลต้องหาวิธีการจัดการความรู้สึกของตนเองเพื่อไม่ให้ลูกหลานเป็นความรุนแรง วิธีการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองเมื่อรู้สึกโมโห ไม่พอใจในพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของคู่ชีวิตที่แสดงออกมา เช่น เวลาเกิดอารมณ์ฉุนเฉียว พุดจาไม่รู้เรื่อง ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการควบคุมอารมณ์ตนเองไม่แสดงออกโดยใช้ความรุนแรง บางรายใช้การเดินหนีออกจากสถานการณ์นั้น ไม่เผชิญหน้า เพราะต่างก็เข้าใจว่าพฤติกรรมที่คู่ชีวิตแสดงออกมาเกิดจากโรคจิตเภทที่เป็นอยู่ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า ในช่วงแรกรู้สึกโมโหกับอาการที่ภรรยาแสดงออกมา รู้สึกโมโหจนไม่อยากจะดูแล บางครั้งโมโหมากจนเกิดความรู้สึกเหมือน “ระเบิดแตก” คือพุดจาต่อว่า ผลักและเคยไล่ภรรยาออกจากบ้านแต่เมื่อเห็นภรรยาอาการสงบลงทำให้อารมณ์โมโหที่เกิดขึ้นลดลง หลังจากที่เข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภท เวลาที่ภรรยาพุดจาไม่รู้เรื่องจะใช้วิธีการหลบโดยการเดินหนีไปอยู่ที่อื่นเพื่อระงับความโกรธของตนเองและปล่อยให้ภรรยาอาการสงบเอง จากนั้นก็ทำเป็นลืมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนหน้า ในช่วงที่ทั้งสองคนเกิดความรู้สึกโมโห ตนเองจะนิ่ง ไม่ได้ตอบหรือไม่ได้เถียงรอนภรรยาหยุดพุดไปเอง เพื่อสงบสติอารมณ์ของทั้งสองคนแล้วค่อยกลับมาคุยกันใหม่หลังจากที่ใจเย็นลง ผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า เมื่อทะเลาะกับสามีจะพยายามปรับอารมณ์ของตนเองและสามีให้เข้าสู่โหมดปกติให้เร็วที่สุด โดยใช้วิธีการเงียบ ไม่ได้ตอบสามี แล้วเดินหนีไปทำกิจกรรมอย่างอื่น เมื่อต่างคนต่างเงียบแล้วกลับมาคุยกันเรื่องใหม่ อารมณ์ของทั้งคู่ก็จะสงบลง ผู้ให้ข้อมูลรายนี้เล่าเพิ่มเติมอีกว่าการเดินหนีออกมาเช่นนี้ไม่ใช่การเดินหนีปัญหา หลายคนเคยบอกว่าเวลาสามีภรรยาทะเลาะกันอย่าเดินหนีปัญหาจากกัน แต่สำหรับคู่ของตนเองนั้น ไม่ใช่คู่สามีภรรยาปกติทั่วไป สามีมีอาการของโรคจิตเภทไม่สามารถจะใช้เหตุผลพูดคุยกันได้ ต้องใช้การเดินหนีเพื่อไปจัดการกับอารมณ์ของตนเองให้ได้ก่อนจึงจะสามารถจัดการกับอารมณ์ของสามีได้ เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลอีกรายที่เล่าว่า การดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท สิ่งสำคัญสิ่งแรกคือ ต้องดูแลตนเองให้ได้ก่อน ดูแลจิตใจตนเองให้เข้มแข็ง มีจิตใจที่หนักแน่นและมีสติตลอดเวลา เพื่อที่จะสามารถควบคุมสติและอารมณ์ของตนเอง เพราะผู้ป่วยโรคจิตเภทจะแสดงพฤติกรรมหรือมีอาการที่จะทำให้ผู้ดูแลมีอารมณ์ “ระเบิดแตก” ได้ตลอดเวลา ผู้ให้ข้อมูลรายนี้เล่าว่าใช้หลากหลายวิธีในการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง เช่น ไปอาบน้ำ เอาน้ำราดตนเอง

เพื่อให้ความเย็นจากสายน้ำทำให้ใจเย็นลง อยู่ห่างจากสามีเมื่อสามีมีอาการ นับหนึ่งถึงสิบแล้วค่อยบอกกับตนเองเสมอว่าพฤติกรรมที่สามีแสดงออกเกิดจากอาการของโรคจิตเภท ในบางครั้งใช้วิธีสวดมนต์เพื่อให้จิตใจสงบ แม้ผู้ให้ข้อมูลหลายรายจะหลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงกับคู่ชีวิตของตน แต่ยังมีผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่าบางครั้งที่รู้สึกโมโหจนไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้มีการแสดงออกถึงความรุนแรงกับคู่ชีวิตบ้าง เช่น ผลัก ตี หรือพูดจาด้วยถ้อยคำรุนแรง ซึ่งแต่ละรายพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงให้น้อยที่สุด โดยส่วนใหญ่พยายามนั่งเงียบ หลีกหนีจากสถานการณ์ครุกรุ่นที่จะก่อให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งกัน เพื่อระงับความรู้สึกโมโหของทั้งตนเองและคู่ชีวิต การเผชิญหน้ากันขณะนั้นอาจทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เมื่อต่างฝ่ายต่างอารมณ์เย็นลงก็จะสามารถกลับมาพูดคุยกันและอยู่ร่วมกันได้ดังเดิม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“พอรู้ว่าเขาเป็นยังไง เราก็พยายามหลบ...หลบคือแบบว่าเขาจะบ่นอะไรเงี้ย พูดไม่รู้เรื่องยังไง เราก็จะพยายามหลบ...บางทีก็เดินหนี...บางทีก็อยากจะออกไปนานๆ ไม่ค่อยอยากจะตีหรืออก เคยคิดจะตี...แล้วเขาก็นั่งลง พอรู้ว่าโมโหเขาก็จะนั่งลง เขาลงบ แล้วเขาก็จะเข้าบ้าน...เดินหนี แล้วแก้มึงทำเป็นลืม...จังหวะที่คุยไม่รู้เรื่องเราก็ต้องนั่ง ถ้าเรายังไปเถียงเขาจะยิ่งเป็น...(ID3T1M)...ก็พยายามบังคับตัวเอง ตอนแรกจะไล่เขาออกจากบ้านแหละ แล้วไม่ยอมแล้ว ไม่อยากดูแลแล้ว โมโหโดนคำสารพัดเลย ไม่ไหว ซื้ต ระเบิดแตก...ก็พอมันโมโหจ้ดๆจนไม่ไหว เคยผลักเขา ว่าเขา ว่าเขาให้ออกไปจากบ้าน เราเห็นเขาไอ้เนี่ยแล้วมันเบาลงแล้ว เราก็หยุดอะ พอเขาเบาลงเราก็หยุด...ให้เขาสงบสติอารมณ์ด้วย แล้วแบบว่าจะได้หยุด หยุดอารมณ์โมโห อารมณ์โกรธ เวลาโมโหเขาจะคุยไม่รู้เรื่อง...สงบสติอารมณ์ทั้งสองคนอะครับ เขาจะได้อยู่เฉยๆ...ก็ปล่อยให้เขาพูดไป ถ้าเขาพูดไปเองเดี่ยวเขาก็จะหยุด ถ้าเราไปต่อล้อต่อเถียงเขา เขาก็จะไม่หยุด เขาจะพูดยาว” (ID3T2M)

“ก็จะหยุดจะไม่ได้ต่อกับเขา จะเงียบเลย เงียบแล้วก็จะเดินไปทำอะไรซักพักอะ แล้วก็กลับมาอะ ก็เหมือนมาเริ่มต้นใหม่อะ ไม่ได้มาเริ่มทะเลาะกันใหม่นะ (หัวเราะ) ก็เริ่มให้เข้าสู่โหมดปกติอะ เออคุยยังไงก็ได้ให้เข้าสู่โหมดปกติอะ...พยายามปรับให้มันเร็วที่สุด...แล้วก็พอทะเลาะกัน แล้วหยุด แล้วพอดูต่างคนต่างเงียบ แล้วกลับมาคุยกันเรื่องใหม่มันก็จะจบไปไงไม่มีปัญหาอะไรก็จะเป็นลักษณะนี้...วิธีของพี่คือพี่

จะเจียบ แหมพี่ก็ยังเป็นคนอยู่เนาะ พี่ก็ยังไม่โกรธอยู่จะให้พี่ไปแบบ  
 อารมณ์โมโหอยู่จะไปทำให้เขาหายเครียดได้ยังไง (หัวเราะ) พี่ต้องทำ  
 ตัวพี่ก่อนไหม จริงปะ (หัวเราะ) ตัวเองยังไม่หายเครียดจะให้ไปดูแลคน  
 อื่นคงไม่ใช่ละ อันดับแรกพี่ต้องทำตัวพี่ก่อนให้พี่หายเครียดก่อนเนี่ย  
 แล้วค่อยส่งต่อ...ก็ปล่อยเขาไว้สักพัก เขาก็จะเจียบ...ต่อให้เขาโมโห เขา  
 ก็เจียบแบบเดียวแล้วเขาก็ เขาก็ไม่ได้โมโหใส่คนไหน ส่วนมากเขา  
 จะโมโหใส่สิ่งของอะไรเจีย อย่างที่เขาใช้มีดใช้อะไรเขาก็เอาไปลับของ  
 ทำของ คือไปลงที่กับสิ่งของพวก โต๊ะ เก้าอี้อะไรอย่างเจีย...ก็หยุดอย่าง  
 นั้นแหละ ก็มองอย่างนั้น จนกว่าเขาจะหายโมโหแล้วก็หยุดไป  
 เอง...(ID7T1F)...อยากพูดอะไรก็พูดไป อะไรๆ ก็ตามสบายอะเนี่ย  
 มันก็หยุดเอง...ทุกวันนี้พี่ก็ใช้วิธีเจียบเอาแล้วกันเจียบแล้วก็นั้นแหละ  
 ปล่อยไป...เริ่มมีน้ำเสียงใส่กันก็จะเดินหนีแล้ว คือไม่ใช่เดินหนีปัญหา  
 นะ คือใช่คือมีคนเคยบอกว่าผิวเมื่อยเวลามีปัญหาทะเลาะกันอย่าเดิน  
 หนีมันจะเป็นการเดินหนีปัญหาใช่ไหม แต่คู่ของพี่มันไม่ใช่ละ มันไม่ใช่  
 คู่ปกตินะเข้าใจไหม ถ้าไม่เดินหนีปัญหาใหญ่เลยนะเข้าใจไหมคะ มัน  
 จะเป็นแบบต่างคนต่างมีเหตุผลคุยกันมันไม่ใช่ไงชั่วโมงนี้เขาใช้เหตุผล  
 คุยกันไม่ได้เหตุผลก็คุยกันไม่ได้...เพื่อให้มันเจียบอะ เพื่อให้มันไม่มีว  
 ะ เพื่อไม่ต้องให้มันยาวอะ...เขาก็จะเข้าสู่โหมดปกติ” (ID7T2F)

“บางครั้งเขาก็โมโหคนเดียว...ก็ปล่อยเฉยๆ เขาไม่ทำก็ปล่อยไป ไม่ได้  
 ทำอะไรเขาหรอก...ก็จะดีกว่าไปบังคับเขาหรือทุบตีเขาจะดีกว่า ก็เขา  
 เป็นโรคนี้” (ID11T1M)

“เราต้องเข้าใจอย่าไปวอกแวกกับเขา...เวลาโมโหเขาก็คุมตัวเองไม่ได้  
 นะ ต้องเดินหนี บางทีโกรธมากๆต้องเดินหนีไป เดินหนีไปเลย หนีไป  
 ...เพื่อไปประจับใจตัวเอง เพราะถ้าเรายังอยู่ตรงนั้น เจอหน้ากันอยู่ตรง  
 นั้น เผลอหน้ากันอยู่ตรงนั้นมันจะคุมตัวเองไม่ได้ เพราะเขาเป็นคนที  
 แบบเยอะมาก กวนประสาทมาก...ถ้าเราโมโหมาก ๆ พอเขาผลักราก็  
 มีพาดไปบ้าง แต่พอแยกแล้วพื่ออยู่ในบ้านเราก็จะมานั่งนับ 1 ถึง 10  
 มันป่วยนะ เราเป็นคนปกติเราต้องทำใจ...ควบคุมอารมณ์ พี่ถึงบอกไ  
 ว่าฝากบอกคนที่ดูแลคนป่วยเราต้องควบคุมตัวเองมาก ๆ ควบคุมสติ

ให้ดีเพราะดีไม่ดีเราจะหลุดป่วยไปกับเขาด้วย...เข้าห้อง อาบน้ำ สระผม เอน้ำราดตัวเอง หรือไม่ก็ไปไกลๆ ไปนั่งห่างๆ หรือไม่ก็นั่งนับ 1 ถึง 10 สวดมนต์บ้างอะไรบ้าง จนสงบ...การจะดูแลคนที่ป่วยเป็นโรคนี้นั้น ต้องดูแลตนเอง ดูแลใจตัวเองให้เข้มแข็ง มันแสบเดียวที่ตัดสินใจทำอะไรไปก็ได้ ชั่ววินาทีเดียว เหมือนอย่างที่เป็นตัวอย่างเหตุการณ์ครั้งนั้น ถ้าลูกพี่ แม่ผมเหนื่อย ถ้าไม่เอ่ยคำนี้ขึ้นมาพี่ก็ปลุกกับเขาไม่รู้ยู่ไหนแล้วตอนนี้...ต้องมีความหนักแน่นในตัวเอง ต้องมีสติตลอดเวลา เพราะคนป่วยแบบนี้เขาทำอะไรก็ได้ ทำอะไรก็ได้ตลอดเวลาที่จะช่วยเรา กวนประสาทเรา ดึงสติเราไปอะไร มันอันตรายมากเลย” (ID12T1F)

#### 2.4 เหนื่อยจนท้อจากการดูแล

การดูแลสามีหรือภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีภาระหน้าที่เพิ่มมากขึ้นทั้งต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและดูแลเรื่องอื่นๆในครอบครัว บางรายต้องดูแลลูก บางรายต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด และต้องทำงานเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เล่าว่า ความรับผิดชอบเหล่านี้ ทำให้ตนเองรู้สึกเหนื่อยมาก บางครั้งรู้สึกเหนื่อยมากจนท้อแท้ที่จะดูแล บางรายท้อแท้จนอยากจะหนีไป บางรายอยากหลุดพ้นจากความยากลำบากที่เผชิญอยู่จนคิดที่ฆ่าตัวตาย บางรายไม่สามารถเผชิญต่อความยากลำบากที่เป็นอยู่ได้จนพยายามฆ่าตัวตายทั้งครอบครัว หลากหลายความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นจากการดูแล สาเหตุหลักมาจากความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมาจากหลากหลายสาเหตุหลากหลายเหตุการณ์ สิ่งหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต่างบอกเล่าถึงสาเหตุความเหนื่อยล้าคือ การพูดคุยไม่รู้เรื่องระหว่างผู้ให้ข้อมูลและคู่ชีวิต ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า เหนื่อยจากการทำงานมาแล้วพอลกลับมาถึงบ้าน ภรรยาพูดเพ้อเจ้อ พูดคุยสื่อสารกับภรรยาไม่รู้เรื่อง ทำให้ตนเองเหนื่อยมากขึ้น บางรายเล่าว่า บอกอะไรให้คู่ชีวิตของตนทำก็ไม่ทำตาม เหนื่อยที่จะบอกซ้ำแล้วซ้ำเล่า เหนื่อยที่จะบังคับให้ทำในสิ่งที่ปกติควรทำได้เอง เช่น การนอนให้เป็นเวลา การรับประทานยา หรือแม้แต่กิจวัตรประจำวันต่างๆที่คู่ชีวิตเคยทำได้เอง จนรู้สึกท้อแท้ บางรายพูดคุยกับคู่ชีวิตของตนเองไม่รู้เรื่องจนเกิดความรู้สึกโมโห หงุดหงิดใจ แต่ไม่สามารถที่จะระบายอารมณ์ใส่คู่ชีวิตได้เนื่องจากความเจ็บป่วยที่คู่ชีวิตเป็นอยู่ ต้องควบคุมอารมณ์ตนเองอยู่ตลอดเวลา ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า รู้สึกเหนื่อยมากกับการที่จะต้องคอยควบคุมอารมณ์ตนเอง ต้องพูดคุยกับสามีทั้งๆที่กำลังโมโห บางครั้งสิ่งที่ตนเองแสดงออกขัดแย้งกับความรู้สึกในจิตใจ ทำให้เกิดคำถามกับตนเองว่า “ทำไมๆๆ ทำไมต้องมาทำอะไรแบบนี้” จนสร้างคำตอบให้กับตนเองโดยการทำความเข้าใจกับพฤติกรรมต่างๆที่สามีแสดงออกมาว่าเกิดจากอาการของโรคจิตเภท เพื่อให้ตนเองเกิด

การยอมรับและสามารถปรับตัวควบคุมความขัดแย้งในจิตใจได้ การพยายามสร้างความเข้าใจในสิ่งเหล่านี้ไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องอาศัยเวลาในการทำ ความเข้าใจตนเองจึงรู้สึกเหนื่อยมาก เพราะนอกจากจะต้องพยายามสร้างความเข้าใจกับพฤติกรรมต่างๆของสามี ตนเองต้องทำงานนอกบ้านเป็นคนหา รายได้หลักให้กับครอบครัวและมีลูกอีกหนึ่งคนที่ต้องดูแล อีกรายเล่าว่า ช่วงแรกที่สามีมีอาการทางจิตเหนื่อยมากจนแทบจะร้องไห้ สามีมีอาการร่วนวายไม่นอนตลอดทั้งคืน มีอาการหิวแหว่อยู่ตลอดเวลา ทำให้ต้องคอยดูแลจนไม่ได้พักผ่อน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าทั้งน้ำตาว่า อาการของโรคจิตเภทที่สามีเป็นอยากที่จะทำให้ใจยอมรับ สามีคนนี้ไม่เหมือนสามีคนเดิมของตนเองอีกต่อไป ความเข้าใจที่เกิดขึ้นและพฤติกรรมผิดปกติต่างๆที่สามีแสดงออกทำให้ตนเองเกิดความเหนื่อยล้าจากความกังวลใจต่างๆ ท้อแท้ที่จะดูแลจนพยายามที่จะฆ่าตัวตายทั้งครอบครัวด้วยการขับรถพุ่งชนรถบรรทุก เพื่อให้ตนเองและครอบครัวหลุดพ้นจากความทุกข์ที่เกิดขึ้น หลุดพ้นจากความเหนื่อยล้าและท้อแท้ที่เกิดขึ้นในจิตใจ ทำให้เพียงแค่ชั่ววินาทีนั้นตนเองได้ตัดสินใจทำสิ่งที่ไม่เคยคิดขึ้น เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งที่เล่าว่า ความยากลำบากและภาวะที่เกิดขึ้นภายหลังที่ภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภท ทำให้เกิดความท้อแท้ที่จะมีชีวิตอยู่จนคิดที่จะฆ่าตัวตายทั้งครอบครัว แต่เมื่อคิดถึงลูกและความสุขในช่วงชีวิตคู่ที่ผ่านมาทำให้ล้มเลิกความคิดเหล่านั้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“บางที่เราก็ก็น้อยอะครับ บางทีเหนื่อย บางทีเราเจอคำพูดที่มาจากเขาแรงๆแบบนี้ มันทำให้เราท้อเลยนะ...บางทีก็ท้อนะ พอเห็นเขากับลูกเราก็ต้องสู้อะ ทำยังไงได้เนอะ... แบบเหนื่อยบางทีเราเหนื่อยไปทำงานเราเหนื่อย บางทีเจอเขาพูด แบบไม่รู้เรื่องเราก็ทำให้เราแบบคิด...(ID3T1M)...บางทีเราเหนื่อยไป เราทำงานเหนื่อย เจอเขาพูดจาไม่รู้เรื่อง ก็ทำให้เราแบบ เฮ้ย อะไรวะ บางทีก็พูดโน้นพูดนี้ทำให้เราเหนื่อยอะ...ตอนช่วงแรกที่เขาไม่ดีต้องมีเวลา มันเหนื่อย ใช้กะมันเหนื่อย เราต้องควบคุมอารมณ์ของเราด้วย ต้องเข้าใจเขา...เหนื่อยในการดูแล ควบคุมอารมณ์ของเราที่เราต้องพยายาม...เราเหนื่อยงาน แต่เขาแบบรอ เวลาเขารอ รอนานๆ เขาจะหงุดหงิด เขาไม่ได้นอน เขาจะพูดจาไม่รู้เรื่อง บางทีเราก็ก็นอน...ล่าสุดนี่คือเขาพูดไม่รู้เรื่อง ก็บอกว่าจะไปอะไรกับกับคนอื่นนี้แหละ เราก็ก็นอน ซื่อตเลย เขาก็มองเลย ปรี๊ดแตกเลย แล้วเราเหนื่อยอะ...บางทีก็ท้อ แต่ก็ต้องสู้ เพราะเราอยู่กับเขาแล้ว แล้วจะให้ทำยังไง” (ID3T2M)

“พูดคุยกับเขาในสิ่งดีๆ เพราะว่าบางทีมันขัดใจ นำโมโห ทำให้ถึงต้องเป็นแบบนี้ ในหัวสมองเราจะมีคำถามไว้ว่าทำไมๆถึงเป็นแบบนี้ ทำไมถึงอย่างนั้นอย่างนี้ คือคำว่าทำไมเราต้องเข้าใจ เข้าใจเองอะ มีคำตอบในคำถาม เราสงสัยเราก็หาคำตอบเองว่าเขาเป็นอะไร ทำไมเขาถึงเป็น ต้องเข้าใจในสิ่งที่เขาพูดออกมาว่าเขาเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ ไม่งั้นมันก็ไม่ได้อะ...(ID4T1F)...เหนื่อยที่ต้องดูแล ก็คือกว่าเขาจะมาปกติมันเหนื่อยนะที่เราต้อง (หยุดพูดทำท่าคิด) เพราะเราไม่มีเวลาไงเพราะเรามีลูกเล็กแล้วต้องทำงานด้วยมันก็เลยเหนื่อยตอนที่เขาอาการกำเริบ เพราะเราต้องพยายามพูดคุยกับเขาด้วย” (ID4T1F)

“ก็คอยดูแลตลอด เรื่องยา เรื่องไม่ค่อยให้เครียด ไม่ให้คิดมาก...มันเหนื่อยลำบากมาก (หัวเราะ)...คือแบบว่าช่วงแรกๆมันเหนื่อยมากเลยนะพี่ เหนื่อยแบบว่าจะร้องไห้ ไม่ไหวแล้ว คือเขาแย่มากเลยใจ วิ่งขึ้น วิ่งลง ไม่นอนกลางคืนไม่นอน กลางวันก็นอนทั้งวันไม่ทำอะไร กลางคืนก็วิ่งขึ้นวิ่งลงแล้วคอยแบบไปนั่งอยู่ตรงระเบียงข้างหลังห้อง คอยฟังเสียงนั้นตลอดเวลา เรียกให้นอนเขาก็ไม่นอน คือแย่มากช่วงแรกๆ” (ID6T1F)

“ก็เหนื่อย เหนื่อย เออ...ก็ชีวิตที่มัน คนเราคุยแล้วต้องอะไรมันก็เหนื่อย ถ้าถามไม่เหนื่อยผมไม่รู้มันไม่จริง เหนื่อย นี่กว่าจะมาได้นะ เตรียมตัวตั้งแต่ 6 โมง มานี้นะเราต้องไปตลาดก่อนนะ ซึ่งเราบอกเราต้องไปโรงพยาบาลไม่ได้นะ วันนี้มาหาหมอกี่เหมือนกันนะ 6 โมงตื่น เตรียมตัวนะ 7 โมงเขาต้องไปตลาดเขาต้องไปอะไรก็แล้วแต่ให้รับมา 8 โมงครึ่งเขาก็จะรู้แพลนว่าเขาไปอย่างนี้ ๆ เขาไม่สนใจ you ว่าอើ you จะรีบหรือจะอะไรเขาไม่สนใจ เขารู้ว่าเขาต้องทำอย่างนี้นะ ยังบอกหมอด้วยนะแต่เขาไม่ต้องนัด ที่นี้ก็คือ 10 โมง เขารู้ว่าต้องมาโรงพยาบาลนะประมาณนี้...การคุยกันไม่รู้เรื่อง ถามกันคุยกันไม่รู้เรื่อง ซึ่งจริง ๆ เราก็ทำซ้ำ ๆ...ก็เหนื่อยมั้งอะไรมั้งกลับจากงานมา โอ้โห งานเครียดไอนั้น ไอนั้น ไอนี้ ไอนั้น แล้วก็ต้องเจอปัญหาที่เขาไม่หลับไม่นอน” (ID9T1M)

“มันมีช่วงหนึ่งที่คุณหมอลดยาจากที่เขาตั้งครรรภ์ พอลดยาปุ๊บผมเหนื่อยมากเลย คือเขาจะมีอารมณ์แปรปรวน...ไอ้ช่วงมีรอยต่อช่วงนั้นเหนื่อยมาก ผมแทบไม่ได้นอน คือเขามีภาวะแปลกๆอะนะหลังจากมีลูก... เหนื่อยครับ... คือเราไม่ได้ทำงานแล้ว อะไรแบบนี้ ถามว่าชีวิตดีขึ้นไหม มันก็ไม่ได้ดีขึ้น มันทำให้รู้สึกที่เราเหนื่อยอีกแล้วนะ เออ มันมีลูกทำให้เราเหนื่อยขึ้น...มันเหนื่อยๆ...(ID10T1M)...เหนื่อยท้อเหมือนกันนะ (ถอนหายใจ) บังคับเขาไม่ได้ คือบางครั้งเขาบอกว่าไม่รุ่งงว เราก็ม่ออยากบังคับ...บางครั้งก็นอนพร้อมเรา แต่ไม่ยอมตื่น ตื่นเที่ยง สี่ห้าโมงเย็น ตื่นมากก็จะกิน...จี้เกียจตื่น ตื่นสาย เพราะกลางคืนเขาไม่นอนง” (ID10T2M)

“บางทีเราก็กินเหนื่อยมาบางทีเราก็กินทุกอย่างเนาะ ไม่ได้ตั้งใจเราก็กินเหนื่อยบ้างบางที...ตลอดเวลาบางวันพี่ก็เหนื่อยกับเขา...เหนื่อย แต่มันเหนื่อยเป็นหน้าที่ของเรา...เหนื่อยจากเราต้องคอยกังวล พอเราไปทำงาน วันนี้จะออกไปไหนหรือเปล่า จะไปทำอะไรหรือเปล่า เวลาโทรศัพท์ที่บ้านเขาโทรศัพท์เข้ามาบ้านมีเรื่องอะไรหรือเปล่า เหนื่อย...ถามว่ากำลังใจมีไหม กำลังใจในการดูแลเค้ามันแทบจะเป็นศูนย์แล้วละ เพราะเค้า Stable อยู่แค่นี้เค้าไม่เคยดีขึ้นให้เราเห็นเลยว่า หยุดยานะลดยานะ ไม่มี แต่อย่างเราไม่สบายเป็นเบาหวานมาหาหมอ หมอยังบอกดีขึ้นนะ ลดยาตัวนี้นะ ตัวนี้หยุดกินนะ แต่เค้าไม่เลย มันบั่นทอนจิตใจพี่ ถ้าคนที่ป่วยแบบนี้เป็นพี่เค้ายังจะดูแลที่เหมือนที่พี่ดูแลเค้าไหม ไม่มีคำตอบเลย...พี่เครียดสิ ว่าเป็นแบบนี้ชีวิตฉันจะเป็นยังไง ลูกจะเป็นยังไง พอถึงช่วงที่ลูกต้องเข้าโรงเรียนพี่ก็ต้องดูแลลูกต้องรับผิดชอบลูกดูแลลูกส่งลูกไปโรงเรียนพร้อมทั้งดูแลเขาด้วยพาเขาหาหมอ ซึ่งมันไม่ไหวช่วงนั้นเครียด พี่มีเครียดมากพี่เคยคิดจะฆ่าตัวตาย 3 คนพ่อแม่ลูก คือช่วงที่พี่ไปหาหลวงพ่อกุศล พี่ขับรถจากกรุงเทพออกจากบ้านตอนนั้นลูกน่าจะ 2 ขวบ ขับรถไประหว่างทางเขาจะสวดมนต์ ฟันมนต์ไล่ผี สวดไปแล้วก็ฟันไล่ เข้าใจใหม่เหมือนกับคนที่ต้องมารองรับอยู่มันไม่ไหวแล้วนะ พี่ก็จอดข้างทางพี่ก็ดำเขาแบบหยาบคายดำแบบไม่เคยทำมาก่อน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ พี่โกรธ หยุดยทำแบบนี้สักที่ได้ใหม่กูไม่ไหวแล้วนะ เขาก็หยุดทำเสร็จเขาก็หันไปสวดมนต์ไล่



กระจกแล้วฟันใส่เงาพีในกระจก พีขับลูกนอนอยู่ข้างหลังพีก็ขับไปเลย  
 อยู่ธยาแล้วเขาบอกว่าอะไร เขาเรียกอารมณ์ชั่ววูบหรือเปล่า  
 รถบรรทุกมันวิ่งสวนมาพีจะขับรถชนลิลลี่ พีตัดสินใจเลย 3 คนพ่อแม่  
 ลูกตายไปเลยเพื่อที่ไม่ต้องมีภาระให้ใคร พีตัดสินใจพุ่งใส่ลิลลี่ซึ่งมันก็  
 ระเบิดพอดีแล้ววินาทีนั้นลูกพีซึ่งเขาหลับอยู่ อยู่ๆก็แม่มนมหน่อย  
 เขายังพูดไม่ได้ก็ค่านะ เขาเป็นคนพูดช้า แม่มนมหน่อย มันเหมือนค่านั้น  
 ดึงสติเราแล้วลิลลี่มันก็อีกนิดเดียวซึ่งชนแน่...พอพีลงข้างทางพีก็  
 ร้องให้ๆ ลิลลี่คนนั้นเขาก็ลงจากรถมาทุบกระจกพีทุบรถดำพี...พีก็  
 บอกเขาว่าพีไม่ไหวเขาช่วยพีเขาเหมือนพูดเตือนสติพี พีทำแบบนี้ถ้าพี  
 ตายลูกพีไม่ตายเขาจะอยู่กับใคร ผมเหมือนกันบ้านผมถ้าผมตายลูก  
 เมียผมจะอยู่กับใคร (ผู้ให้ข้อมูลเล่าทั้งน้ำตา)” (ID12T1F)

“ผมคิดนะ บางทีเราเหนื่อย เราโมโห บางทีผมก็ยอมรับก็นั่นแหละ  
 บางทีเราเหนื่อยมาเจอสภาพบ้านมาเจออะไรแบบนี้มันก็หงุดหงิด  
 ใจใหม่ ผมก็หงุดหงิด เรานั่งรถเมล์มาห้องก็ไม่สะอาด...เราก็เหนื่อย  
 จากงานมาแล้ว มาถึงบ้านมาเจอบ้านรกรุงรัง เขาก็ไม่ทำ ก็เหนื่อยท้อ  
 ช่วยกันหน่อย นิดๆ หน่อยๆ ก็ยังดี บางทีเราก็เหนื่อยเนาะ เหนื่อยงาน  
 มันก็เหนื่อยพอแล้วเนาะ มาเจอปัญหาที่บ้านก็เหนื่อยขึ้นไปอีก สะสม  
 เข้าไป ทำให้หลายๆ อย่างเข้าไปในร่างกายเราหมักหมมเรา เราก็  
 เหนื่อยก็ท้อเหมือนกัน...บางทีเราก็เหนื่อยมากบางที เหนื่อยมาถึงบ้าน  
 อยากจะนั่งยังนั่งไม่ได้เลยไม่สบายก็ยังคงทนกันอยู่อย่างนี้...บางทีเรา  
 เหนื่อยมาเจอบ้านสกปรกเลอะเทอะอะไรให้ช่วยหน่อยเขาก็ไม่ทำ  
 ตามใจเราเราก็เหนื่อยคิดมาก...ท้อไหมนะ ท้อไหม ก็มีเหมือนกัน  
 (ID13T1M)...ท้อๆๆ อยากจะหนีไปบวชไปโน่นไปนี่ คนมันคิดมาก...ผม  
 เคยคิดเหมือนกันนะเรื่องนี้ เคยคิดว่าไม่อยากจะอยู่แล้ว อยากกินยาฆ่า  
 แมลงตายๆกันไปในให้หมดนี้เลยเวลาเหนื่อยท้อมากๆ ตอนนั้นย้ายไป  
 ทำงานที่รามคำแหง หัวหน้าเห็นนั่งเหม่อๆซึ่มๆอยู่ก็ถามเป็นอะไร  
 เครียดที่ต้องย้ายจากXXX (ชื่อสถานที่ทำงาน) เหรอ ผมก็เลยเล่าให้ฟัง  
 เขาก็ให้เงินมา 500 แล้วก็บอกให้อดทน สู้ต่อไปคนอื่นๆลำบากกว่านี้มี  
 เยอะแยะ ตอนนั้นผมคิดนะว่าจะเอาเงิน 500 ไปซื้อยามากินอย่างทีคิด

ใหม่ ก็พอมาคิดก็คิดว่าขนาดหัวหน้าเป็นใครเขายังห่วงเราเลย ทำไม  
เราไม่ห่วงตัวเอง ห่วงลูก ห่วงเมียวะ เลยลืมเลิกคิดไป” (ID13T2M)

## 2.5 หาตัวช่วยในการดูแล

เมื่อต้องไปทำงานนอกบ้านหรือมีธุระทำให้ไม่สามารถอยู่ดูแลคู่ชีวิตได้ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่า ได้ไหว้วานขอความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดหรือญาติพี่น้องให้มาช่วยดูแล เช่น แม่ ลูก พี่น้อง หรือแม้กระทั่งคนรู้จักที่ไว้วางใจ ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า หากไม่สามารถที่จะดูแลอย่างใกล้ชิดคนเดียวได้ในช่วงที่คู่ชีวิตมีอาการกำเริบ จะให้สามีกลับไปอยู่กับแม่ที่ต่างจังหวัดชั่วคราว เนื่องจากตนเองต้องไปทำงานทุกวัน ไม่สามารถลางานมาดูแลได้ หากตนเองหยุดงานเพื่อมาดูแลสามี จะทำให้ครอบครัวไม่มีรายได้ หลังจากสามีอาการเริ่มดีขึ้นจึงไปปรับกลับมาอยู่ด้วยกันเช่นเดิม บางรายจัดสรรให้ลูกผลัดเวรกันมาดูแลภรรยาแทน เมื่อต้องเดินทางไปทำงานหรือไปพักผ่อนร่างกายและจิตใจหลังจากเห็นดีเห็นชอบจากการดูแล บางรายที่ไม่สามารถหาคนช่วยดูแลแทนได้จะใช้การโทรศัพท์หรือไลน์สอบถามอาการ ความเป็นอยู่ และพูดคุยย้าเตือนให้คู่ชีวิตรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อตนเองไม่สามารถอยู่จัดยาหรือควบคุมการรับประทานยาของคู่ชีวิตอย่างใกล้ชิดได้ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายกล่าวว่า การโทรศัพท์พูดคุยกับคู่ชีวิตในแต่ละวัน นอกจากจะเป็นการช่วยตรวจสอบอาการและการดูแลตนเองของคู่ชีวิตแล้ว ยังเป็นการแสดงออกถึงความห่วงใยและช่วยลดความกังวลใจที่ตนเองไม่สามารถดูแลคู่ชีวิตอย่างใกล้ชิดได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“ก็ส่วนใหญ่จะโทรคุยอะครับ...ก็ถามกินข้าวยัง ถามปกติละครับ ทัวไป  
พูดคุยกัน ก็จะได้คุยบ้าง...ให้เขาสบายใจอย่างนี้ฮะ ไม่ต้องอยู่คนเดียว...” (ID2T2M)

“เขาอยู่ร้าน ผมไม่ค่อยห่วงอะไร พอดีแบบแม่ค้า นี่เรียกแม่ (ชี้ไปที่  
แม่ค้าร้านข้างๆ) แม่เขาเช่าข้างๆกัน ช่วยดูให้” (ID3T2M)

“โทรถามตลอดถ้าไม่มีเวลา...(ID4T1F)...บางทีเขามืออะไรก็โทรมา ไลน์  
มา บางทีเขาก็บอกทำไมตื่นแล้วไม่เคยจะไลน์มาบอกอะไรแบบนี้...”  
(ID4T2F)

“เป็นอยู่สองครั้ง ตอนที่เป็นอย่างเพราะว่าเขาไม่ได้กินยาอะ เขาว่าไม่เป็น  
อะไรไม่ต้องกินยา เขาว่าเขาปกติดี ปกติดีทุกอย่าง แต่พอมันมาเป็น

มันก็มาเป็นเลยไรเงี้ย...ช่วงที่เขาเป็นก็ดูแล ดูแลแล้วก็พาเขากลับไป บ้านนอก...พีก็ได้แต่พาเขาไปส่งบ้านอย่างเดียว ไม่ได้อยู่กรุงเทพแล้ว ถ้าเป็นหนัก...ไปอยู่บ้านนอก ให้เขาอยู่กับแม่...พีไปอยู่ด้วยแป็บนึงก็กลับมา ให้แม่ดูแลต่อ...ไปอยู่ด้วยกันแป็บเดียว ก็ขึ้นมาโรอย่างนี้ เพราะต้องมาทำงาน...อาการดีเขาก็ขึ้นมา กินยาตามหมอสั่งแป็บเดียวก็ดีคะ ถ้าอยู่ตรงนี้เกิด เพราะว่ามันไม่มีคนดูแลนะ ถ้าเกิดว่ามีอะไร เขาโมโหอะไร มันจะไม่ดีอะคะ มันจะอันตรายต่อคนอื่นเขาอะไรอย่างเงี้ย ก็เลยพากลับบ้านดีกว่ามันมีคนคอยดูแล พวกญาติพวกอะไรเขาดูแลได้... ก็ทำงานอยู่นี้แหละ ถ้าไม่ทำงานก็ไม่มีเงินนะ มันต้องส่งเขาส่งลูก... บางทีพีก็โทรเช็คบ่อย บางทีทำงานก็โทรไป เออ กินข้าวรึยังว่ายังไง กลับบ้านรึยัง กลับบ้านกลับห้องเขาก็โทรหาว่าเออ ถึงบ้านแล้วนะ เราก็ไม่เป็นห่วงอะ เป็นห่วงที่ว่าเขามีอะไรรีเปล่า อันตรายอะไรรีเปล่า แล้วเขาก็เป็นแบบนี้ กลัวเป็นอะไร...เวลาทำงานนี้ก็โทรทุกวันนะ วันนึงโทรไม่รู้กี่รอบ...(ID5T1F)...เขาไปทำงานหนูก็โทรคุยเรื่อยๆ เหมือนกัน เขาก็กลัวเป็นอะไรหรือเปล่า อยู่ที่ไหนก็เป็นห่วงว่ากินอะไร หรือยัง ก็โทรถามเขาอะคะ โทรถามเรื่อยๆเหมือนกัน..." (ID5T2F)

“ถ้าติดต่อเขาไม่ได้ก็จะให้พี่แถวนั้นคอยดูเขาอะคะ ญาติพี่น้องเขาอะคะ ญาติพี่น้องของแฟนเขาอยู่แถวนี่เหมือนกันแต่ว่าอยู่คนละหอกัน อยู่คนละที่กันแต่อยู่ใกล้ๆ กัน ก็จะทำให้เขาเข้ามาดูอะคะ...กลางคืนบางทีไม่ได้นอนแม่กลัวหนูไม่ได้พักผ่อนก็เลยช่วยขึ้นมาดูเมื่อตอนกลางคืน มีอะไรรีเปล่า..... หนูกลับไปต่างจังหวัด...โทรมาบอกเขาทุกวัน เวลาเขากลับบ้าน ว่าให้กินทุกวัน...ก็จะโทรศัพท์มาหา ถามว่ากินยาหรือยัง เป็นไงบ้าง ได้ยินอะไรบ้างไหม...(ID6T1F)...ตอนกลับบ้านก็ยังต้องโทรบอกเขาทุกวันว่าให้กินยาๆ กลัวเขาลืม แล้วก็กลับมาเช็คคู่อีกรอบหนึ่งว่าได้กินไหม” (ID6T2F)

“...มันก็บางช่วงที่เราบอกว่าจะต้องกลับมา St&by ที่บ้านกันหมดนะ เพราะจะไปเที่ยวต่างประเทศไปดูงานต่างประเทศ...ลูกต้องกลับมาหมด...ก็ต้องมาดูแลมัน ทุกคนต้องเข้ามาเข้าเวร...คนนี้มาไอ้คนนี้ไป” (ID9T1M)

“ก็ให้ลูกชายเขาช่วยบังคับถึงจะยอมทาน...ตอนที่เขินเยอะๆ ก็ลูกๆ เขาก็ดูแลบ้าง” (ID11T1M)

“พี่มีครอบครัวที่ดี มีพี่น้องที่ดี พี่น้องพี่ทุกคนพอพี่เอ่ยปากบอกไม่ไหวแล้วนะ มาอยู่เป็นเพื่อนหน่อยทุกคนมาหมดนะ พ่อ แม่ พี่ น้อง มาอยู่กับพี่ แม่ลูกไม่ไหวแล้วนะ พ่อแม่พี่มาอยู่ชนเลื้อยผ้าลงมาอยู่เป็นเพื่อนคืออย่างน้อยเรารู้ว่าเค้าช่วยอะไรเราไม่ได้มากหรอกแต่เค้ามาเป็นกำลังใจให้เรา พอจะไปตรงนี้โทรหาพี่ชาย ฉันจะไปอย่างนี้นะทุกคนมาอยู่เป็นเพื่อนไปหมดไปรถตู้ ถ้าพี่ไม่ได้พี่น้องพี่นะพี่อาจจะแยกว่านี้ก็ได้...พี่ออกไปทำงานทุกวัน...พี่มีแม่บ้าน ช่วยใจเราด้วยว่าอย่างน้อยเราก็กี่ ได้มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นบ้าง ซึ่งไม่ใช่อยู่กับแค่สองคนกับเค้า เหมือนกับเอาคนมาเป็นกำลังใจให้เรา” (ID12T1F)

## 2.6 ปรับความคิดและจิตใจ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจภายหลังให้การดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะช่วงแรกที่ทำให้การดูแล เมื่อให้การดูแลไปช่วงเวลาหนึ่งมีการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดและจิตใจต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและการดูแลคู่ชีวิตของตน ผู้ให้ข้อมูลหลายรายทำความเข้าใจและยอมรับว่าการดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเป็นเรื่องของเวรกรรม ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่าการที่ต้องใช้ชีวิตและดูแลสามีที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเป็นเรื่องของเวรกรรมที่ทำร่วมกันมา การคิดเช่นนี้เพื่อไม่ให้ตนเองคิดมากจนเกิดความเครียด บางรายเล่าว่าไม่คิดเปรียบเทียบชีวิตคู่ของตนกับคู่อื่นๆ คิดว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม เป็นบาปกรรมที่ต้องชดใช้ เมื่อตัดสินใจเลือกที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันต้องอยู่ดูแลกันไปให้ถึงที่สุด ไม่อยากสร้างบาปกรรมต่อกันอีก บางรายเล่าว่าการคิดว่าเป็นเวรกรรมที่ต้องดูแล เป็นการชดใช้กรรมเก่าที่มีต่อกัน เกิดความรู้สึกปล่อยวางและให้การดูแลสามีดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าอีกว่าต้องทำใจยอมรับและอดทนกับพฤติกรรมที่คู่ชีวิตแสดงออกและความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการดูแล รายหนึ่งเล่าว่าการดูแลทำให้เกิดความเหนื่อยล้าแต่ต้องคอยบอกตนเองให้อดทน ไม่ท้อถอยจึงจะสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้ อีกรายเล่าว่า การดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นเปรียบเสมือนรสชาติของชีวิตคู่ บางครั้งเกิดความเครียดจากความยากลำบากในการดูแล แต่เมื่อภรรยาอาการดีขึ้น พุดคุยรู้เรื่อง สดใสร่าเริง ก็ทำให้เกิดความสุข แม้ช่วงแรกจะยากลำบากแต่เมื่ออยู่ร่วมกันไปก็เกิดความเข้าใจและยอมรับได้มากขึ้น เกิดความกลมกลืนกันทั้งความสุขและความทุกข์เป็นสีส้มของชีวิตคู่ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายใช้วิธีปล่อยวางความคิดเพื่อไม่ให้ตนเองคิดมากหรือเกิดความเครียดจากการดูแล บางรายใช้ธรรมะเข้ามาช่วยให้รู้สึกปล่อยวาง โดยคิด

ว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ทุกอย่างเกิดขึ้นแล้วก็จบไป ปัญหานี้ก็เช่นเดียวกัน บางรายเล่าว่าตนเองเปรียบเทียบความยากลำบากที่เกิดขึ้นในปัจจุบันกับความยากลำบากที่เคยได้รับมาในอดีต ทำให้พบว่าสิ่งที่เป็นอยู่ในปัจจุบันไม่ได้เลวร้ายเหมือนในอดีต เกิดความเข้าใจและผ่านความยากลำบากนั้นมาได้ ในบางรายเล่าว่า การทำความเข้าใจลักษณะอาการของโรคจิตเภททำให้สามารถยอมรับพฤติกรรมต่างๆที่ชีวิตแสดงออกมาได้ เช่น การพูดคุยกันไม่รู้เรื่อง ความเหนื่อยหน่ายเฉื่อยชา ความคล่องแคล่วในการทำกิจกรรมต่างๆที่ลดลง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“คิดซะว่ามันเป็นเวรกรรมไง คิดว่าเป็นเวรกรรมที่เราทำร่วมกันมา ก็ไม่รู้สิทีอะไรถ้าเราเก็บไปคิดมาก ๆ เราก็จะเป็นเอง ไม่คิดอะไรนะพี่ไม่คิดอะไร” (ID4T2M)

“ผมก็ไม่คิดเปรียบนั้นนั่น ช่างมันเถอะ เราคิดว่าในเมื่อเรามาทำเนี่ย ผมก็คิดว่าเป็นเวรเป็นกรรม ซาติก่อนไปทำเวรทำกรรม ช่างมันเถอะ คือมันอยู่จะตรงไหนก็ช่างปล่อยตามครรลอง...คิดว่าตอนนี้เป็นบาปของเราเป็นกรรมของเรานะที่ต้องรับกรรม ให้มันถึงที่สุด...แต่พอมาอยู่ที่นี่เหมือนหาเรื่องหาความลำบากแท้ๆ ในเมื่อคุณเลิกแล้ว เป็นเวรกรรมที่คุณต้องทำ มันไม่รู้จะทำอย่างไร คือผมซีเกียจทำบาปซ้ำสองซ้ำสามไง” (ID10T1M)

“มันก็เลยทำให้เราคิดว่ามันคงเป็นกรรม กรรมของเราที่เราจะต้องดูแลเขาดูแลลูก (ID12T1F)...หลังจากเหตุการณ์ร้ายวันนั้นที่ผ่านมาแล้วที่พี่กับรถบรทุกคนนั้น ทำให้พี่คิดว่าเวรกรรม เราคิดแบบนั้น เราคงทำกรรมอะไรกับเขาไว้เราถึงต้องมาใช้เขาตอนนี้ พอคิดแบบนั้นแล้วก็ทำให้พี่ปล่อยวางทุกอย่างได้ซดใช้กันไป ทำกับเขาดี ๆ เพื่อที่จะจบกับชาตินี้ไม่ต้องมาต่อชาติหน้าไม่ต้องเจอกันอีกคิดแบบนี้...” (ID12T1F)

“ต้องทนนะ ต้องทนกับเรื่องพวกนี้มากเลย มันต้องทน...มันต้องอดทน ตอนนั้นต้องทำใจอดทน อดทนกับคนป่วยเยอะเลย คล้ายจะไม่เชื่อฟัง หรือยังงี้ก็อดทนไว้...” (ID1T1M)

“ในด้านเวลาเขาร่าเริงเออมันก็น่ารัก เขาคุยรู้เรื่อง บางทีเขาก็คุยหยอกคุยแหย่ แต่แบบบางทีเราก็เครียดๆ เราเหนื่อยเจ็ย เขาคุยไม่รู้เรื่องเราก็จะเครียดแค่นั้น มันต้องอยู่กันได้ มันต้องกลมกลืนกันไป มันเป็นแบบรสชาติชีวิตไปเลย...กลายเป็นรสชาติชีวิตไปแล้ว คือแบบเรารู้แล้วว่าอยู่กับเขาเป็นยังไง กลายเป็นรสชาติชีวิตคือแบบว่าเหมือนกับว่าถ้าไม่มีตรงนี้เราก็จะไม่มีสีส่นแล้วอะ (หัวเราะ) กลายเป็นยังงั้นไปแล้วอะ เป็นรสชาติชีวิต... (หัวเราะ) ก็เหมือนแบบว่ามันต้องมีเครียดบ้างอะดีบ้างอย่างเจ็ยครับ (ขณะพูดหันไปยิ้มให้ภรรยา)...เขามาอยู่กับเราแล้ว เราก็ต้องรับเขาได้...เราก็อยู่กับเขาไปเรื่อยๆ เออ เขาไม่ได้เป็นอะไรหนักขนาดนั้น เขาก็คุยรู้เรื่อง...บางทีเราอยู่กับเขา เขาก็ไม่ได้มีพิษมีภัยอะไร เราอยู่กับเขา เขาเออก็สดีสดีไรเริงดี ปกติ ก็แรกๆก็จะซัดๆนิดนึ่ง อยู่กันไปเราก็เข้าใจกัน มันก็โอเคอะครับ...เพราะบางทีเราไปเจอเรื่องอย่างอื่น มันไม่ดีกว่านี้ไง เราก็เลยผ่านมาได้...เจอเรื่องแรงๆมาเยอะ เรารับตรงนี้ได้อยู่แล้ว มันก็เลยแบบว่าปกติอะ...เราเคยเจอแบบเรื่องเลวร้ายแบบว่าครอบครัวพวกนี้ เมื่อก่อนเป็นครอบครัวที่เราต้องทำมาหากินใจครับ เราไม่มีตังใจ แล้วก็ไปเจอเพื่อนแบบว่าไม่ดีหลายอย่างอะ ก่อนที่จะมาเจอครอบครัวเรา... (ID3T1M)...ถามว่าทำไมผมเข้าใจ ก็เพราะว่าเราผ่านเรื่องร้ายๆมาเยอะ เราเลยเข้าใจเขาได้ง่ายขึ้น เขาก็ไม่ได้ร้ายแบบที่เราเคยเจอมา...ก็ไม่เท่าไรนะ คือบางทีการที่เราเข้าใจ ก็ไม่เท่าไรนะ ก็อย่างที่เคยเล่าให้ฟังว่า เราเคยเจอเรื่องร้ายมาก่อน อันนี้มันแค่คำพูด เรายังไม่เห็นๆ เขาทำอย่างที่เราเจอมา มันก็เหมือนไม่เลวร้าย บางทีเขาแค่พูดไม่รู้เรื่อง แค่คำพูดจา ตื่นนอนมาก็ลืมแล้ว...บางทีก็เรารู้แล้วว่าเป็นอย่างงั้น ก็จะรับเขาได้ ถ้าเราไม่เครียดจริงๆ เราก็จะไม่แ็ดเขา” (ID3T2M)

“มันก็ได้หนักใจหอรอกพี่ว่า ไม่ได้หนักใจนะ มันก็ไปเรื่อยๆ พี่ว่ามันไม่ได้หนักใจอะไร ก็ไปเรื่อยๆ เพราะพี่ก็ผ่านสถานการณ์มาเยอะ พี่เลยเป็นคนแบบไม่ค่อยซีเรียสอะไรนะ มีอะไรก็แบบปล่อยวางอะนะ ก็ไม่ค่อยมีอะไรหอรอกพี่ว่าก็ดีอะนะ เราก็มีความสุขบ้างความสุขบ้างอะไรอย่างนี้แหละคนเรา” (ID5T1F)...ถ้าพี่เหนื่อย พี่เครียดพี่ก็พยายามแบบไม่ให้ตัวเองเครียด เพราะว่าในชีวิตนี้ตั้งแต่มีแฟนคนแรก

เคยเครียดมาตลอด แล้วพีก็แบบเกิดเป็นปลงๆเครียดๆมีใครเครียดๆพีก็ไม่เอามาใส่ใจจนกระทั่งทำแบบปล่อยวางสบายๆ...ปล่อยวางความคิด พีไม่เครียดค่ะ...พีก็ไม่ได้คิดอะไร พีก็ปลงๆเออว่าแฟนเราไม่เหมือนคนอื่นเขา โรคแบบนี้ก็ เข้าไป พีก็ไม่ได้คิดโรรมากหรอกค่ะ ก็แล้วแต่ตามสบาย พีไม่ได้นั้นเขานะค่ะ ไม่ได้บังคับ ไม่ได้อะไร...เพราะว่าตลอดชีวิตนี้พีว่าพีมีอะไรที่เจอมันหนักกว่านี้มาแล้วอะค่ะ ก็เลยคิดแบบไม่ได้คิดอะไรพีก็ได้แค่นั้นก็แค่นั้น ไม่ได้คิดจะอะไรกะใคร คิดแต่ว่า เธอจะซิงติซิงเด่นอะไรใคร ได้แค่นั้นก็แค่นั้น พีก็คิดแบบพีปลงๆมาตั้งนานแล้วอะค่ะ ไม่ซีเรียสอะค่ะ” (ID5T2F)

“ก็ธรรมะเลยละค่ะ คือพีจะใช้สั้นๆเลยคือปล่อยวาง พีคิดว่าเดี่ยวเรื่องนี้เกิดขึ้นมันก็จบ ไม่ว่าอารมณ์ทุกอย่างมันก็จบ ไม่ว่าอารมณ์โกรธ โมโห อารมณ์ดี อะไรทุกอย่างทุกอย่างอารมณ์เดี่ยวนั้นก็จบ เนี่ยพีก็เอาธรรมะเนี่ยช่วยมากเลย คือปล่อยวาง มันผ่านไปสองสามนาที่ที่ แล้ว เริ่มต้นใหม่อะไรก็ค่ะ...แต่พีก็ปลงๆ แล้วละ อะไรจะเกิดขึ้นก็ต้องเกิดพีก็ได้อยู่แค่นี้แหละ...ปลงแล้ว คืออย่าให้มีปัญหาที่ลุดจบ อยู่ยังไงก็อย่าให้มีปัญหา” (ID7T1F)

“การคุยกันไม่รู้เรื่อง ถามกันคุยกันไม่รู้เรื่องซึ่งจริง ๆ เราก็ทำซ้ำ ๆ แต่จริง ๆ แล้วคือมันไม่ใช่ความผิดของเขาลักษณะโรคนั้นเป็นแบบนี้ซึ่งเราคุยไปบอกไปเขาก็ไม่รู้” (ID9T1M)

“อ้อถ้าเขาปกติดี มันก็จะดี คือมันก็จะหมดความกังวล ไม่อาทร แต่ว่าผมปลงนะ ผมปลง ผมไม่ได้คิดอะไรมากมาย เออ (หัวเราะ) ไหนๆมันมาถึงตรงนี้ละ ก็ต้องเดินต่อไป...ภาวะที่เราเคยเห็น...ผมก็เห็นชีวิตคนมาเยอะ เข้าใจคนมาเยอะ มองคนก็มองคนให้รอบด้าน คือทำให้ใจให้มันสบายๆดีกว่า อะไรก็แล้วแต่จะเกิดให้มันเกิดไป คือบางอย่างนี้ะ เราจะเอาตัวเราไปเปรียบกับคนอื่น เอาคนอื่นมาเปรียบเทียบกับตัวเรา เราไม่ใช่ มองดูตนเองดีกว่า พิจารณาตัวเอง พิจารณาเมียและลูก ครอบครัวจะทำไรอย่าให้มีปัญหา อย่าสร้างปัญหาให้มากขึ้น...อะไรมันเกิดก็ต้องปล่อยให้มันเกิด อย่งไปคิดอะไรมาก ภาวะบางภาวะผม

คิดว่าปัญหาต้องมีทางออกของมันเอง ผมไม่อยู่มันต้องมีคนแก้ปัญหาให้ผม ผมก็ไม่ได้คิดอะไรมากมาย” (ID10T1M)

“รู้ว่าเขาป่วย ไม่เชื่อฟังผมก็ไม่เคยโกรธเขาเพราะว่าเป็นเรื่องปกติ ไม่เคยไปทูปตีอะไรเขาเราก็ปล่อยวางไป” (ID11T1M)

“เป็นหนี้เป็นสินเขาก็อย่าไปคิดอะไรมากมีก็ใช้เขาไปเรื่อยๆ เราก็คิดแค่นี้ เราก็อย่าไปคิดมาก เราสร้างมาแล้วเราทำมาแล้วมันก็ต้องใช้เขาไป... ตอนหลังๆ นี้ก็รู้สึกไหนๆ ก็ไหนๆ แล้ว เขาก็ช่วยเราได้แค่นี้แล้วเราก็เลยต้องปล่อยเลยตามเลย...พอเป็นโรคนี้เหมือนเขาเป็นคนที่ขาดอะไรบางอย่างไม่ได้...อาจจะขาดความเหนียวหนำของเขาก็ได้ เขาไม่คล่องแคล่วเหมือนเมื่อก่อนเขาก็จะไม่ค่อยทำอะไร... เมื่อก่อนห้องน้ำเขาจะถู เคียวนี้เขาไม่ค่อยทำหรอก ไม่ว่าเขาห rokok เป็นโรคพวกนี้ก็เฉื่อยชาเป็นธรรมดาทำอะไรเขาก็ไม่เต็มร้อยได้ทำสิบก็ดีแล้ว...ก็ต้องยอมรับ...เขาเป็นอย่างนี้ก็ต้องยอมรับโรคของเขา ยอมรับกับตัวเราให้ได้เออเราอย่ารังเกียจเขา มันเป็นไปแล้ว ใครจะอยากเป็น...คือความอดทน เราต้องไม่ท้อถอย ต้องอดทนอยู่ เราต้องมองดูเขา ต้องมองดูลูก มันถึงอยู่กันได้” (ID13T2M)

## 2.7 ภูมิใจที่ทำให้อาการดีขึ้น

แม้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทจะสร้างความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ดูแล แต่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต่างกล่าวด้วยรอยยิ้มว่า บ่อยครั้งที่ตนเองมีความรู้สึกทางบวกเกิดขึ้นขณะให้การดูแล โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ผู้ป่วยของตนอาการดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่าตนเองรู้สึกสบายใจที่อาการของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นเรื่อยๆ และรู้สึกภูมิใจที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยลดน้อยลง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่าหลังจากที่ภรรยาอาการดีขึ้น ดูแลตนเองได้มากขึ้น ตนเองรู้สึกสบายใจมาก รู้สึกเหมือน “รอดพ้นความทุกข์” ไม่ต้องคอยเป็นห่วงภรรยาเหมือนเคย สามารถปล่อยให้ภรรยาทำกิจกรรมต่างๆ ได้เองโดยไม่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเหมือนช่วงแรกที่มีอาการ ผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่ารู้สึกปล่อยวาง หดกังวล สามารถไปทำงานได้อย่างสบายใจภายหลังที่ภรรยาอาการดีขึ้นจนสามารถดูแลตนเองได้เหมือนคนปกติ บางรายเล่าว่ารู้สึกภูมิใจที่การดูแลของตนเองช่วยให้ภรรยาอาการดีขึ้น ภูมิใจที่สามารถเอาชนะความเจ็บป่วยของภรรยาได้และทำให้ภรรยาได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ภูมิใจที่ตนเองเป็นคนฟื้นคืนจิตใจของภรรยาให้กลับมาเหมือนเดิม



ทำให้มีกำลังใจในการดูแลและใช้ชีวิตร่วมกันต่อไปมากขึ้น อีกรายเล่าว่า ดีใจและภูมิใจมากที่สามีมีอาการดีขึ้นหลังจากมาอยู่กับตนเอง คนรอบข้างต่างชื่นชมว่าหลังจากที่สามีได้มาใช้ชีวิตอยู่กับตนแล้ว อาการดีขึ้นมากเหมือนปกติ พอมีภรรยาแล้วอาการดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ยังกล่าวอีกว่า การใช้ชีวิตคู่อยู่ร่วมกันเปรียบเสมือนคนเดียวกันต้องช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน เมื่อสามีมีอาการดีขึ้นมีความสุขมากขึ้น ตนเองก็มีความสุขที่มีส่วนช่วยให้สามีดีขึ้นจากโรคที่เป็นอยู่ อีกรายเล่าว่ารู้สึกภูมิใจที่การดูแลของตนเองช่วยรักษาให้อาการของสามีดีขึ้น เพราะการที่สามีพยายามดูแลตนเองให้หายจากโรคเกิดจากความรักที่มีให้กับภรรยา พยายามทำทุกอย่างเพื่อภรรยา ผู้ให้ข้อมูลหลายรายต่างกล่าวว่า ความรู้สึกภูมิใจที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเพราะตนเองรู้สึกประสบความสำเร็จในการดูแลคู่ชีวิตจนอาการดีขึ้น สามารถเอาชนะความยากลำบากจากการดูแลจนสำเร็จได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“ถ้าเขาดีขึ้นมา เราก็เออ เราก็สบายใจขึ้น เราก็เออ เรายอดแล้ว เรายอดแล้ว ทุกวันนี้ มีงานทำ มีเงินเข้ากระเป๋าเขาก็ยิ้มนะ สบายใจ เราก็เออ รอด...รอด สบายใจ (หัวเราะ) รอดพ้นความทุกข์ใจ (หัวเราะเบาๆ สิ้นหายใจยิ้มแฉ่ง) เราก็เออสบายใจ ไม่มีความทุกข์...ตอนนี้จะปล่อยก็ได้แล้ว ตอนนี้สบายใจแล้ว เขาจะรู้ว่าควรจะทำอะไร ไม่ต้องบอกเขาแล้ว เราไม่ต้องบอกเลย บางทีเขาจะดูแล้วทำเอง เขารู้ รุ้หมดแล้วละ ช่วงนี้เขารู้หมดแต่ก่อนเขาไม่รู้เรื่องเลย...(ID1T1M)...ถ้าเรารักษาเขาหายนะ ก็ภูมิใจนะ แบบเราชนะแล้ว (ยิ้มกว้างขณะพูด)...ทำงาน เราก็ไม่ท้อ ว่าก็ว่าไป พุดจาไป ตอนนี้อาการเขาไม่มาแล้ว เราก็ภูมิใจรักษาเขาหาย ดีขึ้นเยอะเลย...บางอย่างมันจะดูดีแล้วดีขึ้นมา ดูดีแล้วดีขึ้นมาในสายตาคนอื่นนะ เหมือนแต่ก่อนที่เขาว่าไม่ได้เรื่องได้ราวแต่ตอนนี้มันดีขึ้นมาเยอะเลย แม้แต่หมอ หมอยังบอกว่าดูดีขึ้นมาเยอะ...แต่ก่อนเขาไม่เคยจะพุดรู้เรื่อง พอจะไปไหนทำอะไรไม่รู้จะทำอะไรเลย เขาจะไปไหนออกไปไหนไม่รู้นะครับ ญาติพี่น้องเขาก็จะจำไม่ได้เลยครับ แต่ทุกวันนี้รู้แล้ว เหมือนกับที่เราทำให้เขาฟื้นคืนความรู้สึกขึ้นมา มีจิตสำนึกดีขึ้นมาเยอะเลยครับ จากที่คนไม่เคยจำไม่ได้ว่าตัวเองเป็นใครชื่ออะไร เขาเหม่อลอยไปวันๆ เดียวนี้ก็ดีขึ้นเยอะนะครับคุยกันยิ้มแฉ่งแจ่มใส ยิ้ม แล้วก็พอจะรู้ทุกอย่างแล้ว รู้มากเลยตอนนี้... แต่เราใช้เวลารักษาไม่เยอะนะครับ ทุกวันนี้ผมว่าใช้เวลาไม่เยอะครับรักษาหาย ผมใช้เวลาไม่กี่ปีเองครับรักษาเขาหาย...ทุกวันนี้เขาก็ดีขึ้นเยอะนะ รู้ทุกอย่าง ขายของก็เก่ง เราก็สบาย ไม่ต้องไปเดือดร้อนหรือหนักใจเรื่องเขาอีก...

ก็ดีขึ้นเหมือนกัน เขาก็มีงานทำ มีเงินใช้ เราก็ไม่มีอะไรมากแล้วครับ  
เขาสบายใจเราก็สบายใจขึ้น...ตอนนี้ก็ไม่ต้องเป็นห่วงอะไรมาก ทำงาน  
แล้วไปทำงานแบบไม่ต้องห่วง ปล่อยได้แล้วครับ เขาก็อารมณ์ดีขึ้น”  
(ID1T2M)

“มันภูมิใจ เราภูมิใจ...ภูมิใจที่เราดูแลเขาดีขึ้น...ส่วนใหญ่คุณหมอบอก  
บอกว่าอาการแบบนี้ส่วนใหญ่ที่มาแล้วนี่ admit มาครั้งหนึ่งครั้งที่สองนี้  
ก็คือไปเลย ไม่สามารถกลับมาได้สักคนสักรายเลย เราก็บอกเออว่าเขา  
กลับมาได้นะ” (ID2T2M)

“เมื่อก่อนเขาอาจจะไม่ค่อยรู้อะไรเป็นอะไรนะ พอมาอยู่กับพี่มันก็มี  
ความรู้สึกแบบดีขึ้น อะไรดีขึ้นทุกอย่าง คนที่บ้านเขาก็บอกว่าดี คือ  
เมื่อก่อนไปหัวใจใหม่คะ ไปแบบเดินบ้านนั่นบ้านนี่คะ พอมาเมีย  
แล้วมันก็ดีขึ้น ใครๆเขาก็บอกว่าดีขึ้น ดีขึ้น แบบปกติเลยอะ ไปโรง  
บาลที่บ้านบางคนเขาบอกว่า เอ้อ มึงไปไหนมาตั้งหลายปี ไม่เจอตั้ง  
หลายปีแล้วอย่างจี้ ปกติเขาจะไปโรงบาลทุกปี ปีนี้ไม่รู้ก็รอบคะ  
เมื่อก่อนอะที่ไม่ได้อยู่กับหนูอะคะ แค่อามีเมียแล้วก็ดีขึ้นอะคะ...พี่ก็มี  
ความรู้สึกดีเหมือนกันว่าพี่เขาดีขึ้น คนที่บ้านเขาก็ชมทุกคนนั่นแหละ  
เขาไปเห็นเขาก็บอกมันดีขึ้นนะ (หัวเราะแล้วยิ้มกว้าง) เมื่อก่อนไปตะ  
แล้ๆอะไรอย่างนี้ไปที่นั่นที่นี้อะไรอย่างเงี้ย...(ID5T1F)...เขาก็ไม่เป็น  
แบบนั้นแล้วพี่ก็ได้คิดมากอะคะ ตอนนั้นพี่เขาเป็นพี่ที่คิดอยู่นะ ว่า  
เขาเป็นตอนนี้อย่างแบบ เขาปกติพี่ก็ได้ไม่ได้คิดไรแบบ แบบที่ว่า แบบ  
สบายใจอะคะที่เขาไม่เป็น...มีความรู้สึกแบบดีใจกับภูมิใจที่ตัวเองได้  
ช่วยเขาไว้ว่าอะไรนะคะ คือว่าอยู่ด้วยกันมาแล้ว ต่างคนก็ต่างเหมือนคน  
เดียวกัน มันก็ช่วยเหลือกันไป มันก็มีความรู้สึกดีอะคะรู้สึกดีว่า ได้ช่วย  
เขาเหมือนแบบเขาเป็นแบบนี้แล้วก็ เขามีความรู้สึกดี เราก็ดี  
เหมือนกันอะคะ เราก็รู้สึกดีเหมือนกัน..คนที่บ้านส่วนมากเขากันนะคะ  
ว่า เอ้ ดีขึ้นนะไม่เป็นเหมือนครั้งก่อน โรงบาลที่บ้านนอกเหมือนกัน  
เขาก็คุยกัน เขาบอก เอ้อ เดียวนี้ไม่เห็นเลยนะไม่เห็นมาเลยประมาณ  
นี้ เมื่อก่อนไปประจำเลยนะ โรงบาลที่บ้านนอก” (ID5T2F)

“รู้สึกภูมิใจว่าเออ เขาดีขึ้นนะที่ไม่เป็นเหมือนแต่ก่อน รู้สึกภูมิใจที่ช่วยรักษาเขา รักษาเขาจนดีขึ้น...เพราะว่าความพยายามของเขาด้วย เขาพยายามทำตัว พยายามรักษาตัวของเขาด้วยเองด้วย...เกิดจากน่าจะเป็นตัวหนู เพราะว่าเขาอาจจะแบบ จริงๆคือเขาอาจจะรักหนู คือเขาพยายามทำเพื่อหนู เขาอาจจะเห็นเราเหนื่อยที่เราต้องคอยดูแลเขา ตลอดเวลาอย่างนี้ เขาก็พยายามดูแลตัวเองด้วย...(ID6T1F)...คือพอรักษาไปอาการมันก็ดีขึ้นก็เหมือนคนปกติทั่วไปก็โอเค ก็แค่เรื่องกินยาก็คงไม่เป็นไรหรือมั้งกินยาทุกวัน...พอเห็นอาการมันดีขึ้นก็เลยก็โอเคซะไม่เป็นไร เป็นอย่างนี้ก็ไม่เป็นไรก็ช่วยกันรักษาไป...ก็เหมือนภูมิใจว่าสามารถทำให้อาการเขาดีขึ้นขนาดนี้นะคะ ภูมิใจที่เขาดีขึ้นก็เหมือนแบบแฮปปี้จนทำได้แล้ว ฉันทำให้เขาดีขึ้นขนาดนี้แล้ว” (ID6T2F)

“แล้วก็สำเร็จ ผมถือว่าผมทำประสบความสำเร็จ ผมทำให้เขาประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งแล้วละ คืออย่างน้อยๆเขาก็ไม่เป็น” (ID10T1M)

“แต่เราก็ปล่อยวางได้ก็เมื่อเขาดูแลตัวเองอะไรได้แล้วก็ปล่อยวาง เขาอยู่บ้านคนเดียวทำอะไรได้เราก็ไปทำงานได้...เขาไม่ได้ทำงานตัวเอง บางทีต้องไปว่าความ ไม่ได้อยู่บ้านตลอดเขาก็อยู่บ้านได้...คืออยู่บ้านก็สบายใจไม่ต้องกังวลอะไรครับ...เพราะว่า เขาสามารถดูแลตัวเองได้นะ ...ความรู้สึกก็ดีขึ้น แกปกติแล้วสบายใจไม่ต้องเป็นห่วงในจุดนี้...ก็อาการเขาดีขึ้นแล้วไง เขาสามารถรู้สึกผิดชอบทำอะไรได้เหมือนคนปกติแล้ว ปล่อยวาง...(ID11T1M)...ตอนนี้ก็ปล่อยวางแล้วตอนนี้แกอาการดีขึ้นแล้วไม่เป็นแล้วโรคประสาทหลอนก็เลยปล่อยวางได้... ช่วงนี้เขาหายป่วยแล้วเพียงแต่ให้เขากินยา ช่วงนี้เราก็ปล่อยวางได้เขาก็ไปซื้ออะไรได้ รถกับข้าวมาเขาก็ไปซื้อกับข้าวได้ ทำอะไรได้ แต่ออกไปข้างนอกไกล ๆ เขาไม่ค่อยได้ไป คือปล่อยวางก็หมดกังวลเรื่องดูแลเรื่องอะไรแบบนี้” (ID11T2M)

“ก็ส่วนใหญ่แล้วบ้าเชื่อฟังเรา เราก็คือใจละ บางทีนะถ้าเขาไม่อะไร เขาไปทำงาน เราเองก็ทำงาน เราก็คือสบายใจ เขาไม่เป็นแล้วละ...สบายใจ

เขาไม่เป็นไรเราก็สบายใจ วันเสาร์เราก็ได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตากัน วันอาทิตย์ก็อยู่ด้วยกันครึ่งวัน วันธรรมดาเราก็ไม่ได้เจอกันหรอก เราไปทำงาน กลับมาเขาก็ไปทำงาน เจอกันแป๊บหนึ่งเขาก็ไปทำงานละ โดยมากผมกลับมาเขาก็ออกไปทำงานแล้ว เจอกันก็ตื้อ เขาไม่เป็นนั่น เป็นนั่นเราก็สบายใจ มีอะไรก็ทำของเราไป ค่อยกันรู้เรื่องอะไรอย่างนี้นะ...(ID13T1M)...ก็รู้สึกว้าวโอเคได้แล้วมั้ง ป่านนี้แล้วก็คงไม่มีอะไรจะ คิดมากแล้ว” (ID13T2M)

### 3. การดูแลตามอาการที่เป็น

ในช่วงแรกที่คู่ชีวิตเริ่มป่วยเป็นโรคจิตเภทและช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายต่างให้การดูแลคู่ชีวิตของตนอย่างใกล้ชิด เช่น การจำกัดพื้นที่ให้อยู่เฉพาะภายในบ้าน เพื่อลดปัจจัยที่จะกระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น การจัดยาให้รับประทานเพื่อให้คู่ชีวิตได้รับประทานยาอย่างถูกต้อง ตรงเวลาและป้องกันการแอบซ่อนยา เมื่อคู่ชีวิตมีอาการดีขึ้นพฤติกรรมและการดูแลต่างๆก็จะมีปรับเปลี่ยนไปโดยเน้นให้คู่ชีวิตได้ช่วยเหลือตนเองมากขึ้น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น หางานที่ง่ายไม่หักโหมให้ทำ เพื่อลดความเครียดและได้พบปะผู้คน ให้จัดยารับประทานเองโดยผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้สอน คอยพูดคุย้าเตือนและคอยสังเกตการรับประทานยาแทน การดูแลในช่วงที่อาการสงบจะเน้นการดูแลเพื่อป้องกันสิ่งที่จะกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบได้ เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆที่จะทำให้เกิดความเครียดหรือหลีกเลี่ยงสารเสพติดที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการ รวมทั้งสังเกตพฤติกรรมต่างๆที่คู่ชีวิตแสดงออกก่อนที่จะเริ่มมีอาการทางจิตเพื่อจัดการกับอาการเหล่านั้น ก่อนที่จะมีอาการรุนแรงมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดูแลด้านต่างๆตามสถานการณ์ให้สอดคล้องกับลักษณะพฤติกรรมที่คู่ชีวิตแสดงออก จากปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ตลอดช่วงระยะเวลาที่ให้การดูแลทำให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเกิดการปรับเปลี่ยนและเรียนรู้วิธีการที่จะดูแลคู่ชีวิตของตนให้มีอาการที่ดีขึ้น แต่กว่าจะค้นพบวิธีที่จะช่วยให้อาการดีขึ้นหลายรายแลกมาด้วยความยากลำบากทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีการดูแลตามลักษณะอาการหรือพฤติกรรมที่คู่ชีวิตแสดงออก ดังนี้ 3.1) สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่บอกถึงอาการกำเริบ 3.2) ดูแลความปลอดภัยเมื่อมีอาการกำเริบ 3.3) พูดคุยด้วยถ้อยคำอ่อนโยนเมื่อมีอาการกำเริบ 3.4) เรียนรู้การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ และ 3.5) หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้มีอาการกำเริบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 3.1 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่บอกถึงอาการกำเริบ

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายต่างเล่าถึงอาการต่างๆที่คู่ชีวิตของตนเองแสดงออกมาก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งในแต่ละรายนั้นได้เล่าถึง “วิธีการเฝ้าสังเกต” อาการเปลี่ยนแปลงของคู่ชีวิตที่เป็นสัญญาณว่าเริ่มจะมีอาการทางจิตกำเริบในรูปแบบต่างๆ การใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันอย่างใกล้ชิดทุกวัน ทำให้สังเกตเห็นถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ง่าย ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า ก่อนที่สามีจะมีอาการกำเริบจะพูดคุยเรื่องที่ไม่เป็นความจริง ประชดประชันเรื่องราวจนขึ้นมาเอง การอยู่ด้วยกันทุกวันทำให้สังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สังเกตไปที่ละนิดในแต่ละวันแล้วเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่คนปกติแสดงออกจนพบว่าพฤติกรรมที่สามีแสดงออกมานั้นไม่ใช่สิ่งที่คนทั่วไปทำ สิ่งที่แสดงออกมานั้นคืออาการทางจิต อีกรายเล่าว่าตนเองจะคอยสังเกตเวลาที่ภรรยาเผลอแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความเครียดออกมา โดยจะมีพฤติกรรมบางอย่าง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ทำทางเหม่อลอย เวลานอนปกติจะคุยหยอกล้อกันแต่เมื่อเริ่มมีพฤติกรรมนอนนิ่งๆ นอนซิดตนมมากขึ้น นอนตาค้าง ทำทางเหมือนกำลังคิดเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกว่ามีความเครียดเกิดขึ้น ซึ่งนำมาสู่อาการทางจิตกำเริบตามมา อีกรายเล่าว่าเฝ้าสังเกตอาการสามีตลอดเวลา หากมีอาการเริ่มพูดคุยคนเดียว พูดซ้ำๆ ตนเองจะรู้สึกได้ว่าสามีเริ่มมีอาการไม่ปกติเกิดขึ้น บางรายเล่าว่าก่อนที่คู่ชีวิตของตนเองจะมีอาการทางจิตกำเริบ ตนเองจะสังเกตเห็นว่า สามีจะอยู่ไม่นิ่งตอนกลางคืน ไม่ยอมนอนติดต่อกันหลายคืน ทำให้ตนเองไม่สามารถนอนหลับได้ ต้องคอยสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เพราะกลัวว่าจะมีอาการกำเริบขึ้น ในบางรายสังเกตสายตาของสามี หากพบว่ามียาสายตาจ้องจ้อง ไม่หลบสายตา มองด้วยสายตาดุร้าย พูดจาตื้อรั้น ไม่เชื่อฟัง นั่นแสดงว่าเป็นสัญญาณเตือนว่าจะเริ่มมีอาการทางจิตเกิดขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้

#### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“ก็พูดไม่รู้เรื่อง...พี่ก็เลยถามว่าเริ่มเป็นอะไรเริ่มหุแว่วเหรเพราะว่าตอนแรกๆ ที่เขาเป็นเขาบอกใจว่ามีเสียงคนด่าเขา แค่เสียงข้างห้องร้องเพลงเขาก็คิดว่ามีคนที่เขา...สังเกตเอาถามเอา” (ID4T1F)

“ถ้าอาการกำเริบมันก็รู้เลยนะคะ...สงสัยจะไปโมโหอะไรให้ใครอะนะ ก็จะเป็นนั่นแหละแต่พี่ไม่รู้ว่าเป็นนะ วันไหนถ้ามีอาการแบบนี้จะรู้เลยว่าเขาจะต้องเป็นคะ...(ID5T1F)...ก่อนหน้านั้นแก แกเหมือนเหมือนว่าแก ตาแบบไม่เหมือนคน ตาแบบมองเหมือนจ้องๆอะนะ เหมือนอาการแบบดุร้ายอะคะ มีอาการแบบพูดแบบไม่ค่อยเชื่ออะคะ ที่แรกมีอาการแบบนี้...พี่ว่ามันเป็นแบบ เราก็คูตาคาเขาอะ ตาเขามันจะไม่เหมือนทั่วไปนะคะ มันมองแบบซึ้งๆแบบ แบบไม่หลบตาอะ พี่

สังเกตดูนะเหมือนไม่หลบตา เหมือนแบบแกก็ไม่ฟัง ถ้าเราพูดอะไรแก จะคือรับอะคะ มันจะมีอาการแบบนี้คะ มันถึงจะเป็น...ที่แรกเหมือน เขาพูดเหมือนรุนแรง ถ้าเขาเป็นอะนะ เหมือนเขาพูดเสียงดัง...ถ้าเขา เป็นนะคะ คนนี้เขาจะเหมือน เหมือนตาเขาแบบมองแบบไม่หลบตา เหมือนเขาเป็นแบบหมาอะคะ น้ำลายแบบจะหยดย้อยประมาณนี้ เรา ก็รู้เลยว่า เออ เขาจะเริ่มมีอาการ...” (ID5T2F)

“พอเขาเป็นอย่างนี้ กลางคืนเขาจะไม่นอน...แล้วเขาก็จะวิ่งขึ้นวิ่งลง เราก็ก้าวจะมีปัญหากับคนอื่นหรือเปลาก็เลยพยายามดู ฝ้าตลอด ถ้า เขานอนถึงจะได้นอนลำบาก...ต้องคอยจับตามองตลอดต้องคอยดู ตลอดว่าไปไหนทำอะไรอยู่ตรงไหน” (ID6T1F)

“บางที่เขาพูดอะไร บางเรื่องที่เขาพูดอะ มันไม่เป็นความจริง บางเรื่อง ก็พูดขึ้นมา พูดเองเออเอง คิดเองปรุงแต่งเป็นเรื่องเป็นราว... (ID7T1F)...ก็สังเกต สังเกตอาการดูว่าเฮ้ เราก็เปรียบเทียบเนาะว่าคน ปกติเขาจะทำแบบนี้ใหม่ มันก็มีอะไรแปลกๆ ใจคะก็เลยเริ่มสังเกตมัน ก็เริ่มจะรู้ ก็สังเกตไปที่ละนิดๆ ก็รู้พอจะรู้แล้ว...มันอยู่ด้วยกันทุกวันมัน ก็ต้องสังเกตต้องเห็น เห็นทุกวันมันก็ต้องรู้สึกนะ มันก็ต้องเห็นว่า แหมเรารู้จักคนมาเยอะแยะไม่เคยเห็นใครเป็นแบบนี้ใช่ปะ ร้อยคนเอา ลักคนที่แบบนั้นมันก็ไม่ปกติแล้ว” (ID7T2F)

“...เขาก็เผลอบางครั้งเขาก็เผลอตัว คือตอนเผลอตัว ผมสังเกตหลายที ตรงที่ว่าเขาเครียดกับแม่เขา พอแม่เขาบ่นเขาก็จะมาว่าคนอะไรก็ไม่รู้ (ทำท่าหงุดหงิดเลียนแบบภรรยา) เริ่มมานั่งนิ่งๆ เอล่ะถ้าเริ่มนั่งนิ่งแบบ นี้สักสามสี่ครั้ง เขาจะมีอาการแปลกๆออกมาให้เห็นอย่างนี้...ดูจาก อาการเขาเนี่ย ภาวะที่เขาจะนิ่ง แล้วจะเกิดทำภาวะนิ่งๆ คือผมยืนอยู่ ข้างๆเขาจะนิ่งและไม่สนใจ เขาคิดเหม่อลอย สมองก็เริ่มจะเหม่อลอยคิด โน้นคิดนี้ เราเห็นอาการ เขาก็เริ่มจะเป็นแบบนี้แหละ ก่อนอาการจะ เป็นแบบนี้ (หัวเราะ) ล่าสุดเขาก็เป็นแบบนี้แหละ คือเขาจะนอนซด ปกติผมเข้าไปเขาก็จุกจิกเล่นกับผม เขาจะคุยบ้างอะไรบ้าง เขาจะยิ้มดู หนึ่งดูละคร ดูทีวี แต่ถ้าเขาเครียดเขาจะนั่ง จะนอนตาค้าง เขาจะนอน

ตาข้างเขาเหมือนจะคิดอะ เรามองอาการ ใ้ฉันก็เลยเริ่มเครียดละ”  
(ID10T1M)

“แกก็ให้แสงต่อสูแล้วไม่นอนทั้งคืนเลย หลายๆ วันเข้าก็รู้ว่าอาการไม่ดี...(ID11T1M)...ตอนนั้นเขาเริ่มเป็นผมก็สังเกตก็รู้แล้ว...” (ID11T2M)

“ที่เรารู้อาการเขาก็คือ...เขาก็มีอาการเลยว่าเขาพูดคนเดียว พูดซ้ำๆ แล้วก็เขาพูดระหว่างที่เขาทำพระอยู่สำเร็จแล้วนะเป็นพระอรหันต์ เราก็เลยว่ามันไม่ใช่แล้ว...เขาก็บอกเขาเป็นพระพุทธเจ้าเขาบอกเขาสำเร็จแล้วเป็นพระพุทธเจ้าให้มาขอมาอะไร เฮ้ย ไม่ใช่แล้ว ความรู้สึกของเราไม่ใช่แล้ว เขาต้องมีอะไรสักอย่าง...แล้วเขาก็พูดคนเดียว...เขาพูดอย่างนี้มึงอย่าอยู่ด้วยกันเลยตายตายไปด้วยกัน ด้วยกัน เราได้ยิน...ก็เดินขึ้นไปดูเขาก็อยู่ในลักษณะว่าปากอมปากกระบอกปืนแต่ทำประคองปืน แล้วก็นั่งทับพร้อมจะเหยี่ยว พี่เห็นพี่ก็ตกใจพี่ก็วิ่งไปแล้วก็ถีบปืน...เขาไม่มีสติแล้วตอนนั้น พูดอะไรไม่รู้เรื่อง...” (ID12T1F)

“มีอาการที่บางที่เขาเบลอๆ ตาลอยๆ...ดูเขา ดูอาการตาเขาเบลอ ตาเขาลอย ตาเขาขวาง...เขาก็มีการพูดแบบเพ้อๆ อะไรบางอย่างออกมา...บางที่เขาพูดเลอะเลือน...” (ID13T1M)

### 3.2 ดูแลความปลอดภัยเมื่อมีอาการกำเริบ

ในช่วงแรกที่คู่ชีวิตมีอาการทางจิตและในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายมีวิธีการดูแลคู่ชีวิตของตนโดยพยายามให้อยู่แต่บ้าน ไม่ให้ออกไปไหน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า การจำกัดพื้นที่ของภรรยาเมื่อมีอาการทางจิตเรียกว่าการสร้าง “Safety zone” ซึ่งหมายถึงการสร้างพื้นที่หรือสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยเมื่อมีอาการ นั่นก็คือ จำกัดให้อยู่เฉพาะพื้นที่ภายในบริเวณบ้าน ไม่ให้ออกไปเกินนอกประตูบ้าน ลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อไม่ให้เกิดอาการพุ่งซ่านคิดเรื่อยเปื่อย ให้ภรรยาอยู่แต่ภายในบ้านซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการมากขึ้น การสร้าง Safety zone เมื่อภรรยามีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ให้ข้อมูลรายนี้กล่าวว่า เกิดจากการได้เรียนรู้เมื่อลองให้ภรรยาปรับสภาพแวดล้อมไปอยู่บ้านอีกหลังหนึ่งตอนที่อาการแล้วพบว่าทำให้ภรรยาไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยไม่ได้ทำให้อาการที่เป็นอยู่ดีขึ้นแต่อย่างใด แต่ภายหลังที่ให้ภรรยาอยู่ในพื้นที่บ้านหลังเดิมที่คุ้นเคยกลับพบว่า

ภรรยามีความสุขมากขึ้นและมีอาการที่ดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าว่าในช่วงแรกที่ภรรยามีอาการทางจิตพยายามจำกัดพื้นที่ให้ภรรยาอยู่แต่ในพื้นที่บ้าน ดูแลให้รับประทานทานข้าวและยาแล้วให้อยู่แต่ภายในบ้าน เนื่องจากอยู่ด้วยกันเพียงสองคน ในช่วงที่ตนเองไปทำงานจะไม่มีใครดูแล โดยก่อนตนเองออกไปทำงานจะล๊อคประตูบ้านไม่ให้ภรรยาออกมา เพราะเคยปล่อยให้ภรรยาอยู่คนเดียว แล้วภรรยาเดินหายออกจากบ้านในช่วงที่มีอาการ ทำให้ตนเองเป็นห่วงมากจึงตัดสินใจใช้วิธีล๊อคบ้านไม่ให้ไปไหน ในช่วงที่มีอาการทางจิต พอหลังจากที่อาการดีขึ้น ประเมินแล้วว่าภรรยาสามารถดูแลตนเองได้จึงวางใจปล่อยให้อยู่บ้านเพียงลำพัง โดยไม่ขังไว้เช่นเดิม เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลอีกรายที่เล่าว่า ในช่วงที่ภรรยามีอาการทางจิตจะให้ภรรยาอยู่แต่ภายในบริเวณบ้าน เนื่องจากเห็นว่ายังเป็นช่วงที่ภรรยามีอาการหากปล่อยให้ไปสู่อสังคมนอกจะไม่สามารถดูแลตนเองได้และอาจได้รับอันตรายได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“ช่วงที่เป็นแรกๆก็พยายามให้เขาอยู่แต่ในบ้าน ไม่ออกไปไหน...เขาไม่สบายตั้งแต่อยู่บ้านนอกแล้ว เขาหลงๆลี้มๆ หลงไปนั่นไปเชียงใหม่เลยนะ กลับบ้านไม่ถูกไปเชียงใหม่ บ้านเขาอยู่พิษณุโลก แล้วบางทีเขาหลงๆลี้มๆนั่งรถไปไหนก็ไม่รู้ไปอยู่นั้น ไปอยู่เชียงใหม่...ก็เขาไม่รู้ตัวเลยว่าเขาทำอะไรไป หลงๆลี้มๆ มันหลงๆลี้มๆ...ก็เดิน เดินลอย ใจลอยไปเรื่อยๆแบบนี้ คนพวกนี้จะเดินตัวลอยใจลอยไป บางทีตามกลับบ้าน อ้าวกลับบ้านสิ เดินไปทั่วหัวซอยท้ายซอย เดินไปหมด...ก็ออกไปดูไปตามกลับบ้าน ไม่มีอะไรมาก เดินตามกลับบ้านนะ บางทีก็ใส่กุญแจ ใส่กุญแจบ้านก่อนไปทำงาน...ล๊อคประตูเหล็ก ประตูหน้าบ้าน...เขาไม่เปิดหอรอก ปิดประตูบ้านเขาก็ไม่ออกหอรอก...ล๊อคจากข้างนอก... (ID1T1M)...เขาชี้หลงชี้ลี้ม กลัวจะหลงกลับบ้านไม่ถูก...ก็กลัวจะออกไปเที่ยวเดินเล่นนอกบ้าน...อยู่กันสองคนไม่มีใครอยู่ด้วย...ไม่มีใครดูแลเขาด้วย เลยพยายามให้อยู่แต่ในบ้าน...ให้เขากินยาแล้วกินข้าว ให้อยู่แต่ในบ้าน...ตอนนี้ก็ไม่ต้องเป็นห่วงอะไรมาก ทำงานแล้วไปทำงานแบบไม่ต้องห่วง ปล่อยได้แล้วครับ เขาก็อารมณ์ดีขึ้น” (ID1T2M)

“ส่วนหนึ่งเราก็พยายามให้เขาเดินอยู่ในกรอบนี้ ไม่ให้เขาออกไปไหน...เราคิดว่าเขาอยู่ตรงนี้อยู่บริเวณนี้สภาพแวดล้อมอย่างนี้มันเกิดอาการปรับสภาพแวดล้อมไปอยู่อีกบ้านหนึ่งซึ่งเราคิดว่ามันจะเปลี่ยน...มันไม่เวิร์ค ซึ่งเขาหลุดออกไปจากบ้านที่เขามีความคุ้นเคยไป



อยู่บ้านซึ่งนั่นละอาการพวกนี้มันจะมากขึ้น ดังนั้นมันก็เป็นตัวหนึ่งที่ว่า ลิ่งแวดล้อมที่เขาไม่คุ้นเคยมันสร้างความเครียดให้เขา....ก็พยายามให้ เขาอยู่ในพื้นที่ซ้ำ ๆ ใน Area ของเขาสร้าง Pattern ให้เขามีความ ปลอดภัยแล้วเราพยายามสร้าง Safety zone สร้างแบบนี้บล็อกแบบ นี้ให้เขาอยู่ ให้เขาอยู่ในที่ปลอดภัย...คือเขาอยู่ในห้องอะไรพวกนี้ ใน บ้าน บ้านที่อยู่เขาก็จะไม่ออกเกินหน้าประตูบ้าน ซึ่งตามปกติเราก็จะมี ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบใช้ใหม่ เขาก็จะไม่มีปฏิสัมพันธ์แต่ถ้ารู้เรื่องใหม่ ออกไปได้คุยได้แต่จะไม่มีปฏิสัมพันธ์นอกเหนือจากเส้นทางที่เขาออก แต่เขาก็จะอยู่ในหลังประตูบ้าน ประตูเลื่อนกระจกเขาก็จะนั่งอยู่ตรงนี้ ที่ที่เขาอยู่ตรงนี้ เขาก็ Happy มีความสุขเขาก็จะไม่ค่อยมีอาการแต่ถ้า หลุดไปอยู่บางส่วนของรอบบ้านเขาก็มีอาการซึ่งคุยมากขึ้น ฟุ้งซ่าน มากขึ้นถ้าถามเรา การฟุ้งซ่านคือการคิดอะไรเรื่อย ๆ ซึ่งถามเราว่ามัน กี่น่าเป็นตัวเร่ง” (ID9T1M)

“ให้เขาอยู่ในบ้านไม่ให้เขาออกไปไหน...กลัวว่าเขาจะประคองตัวรักษา ตัวไม่ได้เขาป่วยอยู่นะ...ก็ดูแลให้เขาอยู่บ้านไม่ไปไหน...เขาก็อยู่ของเขา เดินไปเดินมา แต่ดีที่เขาไม่เดินออกไปนอกบ้าน ถ้าออกนอกบ้านเราก็ ต้องกักตัวไว้ไม่ให้เขาออกไป...(ID11T1M)...ถ้าออกไปไหนผมก็คงไม่ให้ ออกไปก็ต้องตามกลับบ้าน...” (ID11T2M)

### 3.3 พุดคุยด้วยถ้อยคำอ่อนโยนเมื่อมีอาการกำเริบ

ในช่วงที่คู่ชีวิตมีอาการทางจิต เช่น เห็นภาพหลอน หูแว่ว พุดคนเดียว ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่ต่างกล่าวว่าพยายามอยู่ดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ให้อยู่คนเดียว คอยพุดคุยอธิบายถึงสาเหตุของ อาการที่เกิดขึ้น สร้างความเข้าใจให้กับคู่ชีวิตเพื่อให้เข้าใจว่าสิ่งที่เห็นหรือได้ยินนั้นไม่มีอยู่จริงแต่เกิด จากความคิดที่สร้างขึ้นมาจากตัวเอง โดยใช้คำพุดที่อ่อนโยน ค่อยๆอธิบายให้คู่ชีวิตรู้ตัวอยู่กับความจริง ผู้ให้ ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า เวลาที่สามีของตนมีอาการหูแว่วให้รีบบอกตนเอง ให้สามีพุดระบายในสิ่งที่ได้ยิน ออกมาทั้งหมด ตนเองจะคอยรับฟังทุกอย่างเพื่อให้สามีได้ระบายความแสบกตในใจที่เกิดจากอาการ เหล่านั้น จากนั้นตนเองจะค่อยๆใช้ถ้อยคำพุดปลอบโยนให้กำลังใจแล้วจึงอธิบายถึงสาเหตุของอาการ ให้สามีค่อยๆติดตามว่าสิ่งที่ได้ยินเป็นอาการหูแว่ว อีกรายเล่าว่า เวลาภรรยามีอาการหูแว่วจะดึงความ สนใจของภรรยาออกจากอาการที่เป็นอยู่ โดยหากิจกรรมอื่นให้ทำ เช่น หาของที่ชอบให้รับประทาน หรือพาออกไปจากสถานที่ที่เกิดอาการ เพื่อให้ภรรยาปรับเปลี่ยนอารมณ์ที่เป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการ

ทางจิต จากนั้นจะอธิบายให้ภรรยาเข้าใจในสิ่งที่ เป็นอยู่จริง การดึงภรรยาออกจากความคิดและ อารมณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้นในขณะที่กำลังมีอาการทางจิตไม่ใช่เรื่องง่ายจึงจำเป็นต้องใช้ความอดทนและ ให้ความเวลาในการพูดคุยด้วยถ้อยคำที่อ่อนโยน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า ในช่วงที่สามีมีอาการทางจิต หวาดระแวงว่าจะมีคนอื่นมาทำร้ายจนถึงมือได้เพื่อป้องกันตัวเอง ตนเองจัดการกับสถานการณ์นั้น ด้วยความใจเย็นแม้ในใจจะหวาดกลัวเพียงใดก็ตาม ค่อยๆพูดด้วยน้ำเสียงเบาๆ ไม่กระซอก ไม่แสดง ท่าทีเสียงดังรุนแรง ค่อยๆอธิบายว่าไม่มีใครที่จะทำร้ายสามีด้วยท่าทีที่สงบ เพื่อให้สามีเกิดความไว้วางใจ และรู้สึกปลอดภัย เมื่อสังเกตเห็นว่าสามีมีท่าทีที่สงบลง เริ่มเงียบแล้วสบตามากขึ้น ตนเองก็เข้าไปขอ อารุมิตจากมือสามีได้อย่างปลอดภัย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“...ตอนแรกๆก็อยู่ใกล้ชิดเขา ก็พยายามปลอบเขานะ พยายามปลอบ เขาว่าไม่มีอะไรหรอก ตรงนั้นไม่มีอะไร ไม่มีใครทั้งนั้นแหละ ไม่มีใคร ทั้งนั้น...ช่วงแรกที่เขาเป็น เขาสวนกลับไปบ้าง เราเดินเข้ามา บางทีเรา ก็ตกใจว่าเขาทำใคร เขาอยู่หลังบ้าน เขาทำอะไรอยู่ได้ เราก็เดินไปดู มี ใครไม่เห็นมีเสียงใครเลย เราก็พยายามบอกเขาว่าไม่มี ไม่มีใครเลย...” (ID2T1M)

“ไม่มีใครทำอะไรหรอก พยายามบอกเขาว่าไม่มีใครว่า ไม่มีใครรู้จัก เรา ใครเขาจะมาว่า...บอกให้เขารู้ตัว...(ID4T1F)...ตอนที่ เป็นแรก ๆ กำชับต้องพูดคุยนะต้องอยู่พูดคุยเขาเหมือนอยู่คนเดียวไม่ค่อยได้ เพราะเขาได้ยินหูแว่วอะไรแบบนี้ ภาพหลอน หลอน เขาจะอยู่คนเดียว ไม่ได้...พยายามพูดกับเขาดี ๆ พยายามอธิบายว่า ต้องถามเขาว่าเป็น อะไรเครียดอะไร ก็อธิบายบอกว่ามันไม่มีหรอกนะภาพหลอนไม่มีใคร ว่าเราหรอก ต้องพยายามอธิบายให้เขาฟังเพราะมันเกิดจากความคิด ของตัวเอง” (ID4T2F)

“เมื่อก่อนเขาถือมีดด้วยนะ แต่หนูก็ไม่กลัวนะ คือบางคนเขาก็บอก เอ้า ทำไมทำได้จะเป็นแบบนี้ ไม่กลัวเขาฟันฆ่าอะไรหรอก ประมาณ นี้แหละ แต่เขาก็ไม่ทำนะ ก็บอกเขาเอามาสิวะ เอามาเก็บไว้ อะไรอย่างนี้ นะ บางทีเขาแบบหวาดระแวงบ้างว่าคนอื่นจะมาทำร้ายตัวเอง อะไร อย่างนี้ค่ะ ก็เอามาไว้ ก็เขาก็เชื่ออะค่ะ (หัวเราะ)...ตอนนั้นเขาถือมีดมา เขาว่า เอ้อ มีขโมย มีอะไรจะมา เขาจะไปตามฆ่าไรจี้ เขาว่าแบบนี้

อะนะ หนูก็เลยบอก ไม่ๆ มันไม่มีหรอก มันไม่มีก็เลยว่ามีหรือ  
 เอามีตมา เอามีตมา เดี่ยวจะเอาไปเก็บไว้อะไรแบบนี้...(ID5T1F)...  
 บอกให้เขาใจเย็นๆนะคะ บอกว่าใจเย็นๆไม่ต้องกลัวบางทีเขาก็กลัว มี  
 ใครจะมาทำร้ายประมาณนี้คะ หนูก็เลยบอกว่าไม่มีอะไรหรอก ใจ  
 เย็นๆ เอามีตวางไว้ ไปเอามีตกับเขาอะคะตอนนั้น แต่เขาก็ไม่ได้ว่า  
 อะไรนะ เขาก็เงียบ เขาเงียบแล้วเขาก็ให้หนู เขามองหน้าเขาก็เอาให้...  
 พุดแบบเบาๆนะคะ ไม่ได้พุดแบบเสียงดังนะคะ พุดแบบเบาๆให้เขา  
 เชื่อใจอะคะ พุดแบบว่าไม่มีหรือไม่ต้องกลัว ว่าแบบนี้ ไม่ต้องกลัว  
 แล้วก็ขอมิตกับเขามาไว้ บอกไม่มีใครมาทำร้ายหรือที่ก็ว่าแบบนี้ ขอ  
 มิตกับเขา เขาก็ให้คะ เขาก็ไม่ว่าอะไร เขาก็มองหน้าเฉยๆ...ก็บอกให้  
 เขาใจเย็นๆอะคะ ไม่ได้พุดไร แต่ที่พุดแบบไม่ใช่เสียงกระซกกระซอก  
 ไรนะ พุดแบบเบาๆใจเย็นๆ ไม่ได้พุดแบบเสียงดังรุนแรงไรอะคะ ”  
 (ID5T2F)

“เหมือนเขาก็คุยกับเราว่าเขาได้ยินอะไร เขาบอกเราว่าเนียเขาได้ยิน  
 อย่างนี้ละ หนูก็คอยบอกเข่าว่ามันไม่มีอะไรหรือจะได้ยินก็ข้างมัน  
 ปล่อยมันไปอะไรอย่างนี้ เขาก็จะเล่าให้ฟังเวลาเขาได้ยิน เขาก็จะบอก  
 เออๆ ไม่มีอะไรก็ไม่มีอะไร เขาก็จะถามว่าได้ยินไหมก็บอกว่าไม่ได้ยิน...  
 เหมือนบอกเหตุผลว่ามันไม่มี มันจะได้ยินอะไรอย่างนี้มันอยู่ตั้งฉันสาม  
 ลีจะได้ยินได้ยังไง...เวลาที่เขาได้ยินก็อยากให้ออกเราพุดบอกเราว่าเขา  
 ได้ยินอะไรบ้างอะไรอย่างนี้เหมือนเป็นการระบายของเขาอะ เพราะถ้า  
 เขาได้ยินของเขาคนเดียวก็อาจจะหงุดหงิดเก็บกดอะไรอย่างนี้ ทำไม  
 ฉันได้ยินอยู่คนเดียวอะไรอย่างนี้ ก็อยากให้ระบายออกมา...  
 (ID6T1F)...คือให้ระบายออกมาก่อนแล้วก็คอยช่วยบอกเข่าว่ามันเป็น  
 อย่างนี้ละก็ใส่เหตุผลอะคะว่าสาเหตุมันเป็นอย่างนั้นนะว่าได้ยินได้ยังไง  
 เขาก็พยายามคิดตามนะคะ...เขาก็จะบอกว่า เอ๊ะ ทำไมเขาได้ยินอยู่คน  
 เดียวแล้วทำไมหนูไม่ได้ยิน หนูก็บอกว่านี่ถึงความเป็นจริงสิเราอยู่ตั่ง  
 ตรงนี้เราจะไปได้ยินได้ยังไง มันไม่มีตัวตนจริงหรือ เพราะเขาคิดว่า  
 มันมีคนจริงๆ เขาก็เออสงสัยจะเป็นหูแว่วแหละมั้ง” (ID6T2F)

“บางครั้งได้ยินเสียง...เราได้ยินเสียงเขาพูด...ก็ต้องพยายามดึงเขาออกมา เช่น เขาจะอยู่ในห้องเขาเราก็ดึงเขาไปอยู่ที่ข้างหน้า...ก็พยายามพาเขาออกมา ไม่ใช่หรอกตาเขาไปกินข้าวแล้ว ไม่ต้องไปคุยกับตาเขาหรอก เปลี่ยนอารมณ์ หาของกิน ทำอะไรต่าง ๆ ซึ่งในขณะที่เกิดขึ้นเครียด ๆ แบบนั้นนะดึงค่อนข้างยากแต่ก็ต้องพยายาม 10-15 นาที ให้เขาเปลี่ยนจากนั้น Move อารมณ์ Move ตัวเขาเองออกมา...เราก็บอกว่าตาเขาไปกินข้าวแล้ว ไปกินข้าวออกมาข้างนอกก่อน ไปธุระข้างนอก พยายามดึงให้เขาออกจากสภาพที่ทำให้เขามีเหตุการณ์เปลี่ยนอารมณ์” (ID9T1M)

### 3.4 เรียนรู้การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลเรื่องการรับประทานยาตามคำแนะนำแพทย์อย่างเคร่งครัด เป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายให้ความสำคัญและกล่าวถึงเป็นอย่างมาก โดยผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจะมีวิธีการและกลยุทธ์ในการทำให้คูชีวิตของตนรับประทานยาที่ต่างกันออกไปตามลักษณะอาการที่เป็น ในช่วงแรกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่าจะเป็นผู้จัดยาให้เอง เพราะกลัวว่าคูชีวิตของตนเองจะรับประทานยาไม่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง เนื่องจากหลายรายมีอาการกำเริบจากการไม่ยอมรับประทานยาตามแพทย์สั่ง คิดว่าอาการดีขึ้นจึงหยุดยาเอง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า จะจัดยาให้สามีรับประทานโดยจัดใส่กล่องยาเป็นล็อกๆ เช้า กลางวัน เย็น ให้สามีทุกวัน ถ้าไม่ตื่นมารับประทานเมื่อเช้าจะปลุกให้ตื่นเพื่อลุกมารับประทานยาให้ตรงเวลา ไม่ยอมให้ขาดยาเป็นอันขาด อีกรายเล่าว่าจะจัดยาใส่ซองเป็นชุด ชุดละ 5 เม็ด ให้สามีรับประทานครั้งเดียวในแต่ละวันพอหมดแล้วจะจัดไว้ให้ใหม่ เพราะหากให้สามีทำเองกลัวว่าสามีจะจัดยาไม่ถูกต้องจนมีอาการกำเริบอีก ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ได้ปรึกษาแพทย์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนเวลารับประทานยาของสามีให้เป็นมือเดียวในหนึ่งวัน เพื่อง่ายต่อการรับประทานและเหมาะสมกับช่วงเวลาการทำงานของสามีเนื่องจากยาจะทำให้ง่วงนอน จึงปรึกษาแพทย์ขอปรับเป็นก่อนนอนทั้งหมดมือเดียว บางรายมีกลยุทธ์ในการให้คูชีวิตยอมรับประทานยาอย่างถูกต้องและตรงเวลา โดยให้รับประทานยาให้เห็นต่อหน้า เพื่อให้แน่ใจว่าคูชีวิตของตนได้รับประทานยาแล้วอย่างแน่นอน

หลังจากที่คูชีวิตเริ่มมีอาการดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่า ได้ปรับเปลี่ยนการดูแลเรื่องการรับประทานยาจากจัดให้เองเป็นคอยสอนวิธีการรับประทานยา คอยบอกย้ำกระตุ้นเตือนให้รับประทานยา และใช้วิธีการสังเกตร่วมด้วย ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า หลังจากที่สามีเริ่มอาการดีขึ้นจะเริ่มสอนให้สามีรับประทานยาเอง เพราะถ้าคอยจัดให้และกำชับอยู่ตลอดเวลาจะทำให้สามีรู้สึกว่าการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คุณค่าในตนเองลดลง การที่ให้สามีรับประทานยาเองจะช่วยให้สามีรู้สึกภูมิใจ

และเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น โดยตนเองนั้นจะคอยสังเกตจำนวนเม็ดยาที่เหลือว่าตรงตามจำนวนที่ต้องรับประทานหรือไม่ เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยาของสามีอีกครั้ง อีกรายเล่าว่าหลังจากภรรยาอาการดีขึ้นเริ่มสอนให้ภรรยารับประทานยาเองว่าแต่ละมื้อรับประทานกี่เม็ด คอยสังเกตและถามย้ำเตือนอยู่ตลอดเวลาว่าแต่ละมื้อรับประทานไปหรือยัง วันนี้รับประทานไปกี่เม็ด เช้ากลางวัน เย็น แต่ละมื้อกี่เม็ด เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง จะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลหลายรายหลังจากที่คู่ชีวิตเริ่มมีอาการดีขึ้นจะให้คู่ชีวิตของตนจัดยารับประทานเอง แต่จะคอยพูดย้ำเตือนและสอบถามการรับประทานยาอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ตนเองแน่ใจว่าคู่ชีวิตได้รับประทานยาอย่างถูกต้อง นอกจากนี้แล้วผู้ให้ข้อมูลบางรายมีการตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยาโดยสังเกตจากพฤติกรรมหรืออาการทางจิตที่แสดงออกมาร่วมด้วย ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า หากภรรยารับประทานยาได้อย่างถูกต้องจะต้องไม่มีอาการทางจิตแสดงออกมา ซึ่งทุกวันนี้จะคอยสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ที่ภรรยาแสดงออก ถ้าวันไหนเริ่มสังเกตเห็นถึงความผิดปกติจะสอบถามภรรยาทันทีว่าได้รับประทานยาครบหรือไม่ และไปตรวจสอบว่าภรรยาได้แอบซ่อนยาไว้ได้หมอนหรือบริเวณอื่นภายในบ้านหรือไม่โดยไม่ให้ภรรยารู้ เพราะบางครั้งภรรยาจะบอกว่ารับประทานยาครบแต่ไม่ได้รับประทานครบจริงตามที่บอกมา บางรายเล่าว่าหากตนเองต้องไปต่างจังหวัดไม่ได้อยู่ดูแลใกล้ชิดหลายวัน จะแอบนับเม็ดยาที่เหลือไว้ก่อนไปพอกกลับมาจะตรวจสอบว่ายาในแผงหายไปครบตามจำนวนยาที่สามีต้องรับประทานหรือไม่ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“ต่อมาก็พยายามสอนให้เขาทำเอง ทุกวันนี้สอนให้เขาทำเองหมดเลย สอนให้เขาทำ ต้องกินยานะกินก็เม็ดก็เม็ด บางทีก็ลืม เขาก็มาถามว่า ยานี้กินครึ่งเม็ดหรือกินหนึ่งเม็ด จะปล่อยเขาเดี๋ยวกเขาก็ลืมอีก เขาก็ถาม เตือนไปบางทีก็ลืมอีก ก็เตือนกินยา...ก็ถามเขากินยารึยัง (หันไปหาภรรยาแล้วหัวเราะ) พยายามกระตุ้นเตือนเขา...(หันไปคุยกับภรรยา) กินยายัง วันนี้กินยารึยังเนี่ย (ภรรยาพยักหน้า)...สอนว่า วันนี้ต้องกินยาเม็ด ทุกกี่ชั่วโมง ช่วงเช้าก็เม็ด ช่วงบ่ายก็เม็ด แล้วตอนก่อนนอนก็เม็ด” (ID1T1M)

“ปกติจะเตือนเขา อย่าหยุด ห้ามหยุดเรื่องยาโดยเด็ดขาด...ก็หมอบเขาเตือนไว้จะครบว่าพยายามอย่าหยุด...รู้สึกว่าเขาทานแล้วเขาดีขึ้น...พยายามให้อย่าหยุดยาให้กินยาเป็นปกติ ตอนนั้นกินยาสองมื้อเช้าเย็น ตอนนี้นักินแค่มีมือเดียวครบลดลงมาเยอะครับ...ส่วนใหญ่จะสอนเขา เป่าหูเขาบอกว่าอย่าหยุดนะ ถ้าหยุดแล้วจะเป็นอีก จะได้ยินเสียงโน่นเสียง

นี่ พยายามเตือนเขา แล้วเขาก็ไม่อยากจะหยุดยาเลย...พยายามพูดให้เขาฟังว่าอยากให้หาย พยายามทำให้เขาหายก็ต้องฟังหมอ กินยาไปเรื่อยๆ ครับผม...เราจะนับตลอดครับ...นับจำนวนยาที่เราไปรับมาว่ามีกี่เม็ด แล้วเขากินแต่ละวันใช้ไปเท่าไรจะรู้เลย แล้วตรวจเช็คก็ไม่มี การทิ้งขว้าง” (ID2T2M)

“เมื่อก่อนจัดให้ทีเขาเป็นเยอะๆ มันจะมีกล่องใส่ยาที่เป็นล๊อคๆ...ต้องจัดยาให้ค่ะ เพราะว่าเดี๋ยวเขาไม่ยังงี้ละ ก็คือเรากลัวเขาไม่รู้ว่ เพื่อเขาดูยากินไม่ตรงตามที่หมอลั้ง เราก็ต้องทำให้เขาไว้ แยกไว้ เพราะว่าหมอบอกให้กินยาให้ครบไปตอนแรก ๆ แต่เดี๋ยวนี้เขากินเองแล้ว กินได้เขารู้แล้ว...เป็นเยอะงี้คะ เป็นเยอะ...เรากลัวเขากินไม่ถูก...ตอนแรกต้องทำให้ก่อน เดี่ยวผิดเราจะปล่อยให้เขาทำเองไม่ได้ ช่วงแรกๆ...หลังจากนั้นที่เขากำเริบ พอได้ยามาเราก็จัดให้เขากิน พอเขาเริ่มดีขึ้นก็ถามเขาว่ายังมีเสียงแว่วไหม มีภาพหลอนไหม ได้ยินเสียงใครบ้างไหม ถ้ายังได้ยินเสียงอยู่เราก็ต้องจัดให้...แต่เดี๋ยวนี้ให้เขากินเองแล้ว ให้เขากินเอง บอกว่าเข้าต้องเป็นยานี้ๆ...บอกให้เขากินยาให้ตรงเวลา...(ID4T1F)...ตอนนี้ก็บอกเขาว่าพอได้รับยามาก็บอกเขาว่า แคบอกเขาเฉย ๆ ว่าอันนี้กินตอนนี้อันนี้กินตอนนี้ เขามีก็เม็ดอะไรบ้าง ตอนเย็นมีก็เม็ดมียาอะไรบ้าง แค่นี้แล้วเขาก็กินเอง กินได้...แต่ถ้าบอกว่าดีขึ้นแล้ว คุณรู้เรื่อง ตอบสนอง ก็ไม่จัดให้กินอีก แคไปถามว่ากินยา ยัง...บางทีก็ถามเขาว่ากินอะไรไปบ้างแล้ว เมื่อเขากินยาอะไรไปก็เม็ดลองสุ่มถามดู ก็ตอบได้ตอบถูก” (ID4T2F)

“เรื่องยาเนี่ยนะ หนูก็เป็นคนแบบจัดใส่ซอง เป็นซองไว้เลยนะ มี 5 เม็ดใช้ใหม่คะ ก็รวมไปเลยซองละ 5 เม็ด ก็ให้เขากินทุกวันเลย วันละซองไรอย่างเงี้ย กินแต่เวลานอนเพราะว่าเขาขับนมอไซด์ เขาขับวินมอไซด์...ก็ปรึกษากับหมอยู่ บอกว่าเขากินรอบเดียว เพราะเขาขับรถเขาจะง่วงงี้คะ เป็นเวลา หมอก็เออได้ กินเวลาเดียวก่อนนอน...แล้วก็กินรอบเดียวตั้งแต่ตอนเย็นกินแล้วก็นอน กินรอบเดียวแค่นั้นเวลาเดียว...(ID5T1F)...จัดๆไว้เลย พอไปถึงก็จัดพอกินหมดแล้วก็จัดใหม่ จัดแบบเป็นชุดๆไว้เลย หลายชุดไว้ เวลาเขากิน เขาก็เทกินเลยที่

ละซุด...บางทีเมื่อก่อน เขาก็จัดไม่ค่อยเป็นอะ...ช่วงแรกพี่จัดยาให้ แต่ตอนที่เป็นอย่างนั้นนะเขาไม่ได้กินยา...พี่ก็จัดยาให้เขา...พยายามให้เขากินยา เมื่อก่อนเขาไม่กินยาค่ะก็เลยเป็นแบบนี้ แต่พักหลังมาเขาได้กินยาโรงบาลนี่ต่อเนื่อง เขาก็ไม่เป็นนะคะ เมื่อก่อนเขาเป็นนะคือเขาไม่ได้กินยาประจำ...ดูแลเอาใจใส่บอกให้กินยาประจำ มีอะไรเราก็บอกเขาอะค่ะ ก็ให้กินทุกวัน แต่บางทีก็ไม่กินนะคะ บางทีก็ลืมกินเหมือนกันนะคะ แต่มันก็ไม่เป็นไรนะคะ แต่พี่ก็พยายามบอกเขาแหละให้กินทุกวัน...พี่ถามทุกวันล่ะคะว่ากินยาแล้วยัง บางทีเขากินแล้ว เขาก็บอกกินแล้ว...ต้องบอกเขาแบบนี้ ถามทุกวันนะคะ ว่ากินรึยังยา เวลาทานข้าวเสร็จ บางทีทานข้าวเสร็จแล้วเขาก็บอก โอ้ย อิ่มอยู่ยังไม่กิน พี่ก็บอกให้รีบกิน...พอพักหลังมารู้ว่าเขากินยาประจำแล้ว...พักหลังนี้บางทีเขาก็ใส่เองเขาได้...ตั้งแต่มาอยู่ด้วยกันรู้สึกเขาเป็นอยู่สองรอบ แล้วหลังจากนั้นก็ไม่มีเลยคะ กินยาประจำนี่คือไม่มีเลย...พี่ก็คิดว่ามันคงไม่หายขาดหรอก มันก็กินยาประจำมันก็คงไม่เป็นอะ พี่ก็ไม่ได้คิดคะว่าจะหายหรือไม่หาย แต่พี่ก็คิดว่ามันก็คงไม่หายหรอกนะ แต่มันก็เป็นหรือเพราะว่าถ้ากินยาประจำมันก็คงไม่กำเริบหรอก แต่ถ้าไม่กินพี่ว่าก็คงเป็นอะพี่ว่า” (ID5T2F)

“ก็จัดเตรียมให้กิน...คือแคะแล้วให้เขากินเลย จะได้เห็นว่าเขากินจริงๆ...พยายามให้กินยาทุกวัน กลัวบางที บางวันเขาอาจจะลืม ก็เลยต้องพูดบอกทุกวัน เตือนทุกวันว่าให้กินยา...สมัยตอนแรกๆอาจจะลืมเขาอาจจะลืม แล้วหนูกลับไปต่างจังหวัดอย่างเงี้ย เขาอาจจะไม่ได้กินแล้วเราก็ไม่รู้ว่าเขากินจริงหรือเปล่า เราไม่ได้อยู่ด้วยกัน แต่เขาก็บอกว่าเขากิน ก็เลยบางทีอาจจะนับเม็ด ก็คือมีอาทิตย์ที่แล้วกลับบ้านใช้ไหม แล้วมันมีเศษที่เหลือแฉง อยู่ประมาณ 2 3 เม็ด ก็เลยเอาออกมาไม่ให้เขารู้ แล้วก็เหลือแฉงเต็มๆไว้ แล้วก็นับวันไว้ว่ากลับไปกี่วัน 5 วันเขาต้องกินไปถึงกี่เม็ด...(D6T1F)...คือหนูจะนับเม็ดยาไว้ตลอด ก็คือถ้าหนูกลับไปต่างจังหวัดก็จะนับไว้ว่าถ้ากลับมาถึงเนี่ยจะต้องกินถึงกี่เม็ดเม็ดที่เท่าไรหรือะไรอย่างนี้ แต่เขาอาจจะไม่ได้คิดว่าหนูจะนับไว้...คือเขาก็ดีขึ้นพอเขาได้ยินเขาก็ไม่ได้คิดมากไม่อะไรอยู่แล้วคือข้างมัน

อะไรอย่างนี้ บางทีอาจจะมึนคิดบ้างแต่ก็ไม่มีขึ้นๆ ลงๆ อยู่แต่ในห้องแค่  
ควบคุมเรื่องยาเฉยๆ แค่ออยเตื่อน” (ID6T2F)

“ยาเนี่ยเขาสั่งมาเขาก็ต้องเข้า เที่ยงก็ต้องเที่ยง เย็นก็ต้องเย็น คือก็จะ  
ให้ตามเวลาเป๊ะๆเลย พี่ยังคุยกับเขาเลยว่าเนี่ยเธอ ต่อไปฉันจะปลุกให้  
เธอลุกมากินยาตอนเช้า จะตื่นบ่ายแล้วมากินของตอนเช้าอย่างนั้น  
ไม่ได้นะ แล้วจะมากินตอนก่อนนอน 4 ทุ่มมันไม่ได้นะ คือจะต้องตั้ง  
เวลาเอาไว้เลยเป๊ะๆอย่างนี้ จะนอนก็ช่างต้องปลุกขึ้นมากินยา  
ก่อน...(ID7T1F)...ปลุกขึ้นมากิน ตอนแรกจะจัดให้เขา ตอนแรกพี่อะมี  
กล่องของพี่เลย กล่องเช้าเที่ยงเย็น...บางทียากี่หล่น คือไม่ต้องไปรู้หรือ  
กว่าเขาทานผิด เพราะว่าอย่างเขามาหาหมอเนี่ยยาบางตัวเหลือเยอะ  
บางตัวเหลือน้อยใจ ซึ่งมันก็ผิดปกติ เอ๊ะทำไมบางตัวเหลือเยอะบางตัว  
เหลือน้อย เพราะถ้าบางทีเขาเครียดเขาก็จะมาบอกพี่ละว่าเฮ้ยเนี่ย ฉัน  
เครียดกินยากลายเครียดเข้าไปตั้งหลายเม็ดล่ะ เขาจะมาบอกเองมา  
ฟ้องพี่ พี่ก็จะเริ่มรู้แล้วและก็มาสังเกตว่าทำไมยาตัวนี้มันหมดเร็ว ทำไม  
อีกตัวยังเหลือเยอะ เหมือนเพิ่มเองลดเองอะ...ก็นับไงก็หมอให้มาแผง  
หนึ่ง หมอให้มาเดือนหนึ่งก็เม็ดเรารู้ที่อยู่แล้วใจใหม่ เข้าเย็นหมอเขา  
จะให้มาตรงอยู่แล้วเดือนหนึ่ง...ถ้าเราเอาไปให้เขากินนะ เขาจะรู้สึกกว่า  
อันนี้พี่คิดเองนะ เขาจะรู้สึกกว่าเหมือนเขาช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เหมือน  
เขาเป็นอาการหนักอะไรอย่างนี้ เหมือนเขาแบบไอ้โง่โง่ทำอะไรอย่างนี้  
นะ เขาจะรู้สึกไม่มีคุณค่า รู้สึกไม่ภูมิใจให้เขาทำอะไรเองบ้างแต่เราก็  
ต้องคอยดู...ให้เขาภูมิใจในตัวเองอะ เพราะใช้ใหม่เด็กต้องมาคอย  
ป้อน...” (ID7T2F)

“เราก็จัดให้แล้วก็ยื่นให้กิน...เราจัดยาใส่ถ้วยว่าเขานะ You กินข้าว  
เสร็จต้องกินยา...(ID9T1M)...สมัยก่อนนี้เขาก็มีลีลา กินครั้งทิ้งครั้ง  
ตรวจพบยาตกอยู่ใต้หมอน กินแล้ว ๆ ไม่ได้กิน ถ้ากินยามันต้องไม่มี  
อาการ มันต้อง maintained เราต้องดูได้อาการมันเปลี่ยน...เราก็ดู  
เวลาเรากวาดบ้านพบอะไรบ้าง ยาหมดไม่หมด กินมั่งไม่กินมั่งเพราะ  
อะไร สาเหตุไม่กินเนื่องจากเขาก็ความคืดอะไรของเขาที่ไม่รู้แหละ กิน



ยามากเปื้อนไม่เอาแล้วซึ่งมันก็เป็นอารมณ์เป็นช่วงๆ อารมณ์กระเพื่อม  
ซึ่งเราก็สังเกตแวดล้อมว่าวันนี้มีอะไร” (ID9T1M)

“บางครั้งผมสอนเขา กินข้าวอย่าเพิ่งกินยา ยาหลังอาหารค่อยกิน 20  
นาที แต่นี้ไม่เคยฟังเรานะ กินข้าวเสร็จจะกินยา บางทีก็รำคาญ คือเคย  
เตือนการกินยาที่ถูกต้อง ยาหลังอาหารไม่ให้กินทันที ต้องพัก 15-20  
นาที แล้วค่อยกินยา ยาจะเกิดประสิทธิภาพสุดตรงนั้น...ผมเข้าไปถาม  
กินยารึเปล่า...ถามกินยารึเปล่า กิน กินของเธอทำไมมันเหลือ คือกิน  
ครึ่งเม็ด...คอยมองจากพฤติกรรม แต่ว่าบางครั้งผมถามกินยาบางรี  
เปล่า” (ID10T1M)

### 3.5 หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้อาการกำเริบ

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนอกจากจะมีการดูแลตามลักษณะอาการหรือพฤติกรรมที่  
ผู้ป่วยแสดงออก คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีการดูแลเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาซ้ำหรือป้องกันไม่ให้อาการกำเริบ  
โดยการหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นให้มีอาการทางจิต จากการศึกษาพบว่าคู่ชีวิตของผู้ป่วยมีวิธีการดูแล  
ผู้ป่วยโดยการหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นให้มีอาการทางจิตกำเริบ 2 วิธี คือ หลีกเลี่ยงการทำให้เกิด  
ความเครียดและหลีกเลี่ยงสารเสพติดกระตุ้นอาการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 3.5.1 หลีกเลี่ยงการทำให้เกิดความเครียด

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้และทำความเข้าใจว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คู่ชีวิตของ  
ตนป่วยเป็นโรคจิตเภทคือ เกิดจากความเครียด ผู้ให้ข้อมูลหลายรายจึงแสวงหาวิธีการต่างๆที่จะขจัด  
ความเครียดที่เกิดขึ้นเหล่านั้นนอกจากความคิดและจิตใจของคู่ชีวิต ซึ่งในแต่ละรายมีหลากหลาย  
วิธีการที่นำมาใช้ ดังต่อไปนี้

##### 1) ตามใจในสิ่งที่ควรตามใจ

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า จัดหาทุกอย่างให้ตามที่ภรรยาต้องการ ไม่ขัดใจ  
ภรรยาอยากได้อะไรตนเองจะซื้อให้ ไม่ว่าจะเป็เสื้อผ้า เครื่องประดับ หรือแม้แต่เรื่องอาหารการกินก็  
คอยจัดหาให้ตามความชอบของภรรยา อีกรายเล่าว่าปล่อยให้ภรรยาได้ทำกิจกรรมที่ชอบ พาไป  
สถานที่ต่างๆที่ทำให้สบายใจ เช่น พาไปซื้อของ ดูหนัง อยากรู้จักก็จัดหาให้ตามความต้องการ  
เพื่อให้ภรรยาสบายใจไม่เกิดความเครียด หลังจากที่ภรรยาสบายใจ ไม่มีความเครียด อาการทางจิตก็  
ดีขึ้น ไม่อาละวาดเช่นที่เคยเป็น บางรายใช้วิธีให้เงินให้ใช้จ่ายได้อย่างอิสระตามที่ต้องการ ผู้ให้ข้อมูล  
รายหนึ่งเล่าว่า แม้จะตามใจสามี ไม่เคยขัดใจให้เกิดความเครียด แต่ก็เลือกตามใจในสิ่งที่เหมาะสม

ไม่ใช่ตามใจทุกเรื่อง เช่น เรื่องการรับประทานยาหากไม่ยอมคือไม่ได้ ต้องบังคับ หรือเรื่องไปพบแพทย์ตามนัดก็เช่นเดียวกัน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“อาหารการกิน เสื้อผ้า เขาอยากได้อะไรก็พาไปซื้อ อย่างแหวนทองนี่ เขาอยากได้มาก พาไปซื้อเขาก็สบายใจ ให้เขาสบายใจมากกว่า...(ID2T1M)...อยากกินอะไรก็จัดหาให้...เขาอยากได้อะไรก็จัดหาให้...ก็ไม่อยากไปขัดใจเขาแค่นั้น” (ID2T2M)

“ถ้าเขาอยากได้อะไรอยากทำอะไรก็ให้เขาทำไปก็ไม่ขัดใจเขา...ไปขัดใจเดี๋ยวก็เครียดขึ้นมา...ตามใจในเรื่องที่มันเป็นไปได้อะ ไม่ใช่ตามใจไปเสียทุกเรื่อง แบบตึงต้องปัญญาอ่อนก็จะไปตามใจไม่ได้นะ พี่ก็จะตามใจในเรื่องที่มันตามใจได้อะ...แบบเรื่องยาเรื่องไปหาหมอนี้ไม่ได้นะ ไม่กินก็ต้องบังคับ...” (ID7T2F)

“ปล่อยให้เขาทำอะไรที่สบายใจ...เขาอยากไปโน่นไปนี่ก็พาเขาไปดูหนังบ้างอะไรบ้าง บางครั้งเขาคิดอยากได้อะไรบ้างเราก็ซื้อให้ อากาเรเขาก็ดีขึ้นเป็นลำดับ เขาไม่มีอาการอะไร...เขาอยากได้อะไร เราก็ซื้อให้” (ID10T1M)

“ทั้งตั้งซื้อกับข้าวให้เขา...ผมก็ไม่ได้ห้ามแถมก็ปล่อยให้เขาทำตามอิสระเลยจะได้เพื่อความสบายใจ...(ID11T1M)...ตอนนี้แกอยากกินเราก็ให้แกกิน ไม่ได้ไปห้ามอะไร ไม่ได้บังคับด้วย...ก็ตามใจเขาให้ดีที่สุด...ความสุขของเขา เราก็ตามใจให้เขา...เขาอยากทานอะไรก็จัดให้ครบซื้ออะไรก็ได้” (ID11T2M)

## 2) พุดคุยให้กำลังใจ

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่าหลังจากที่คู่ชีวิตป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้มีความใกล้ชิดกันมากขึ้น พุดคุยกันมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหลายรายจึงเลือกใช้วิธีการที่จะทำให้คู่ของตนสบายใจด้วยการหาเวลาพุดคุยเรื่องสนุกสนาน เรื่องขบขัน เรื่องราวที่ทำให้เกิดความรู้สึกดี ๆ หรือแม้แต่เรื่องทั่วไปในชีวิตประจำวันก็ถูกหยิบยกมาพุดคุยกันมากขึ้น เพื่อให้เกิดเสียงหัวเราะและสร้างรอยยิ้มให้กับคู่ชีวิตของตนจนลืมความเครียดที่มีอยู่ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า การเป็นสามีภรรยาในแต่ละคน

จะรู้อยู่แล้วว่าสามีภรรยาที่เราอยู่ด้วยกันมานั้นชื่นชอบอะไร การหยิบยกเอาเรื่องที่คู่ของตนชื่นชอบมาพูดคุยกันเพื่อสร้างความสุขและรอยยิ้มจึงไม่ใช่เรื่องยาก หรือแม้แต่เรื่องธรรมดาทั่วไปก็นำมาพูดคุยกันได้ เพียงแค่เวลาพูดคุยกันนั้นใช้อารมณ์ให้น้อยลง ค่อยๆพูด และพูดถึงต่อกัน อีกรายเล่าว่า การพูดคุยให้กำลังใจกันก็เป็นสิ่งสำคัญ เวลาภรรยาเครียดจะพยายามพูดคุยปลอบโยนเพื่อให้กำลังใจ ภรรยาในการดูแลตนเอง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“เราก็พูดหยอกล้อขึ้นมา พุดง่าย ๆ เราคุยเรื่องสนุกนิดหน่อยครับ คุยแบบไม่เครียดครับ เรื่องทั่วไป...เราก็พูดคุยกับเขาตลอดเวลาเนอะครับ มีเวลาว่างก็จะพูดคุย สนทนาเรื่องรอบตัวเรา...พูดคุย ทักทาย คุยแต่เรื่องที่มีความรู้สึกดีๆ คุยเรื่องตลกขบขัน เรื่องรอบข้างว่าเกิดเหตุการณ์อะไรขึ้นบ้าง วันๆหนึ่ง ขำอะไรเล่าสู่กันฟัง ตอนนี้งานเป็นยังไงบ้าง อยู่บ้านเป็นยังไงบ้าง กินข้าวกินยาเป็นยังไงบ้าง ไปหาหมอเป็นยังไงบ้าง กินยาตรงเวลาไหม” (ID1T2M)

“ให้กำลังใจเขาตลอดไม่ว่าเรื่องอะไร...ให้กำลังใจอยู่ตลอดเวลา” (ID2T2M)

“...จะพยายามหยอกเขา แกล้งเขาให้เขาแบบยิ้ม พอเขาได้ยิ้มปุ๊บมันจะลืมอาการเครียดของเขาไป เขาจะพูดคุยปกติ” (ID3T1M)

“พูดดี ๆ กับเขา คุยดี ๆ กับเขา ก็คุยดี คุยเรื่องอะไรที่เขาชอบ คือคุยเรื่องที่จะทำให้อารมณ์ดีขึ้นมา แต่ละคนก็ต้องรู้ใช้ใหม่ว่าคนที่เราอยู่ด้วยเขาชอบอะไรก็ชวนคุยไป ลัพเพหระของเราไปนั่นแหละ คุยอะไรก็ได้ที่เขาชอบแล้วมันเป็นเรื่องปกติอย่างเนี่ย...จะพูดจะบอกอะไรกับเขาให้ค่อยๆพูดค่อยๆบอก อย่าไปใส่อารมณ์กับเขา ซึ่งทุกวันนี้พี่ก็ใช้อารมณ์ตรงนี้ให้น้อยลง แล้วก็พูดดี ๆ กับเขา” (ID7T1F)

“คุยแต่เรื่องดี ๆ ว่าเออ ให้ทำใจให้ว่าง ไม่คิดมาก...พูดดี ๆ อะไรดี ๆ ก็แล้วแต่ที่เราจะทำได้...ทุกอย่างมันขึ้นอยู่กับกำลังใจ” (ID8T1F)

“คุณครับ ผมต้องคุยเองครับ ต้องอธิบายความ ต้องคุยและการแสดงออกอย่างที่ผมเล่าให้ฟังที่แรก (หัวเราะ) คือไม่ให้เขาโมโห... ทำความเข้าใจเขาและให้กำลังใจเขา ก็บอกไม่เป็นไรอะไรที่เธอจงจำไว้ เธอมีลูกมีฉันเธอดูแลแค่ตรงนี้พอ เธอไม่ต้องไปสนใจคนอื่น เธอไม่ต้องแคร์ มันบั่นทอนตัวเองมากกว่า มันทำร้ายจิตใจตัวเองมากกว่า แต่จิตใจเราไม่สลาย เพราะฉะนั้นอะไรที่มันไม่สลายใจก็ตัดมันไป ทำให้ใจให้สบายๆ อะไรไม่ดีเราก็กิ้งมันไป อย่าไปคิดเอามารกสมองกระทบจิตใจเราเปล่าๆ มันไม่ดีต่อสภาพจิตใจอะไรเลยมีแต่บั่นทอนตัวเราเองมากกว่า ก็พยายามจะบอกเขา ตั้งผมเองก็พยายามคิดไม่สนใจอะไรจะเกิดก็ช่างมันไป อย่าคิดอะไรมากมาย” (ID10T1M)

“บางอย่างเขาเครียดเราก็พยายามบอกเขาว่าเขาว่าเครียดทำไมอะไรอย่างนี้ ทำจิตใจให้สงบอย่าคิดอะไรมากมายเราก็บอกเขา เครียดไปมันก็ไม่มียอะไรดีกับตัวเองหรอก ก็เป็นโรคเป็นราอะไรขึ้นมาอีก เก็บความรู้สึกอะไรไว้นะ มันจะได้ไม่เครียดมาก” (ID13T1M)

### 3) ทางการให้ทำ

อีกหนึ่งวิธีที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้ในการช่วยลดความเครียดที่เป็นสาเหตุหนึ่งของอาการทางจิตของคู่ชีวิตคือ การกระตุ้นให้มีกิจกรรมทำ นั่นก็คือ การทำงาน งานที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเลือกให้คู่ของตนทำนั้นมักจะเป็นงานง่ายๆที่คู่ชีวิตสามารถทำได้ เช่น งานบ้าน ขยายของพนักงานทำความสะอาด เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าด้วยรอยยิ้มว่า การให้ภรรยาอยู่บ้านโดยที่ไม่ให้ทำอะไร ทำให้ภรรยาคิดมาก เกิดความเครียด การหากิจกรรมให้ทำจะช่วยให้ภรรยาอาการดีขึ้น จึงตัดสินใจให้ภรรยาออกมาทำงาน โดยเปิดร้านขายน้ำเล็กๆในตลาดใกล้บ้านให้ภรรยาขาย เหตุผลที่เลือกงานนี้เพราะเป็นงานที่ง่ายและไม่หักโหม ภรรยาสามารถทำได้ ในตอนแรกตนเองจะเป็นคนคอยสอนก่อนและค่อยๆให้ภรรยาได้เรียนรู้ หลังจากทีภรรยาช่วยกันขายน้ำ ภรรยามีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด พูดคุยรู้เรื่อง จดจำบุคคลได้มากขึ้น มีความรับผิดชอบมากขึ้น อารมณ์ดียิ้มแย้มแจ่มใส สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นกว่าเดิมมาก ซึ่งตนเองเรียกผลลัพธ์ของการให้ภรรยาทำงานนี้ว่า “ได้คนขึ้นมาเป็นคน” อีกครั้ง อีกรายเล่าว่าไม่อยากให้ภรรยาอยู่แต่ในบ้าน เก็บตัวคิดมากจึงให้ภรรยาทำงานเป็นแม่บ้านทำความสะอาดในบริษัทที่ตนเองรู้จัก การทำงานทำให้ภรรยามีความสุขมากขึ้นจากการมีเพื่อน มีความรู้สึกสนุกกับงานและการได้พบปะผู้คน จิตใจและอาการต่างๆดีขึ้นทุกอย่าง อาการหูแว่วที่เคยได้ยินแทบไม่มีเลย การมาทำงานทำให้คิดแต่เรื่องงานและเรื่องเพื่อนร่วมงาน

จนไม่ได้คิดเรื่องที่จะทำให้เกิดความเครียดที่ส่งผลต่ออาการทางจิตได้ อีกรายเล่าว่า ยิ่งไม่ทำอะไรเลย ยิ่งทำให้สามีเกิดความเครียด จึงหากิจกรรมเล็กๆน้อยๆที่สามีสามารถทำได้ให้ลองทำ เช่น การทำงานบ้าน การเลือกกิจกรรมหรืองานให้สามีทำนั้น สิ่งสำคัญคือต้องประเมินศักยภาพของสามีว่าทำได้มากน้อยเพียงใด ควรให้ทำในสิ่งที่สามารถทำได้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ยังกล่าวอีกว่า การให้คู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภททำกิจกรรมเล็กๆน้อยๆเป็นสิ่งสำคัญ อย่าคิดว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยที่ควรมองข้าม เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลอีกรายที่เล่าว่า อะไรที่ภรรยาทำได้ควรให้ทำเอง การทำงานทำให้ภรรยามีเพื่อนคอยพูดคุย ทำให้ลืมความเครียดและความหงุดหงิดใจได้ การไม่ได้ทำงานเลยยิ่งทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น แม้จะเหน็ดเหนื่อยแต่ดีกว่าอยู่เฉยๆจนเกิดความเครียดได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“อยู่บ้านเปล่านั้นไม่มีอะไร มันอยู่บ้านแล้วมันคิดมากมันไม่มีอะไร อยู่บ้านแล้วมันก็โวยวาย กินยาแล้วก็นอน ก็เอ๊ะจะหาอะไรให้เขาทำ ให้เขาดีขึ้นมา มันเกี่ยวกับตัวคน มันเกี่ยวกับจิตใจคนด้วยนะ อยู่บ้านเฉยๆมันคิดมาก...ตอนนี้ก็มีชายของ เขาเป็นคนที่เห็นเงินแล้วก็มีกำลังใจ ไม่ใช่ว่าได้กำไรมากมายอะไรหรอก มันได้คนขึ้นมาเป็นคน ได้นิดๆหน่อยๆ ดีกว่าอยู่บ้านเฉยๆไม่ได้อะไร มันมีอาการมากนะถ้าอยู่แต่ในบ้านไม่ได้ทำอะไรเลย พัฒนาขึ้นมาชายของ...เขารู้รับผิดชอบขึ้นมาเยอะเลย ไข้ไหม พูดคุยกับเขารู้เรื่องมากเลย พูดคุยทุกวันนี่รู้เรื่อง แต่ก่อนบางอย่างเขาก็ทำไม่ค่อยจะได้ ลืม บางอย่างเขาก็ยังลืม...จากคนที่พูดไม่ค่อยรู้เรื่องเบลอๆ แต่ตอนนี้หมอบอกอาการเขาดีขึ้นเยอะเลย...หางานให้เขาทำอย่างเนี้ย งานก็ไม่หักโหมอะไร ก็แค่เลิร์ฟน้ำให้ลูกค้า นิดหน่อยเท่านั้นเอง...(ID1T1M)...อ้อ เขาฟื้นฟูความจำได้ดีนะ ได้ออกกำลังกายไปด้วยครับ ออกกำลังกายฟื้นฟูความจำ ก็เริ่มจะรู้เรื่องขึ้นแล้วครับ เริ่มจำบุคคลรอบข้าง ลูกค้า การที่ลูกค้าจะสั่งสินค้า น้ำหรือจะรับเงินรับทอนนี้ เขาเริ่มจะรู้แล้ว รู้มากด้วยครับตอนนี้...เขาอารมณ์ดีขึ้น พูดคุยยิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น ร่างกายก็แข็งแรงขึ้น...เริ่มจะขยับขึ้น รู้สึกตัว ความจำดีขึ้นมา ทำอะไรด้วยตนเองได้หลายอย่างนะ ” (ID1T2M)

“หาทางให้เขามีเพื่อนเยอะๆ ก็ไม่ยากให้เขาเก็บตัว ก็เลยพาเขาไปทำงาน ตอนนี้ก็เลยตั้งแต่ทำงานแม่บ้านก็มีเพื่อนเยอะขึ้น มีเพื่อนเยอะ

ขึ้น มีความสุข แทนที่เขาจะอยู่คนเดียว เขาจะคิดมาก...พอเขามีเพื่อน  
อาการก็เปลี่ยน ดีขึ้นทุกอย่าง...เขาสนุกเลย พอเริ่มไปทำงาน เขามี  
ความรู้สึกสนุก และเขาก็ได้เพื่อน...จิตใจเขาดีขึ้น แล้วอาการซึมเศร้าที่  
เขาเคยได้ยิน ก็แทบหายไปเลย ถามเขาได้ยินอะไรอีกไหม ก็ได้ยิน  
อีกเลย หูก็ไม่ค่อยแว่วอีกเลย เมื่อก่อนเขาแว่วมากตอนเป็นแรกๆ  
เฉพาะแรกๆ เริ่มทำงานดีขึ้น มีเพื่อนคุย เขาก็จะคิดแต่เรื่องเพื่อน เขา  
จะไม่คิดเรื่องอะไรที่จะมาเก็บเข้ามาในสมอง กลัวเพื่อนฝูงเขาจะรู้สึก  
นั่นนั่น เขาจะมีความสุขกับเพื่อนมากกว่า ณ ตอนนี้” (ID2T1M)

“ยังไม่ทำอะไรก็ยิ่งเครียดไป พี่ก็เลยต้องหาอะไรให้เขาทำ แต่ทำให้ทำก็  
ใช้ว่าเขาจะทำนะ พอเราสั่งให้ทำ พอเราบอกให้ทำเขาก็ทว่าเราสั่ง  
ความคิดเขาคิดไปแบบหนึ่งอีก แต่ก็ทำ (หัวเราะ) เดียวก็ทำ คืออย่างว่า  
นะที่บ้านพี่ก็ไม่ว่าจะให้เขาทำอะไร เพราะในสิ่งที่เราให้เขาทำเขาก็  
ไม่ทำไปงั้นเงี้ย...งานเล็กๆน้อยๆคะ เอาผ้าไปซัก มาซ่อมแซมตรงนี้นิดๆ  
หน่อยๆ แล้วก็อะไรที่มันไม่เหนือบ่ากว่าแรงเขาอะ เราดูศักยภาพของ  
เข่าว่ามันได้แค่ไหนนะ ก็ใช้เขาประมาณนั้น...คือเราต้องใช้ในสิ่งที่เรา  
คิดว่าเขาทำได้ อย่าให้เขาวางอย่างเงี้ย...หนึ่งเขามีความรู้สึกว่าเขาได้ออก  
กำลังกายใช้ใหม่เพราะเขาเหนื่อย สองเขาก็ได้รู้สึกว่าเขาก็มีคุณค่าใน  
ให้เขาทำนั่นทำนี่เขาก็รู้สึกนะว่า เอ้ยวันนี้ฉันก็ทำประโยชน์นะ อย่าคิด  
ว่ามันเป็นเรื่องเล็กน้อยนะ...” (ID7T1F)

“อะไรที่เขาทำได้เราก็ให้เขาทำเอง...บางคนบอกก็ไม่อยากให้เขา  
ทำงาน แต่ทำงานมันก็ไม่เหนียวมากหรอกมันเงาะ มีเพื่อนคุยมีอะไร  
ทำ จะได้ลืมๆคะ ถ้าไม่ทำงานเดี๋ยวก็เครียด...ให้เขาทำงานไม่ยากให้  
เขาอยู่เฉยๆ ถ้าเขาอยู่เฉยเขาหงุดหงิด...ผมไม่อยากให้เขาอยู่เฉยๆ ไม่  
อยากให้เขาแบบอะไรละ เบลอ เมื่อยอะไรมากมาย ทำไปเรื่อยๆ  
อะไรก็ได้ ว่างไปทำงานที่คลินิกไม่ยากให้เขาอยู่เฉยๆ ไปกวาดไปถู  
ดีกว่านั่งซึมเศร้า เรามีอะไรเราก็ทำของเราไป บางทีมันก็ลืมๆเงาะ  
มันเลยรู้สึกอะไรหลายๆอย่างได้ งานทำนะถ้าไม่ทำงานมันจะเครียด  
เราไม่ได้ใช้งานเขาเงาะ เราอยากให้เขาไม่เครียด คนไม่ทำงานมันอาจจะ  
เครียด ใช้ใหม่ ทำงานไปมันก็จะลืมๆนะ เหนื่อยหน่อยก็ทนเอา ดีกว่าที่

เราามาซึ่มเศร้ามาเศรียด...(ID13T1M)...ถ้าเขาอยู่เฉยๆ เขาจะเศรียด ให้เขามีงานทำก็จะได้สิ่มๆ อะไรต่ออะไรไปซะใช้ใหม่ ถ้าได้ทำงาน อย่างน้อยๆ จับนิดจับหน่อยเขาก็จะได้สิ่มๆ ถ้าเขาไม่ทำงานเขาก็ อาจจะเศรียดมาก” (ID13T2M)

#### 4) ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเล่าว่า การพักผ่อนเป็นการคลายเศรียดอีก อย่างหนึ่ง จึงเป็นอีกหนึ่งวิธีการดูแลที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้ในการดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า พยายามให้ภรรยานอนให้มากที่สุด เมื่อถึงเวลานอนจะบอกให้ ภรรยานอนตรงเวลา เพราะหลังจากที่ภรรยาพักผ่อนอย่างเพียงพอจะเจ็บ ไม่ไว้วาย อีก รายเล่าว่าหลังจากนอนหลับเพียงพอ ภรรยาตื่นมาจะสดชื่น พุดคุยกันรู้เรื่อง แต่หากภรรยา นอนหลับไม่เพียงพอจะมีอาการหงุดหงิดทันที บางรายเล่าว่าการนอนหลับพักผ่อนจะลด ความเศรียดทำให้อาการทางจิตดีขึ้น การพักผ่อนนั้นส่งผลต่อโรคจิตเภท ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้ กล่าวว่

“พยายามบอกเขาให้เขานอนให้ได้ นอนให้หลับไม่ต้องทำอะไร นอน ไปเลยนอนให้หลับ...บอกให้พักผ่อน ให้นอน เขาก็จะนอน พอเขา นอนได้ เขาก็จะเจ็บ...อยากให้เขานอนมากๆ” (ID2T1M)

“หลับ ตื่นมาก็ดีขึ้นสดชื่นแล้วก็คุยปกติ...ถ้าเขาได้นอนอะ มันเกี่ยวกับ เขาไม่ได้นอน...ถ้าเขาไม่ได้นอนแบบหลายวันจัดเขาจะเป็น เขาจะ หงุดหงิดเลย” (ID3T1M)

“พอเขาได้นอนเนี่ย พอเขาได้นอนปั๊บ อาการเขาจะลดลง อาการเขา จะเบาลง ตื่นมาก็อ้อคุยกันรู้เรื่องขึ้น แต่ถ้าเขาไม่ได้นอนเขาจะเป็นไอ้ เนี่ยแหละ” (ID13T1M)

“การพักผ่อนมันจะเป็นการที่คลายความเศรียดอยู่แล้ว เพราะถ้าเขา ไม่นอน ยิ่งไม่นอนมันก็ยิ่งเศรียดยิ่งเป็นมาก...เขาไม่นอนก็เรียกเขา นอน..โรคนี้อ้างยี่ไม่นอนมันก็ยิ่งเศรียดมากอะไรมากร อาการมันยิ่งหนัก ขึ้น แต่ถ้านอนมันก็ดีขึ้น” (ID11T1M)

### 5) ใช้ธรรมะผ่อนคลายจิตใจ

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายใช้ธรรมะหรือกิจกรรมทางศาสนาที่คู่ชีวิตของตนเชื่อถือและศรัทธามาช่วยในการลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากอาการของโรค ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า ตนเองจะเปิดธรรมะให้สามิฟังทุกวัน เวลาที่สามิคิดเรื่องที่ทำให้เกิดความเครียดจะใช้หลักสอนของพระพุทธเจ้าคอยบอกให้สามิปล่อยวางจากความคิดเหล่านั้น ซึ่งตนเองคิดว่าสามารถช่วยสามิได้ บางรายหาหนังสือสวดมนต์ให้สามิอ่านและพาไปวัด เพื่อให้สามิเกิดความสบายใจ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ตนเองและสามิทำเป็นประจำอยู่แล้ว อีกรายเล่าว่า ทุกเดือนตนเองจะพาภรรยาไปทำกิจกรรมทางศาสนาที่ต่างจังหวัดตามที่ภรรยาเชื่อถือและศรัทธา เพื่อให้ภรรยาได้ไปพบปะสังสรรค์ ลดความเครียดเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่เป็นอยู่ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“ทุกวันนี้ทีก็เลยจะเปิดธรรมะให้เขาฟังมากกว่า เปิดธรรมะให้เขาฟังก็รู้สึกว่าจะช่วยได้นะช่วยได้...เวลาที่เขาคิดเรื่องเก่าๆ คิดเรื่องอะไรนะก็จะบอกเขาว่าพระพุทธเจ้าบอกให้ปล่อยวางจะอ้างพระพุทธเจ้าตลอดเลย (หัวเราะ) เธอศาสนาอะไรศาสนาพุทธใช่ไหม ถ้าศาสนาพุทธก็ต้องเชื่อพระพุทธเจ้า ต้องอ้างพระพุทธเจ้า” (ID7T1F)

“เขาก็หาหนังสือหนังสือไรมาอ่าน สวดมนต์ ธรรมดาเขาก็เป็นคนไหว้วรรุสวดมนต์ประจำอยู่แล้วอะ...(ID8T1F)...ส่วนมากเขาจะอ่านหนังสือธรรมะเยอะๆ...พากันไปวัด...” (ID8T2F)

“วันไหนแกจะไปทำโยเรไปหาพระ แกก็จะจัดแจงอาบน้ำแกเองแล้วก็แกจะไปรับพระจะไปหาพระที่สระบุรี เขามีจัดไปกัน ผมก็ปล่อยให้แกไป ขับรถไปส่งให้ไปเพื่อให้แกเดินบ้างอะไรบ้างไม่ได้นอนตลอด...ต้องมีกิจกรรมทางศาสนาของเขา...แบบว่าทุกเดือนต้องไปสระบุรี ไปไหว้วรรุผมก็ปล่อยให้แกไปกับพรรคพวกแกเขามีรถก็ไปกัน...เพราะว่าแกจะได้ออกไปพบปะสังสรรค์บ้าง ออกกำลังกายเดินบ้างอะไรบ้าง ถ้าอยู่แต่บ้านแกส่วนใหญ่จะนอน...ทำให้แกไม่เครียดไม่อยู่กับมันตลอด ถึงก็ต้องไปไหว้วรรุแล้วก็ไปประชุมเดือนละ 2 ครั้ง บางเดือนอาจารย์เขาก็มาเยี่ยมที่บ้านมาให้แสงมาสวดมนต์อะไรแบบนี้...” (ID11T1M)



### 3.5.2 หลีกเลี้ยงสารเสพติดกระตุ้นอาการ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวว่า สารเสพติดต่างๆ เช่น เหล้า บุหรี่ กาแฟ ยาบ้า หรือแม้แต่เครื่องดื่มชูกำลัง เป็นสิ่งกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจึงพยายามให้คู่ชีวิตของตนเลิกสารเสพติดเหล่านี้ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า เดิมสามีติดบุหรี่จึงบอกให้สามีเลิก โดยให้สามีอมลูกอมเลิกบุหรี่และลดปริมาณการสูบลง จำกัดปริมาณการสูบในแต่ละวันให้น้อยลง พยายามบอกถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อร่างกาย และผลดีที่จะเกิดขึ้นหากเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยเฉพาะผลดีต่อตัวโรคจิตเภทที่เป็นอยู่ นอกจากบุหรี่แล้วยังให้สามีลดปริมาณการดื่มกาแฟและเครื่องดื่มชูกำลังให้น้อยลง โดยจำกัดปริมาณและช่วงเวลาในการดื่ม เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นและให้ยารักษาโรคจิตเภทที่สามีรับประทานอยู่ออกฤทธิ์ดีขึ้น การลดปริมาณสารเสพติดเหล่านี้จะช่วยให้อาการของโรคจิตเภทดีขึ้นด้วย อีกรายเล่าว่าพยายามบอกให้สามีเลิกเสพยาบ้า เพราะหลังจากที่รู้ว่าสามีเคยเสพยาบ้ามาก่อนทำให้ตนเองจึงคิดว่ายาบ้าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สามีมีอาการทางจิตและทำให้อาการที่เป็นอยู่รุนแรงมากขึ้น ซึ่งสามีก็ให้คำมั่นสัญญากับตนเองว่าจะไม่กลับไปเสพยาบ้าอีก ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้

“เรื่องบุหรี่ ก็ให้เลิกนะ...เขาติดบุหรี่...เคยให้เขาเลิก บอกให้เขาเลิกอยู่...ให้เขามีอมลูกอมบ้าง หรือว่านานๆที นานๆให้ดูดแบบๆ วันหนึ่งก็มวนอะไรอย่างเงี้ย...พยายามบอกว่า เขาที่เขานั้นเขาก็ยังเลิกได้เลย เขาติดงอมแงม เขาก็ยังเลิกได้ไง พี่ก็พยายามบอกว่า เขาไม่ได้ดูดก็ไม่เห็นตายเลย ก็บอกเขาก็อยู่ได้ คนที่เขาไม่ได้ดูดอะ มันจะสุขภาพดี มันจะเกี่ยวกับตัวเอง มันจะเป็นแบบนี้ๆ แล้วก็ต้องการลดแบบนี้ๆมันจะดีขึ้น...พี่ว่ามันจะเกิดผลดีเกี่ยวกับร่างกายเขาอะนะ ที่เป็นโรคเป็นโรเนี่ย พี่ว่ามันจะรักษาง่ายขึ้น...เขากินกาแฟ กินกาแฟเยอะ M100 อย่างเงี้ย ก็บอกว่ากาแฟ M100 มันไม่ได้ช่วยให้ดีขึ้น พวกน้ำขวดอะไรนี่ก็ไม่ให้กิน...กินก็กินได้นะ M100 กาแฟอะ แต่ไม่ต้องเยอะไง เพราะว่าเขากินเยอะไป บางที 2-3 รอบไปวันหนึ่ง แล้วพี่ก็บอกว่าให้เขากินเป็นเวลา มันสุขภาพจะได้แข็งแรง อะไรเงี้ย แบบร่างกายจะได้แจ่มใส แบบไม่ได้มีอะไรอะเนาะ แบบสดชื่น แบบอันนี้อะร่างกายมันจะได้ปลอดโปร่ง มันจะได้มีความรู้สึกแบบดีขึ้นอะนะ แบบที่เป็นอะไรๆอะนะมันจะดีขึ้น...คือที่เขาเป็นอยู่นั้นแหละ เป็นโรคเป็นไร พี่ว่ามันจะได้ดีขึ้น มันจะได้ต้านทานโรค...(ID5T1F)...มันจะส่งผลแบบให้ให้ยามันรู้สึกแบบเหมือนเหมือนดีขึ้นกว่าเก่าอะนะ พี่ว่านะ ถ้าแกไม่กินของพวกนี้ แต่ถ้า

แวกินของพวกนี้ พี่ก็คิดว่า มันก็ได้แหละ ไอ้เรื่องยาช่วยได้ แต่มันจะไม่ดีเท่าที่เราลดของพวกนี้ได้...” (ID5T2F)

“เขาอาจจะติดยาแล้วหนูไม่รู้ เป็นเพราะว่าติดยาเนี่ยแหละ ถึงมีอาการอย่างนี้อะค่ะ...เขาเคยติดยาเสพติดมาก่อน...ยาบ้า...แต่พอมาหลังๆก็เลิก...เขามายอมรับสารภาพว่าเขาจะติดยา เขาบอกว่าเวลาที่เขาไปเสพยาคือเวลาที่เขาเครียด...(ID6T1F)...เราก็พยายามบอกให้เลิก เพราะยาพวกนี้มันส่งผลต่อร่างกายเราทำให้เราหูแว่ว เขาก็สัญญาแล้วว่าจะไม่ยุ่ง...ยาบ้าเหวออะ มันทำให้อาการมันหนักขึ้นเหมือนกลับมาเป็นเหมือนเดิม ทำลายพวกระบบสมองประสาทเขาอะ” (ID6T2F)

“เมื่อก่อนนี้เขากินเหล้าด้วยไง แต่ตอนนี้เขาเลิกกินแล้ว...กินเหล้าแล้วก็เพี้ยน...ก็ไม่เห็นเขามาพูดว่าไต่ยื่นอะไรยังเงี้ย...ว่าเพราะเขาเลิกกินเหล้ารีเปลา เออ มันก็ต้องมีส่วนใช่ไหม คนเรากินเหล้าเข้าไปมันก็อาจจะมีการเพี้ยนมั่ง นู่นนี่นั่น เป็นเรื่องปกติอย่างจ้ แล้วพอสร้างเหล้ามันก็อาจจะไม่เป็นอะไรก็ได้” (ID8T1F)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาตามแนวคิดของ Husserl (1969) เป็นการวิจัยเพื่อค้นหาความจริงเกี่ยวกับการให้ความหมายตามการรับรู้ ความรู้สึก ความคิดของผู้ที่มีประสบการณ์นั้น มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการให้ความหมายและประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากการวิจัยที่ต้องการได้ข้อมูลที่เป็นประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ที่อยู่ในสถานการณ์นั้นโดยตรงจึงทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ของการดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทตามคุณสมบัติเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Informant) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept interview) ร่วมกับการบันทึกเทป การจดบันทึกภาคสนาม และการสังเกต จากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 13 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวช ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกรายละ 1-2 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณครั้งละ 21 นาที ถึง 95 นาที จนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (Saturated data) นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978) ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลประมาณ 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 2 ตุลาคม 2560 – 11 เมษายน 2561 ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยสามารถสรุปประเด็นได้ ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าการให้ความหมายของการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ 2) สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง และการศึกษาประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามี 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค 2) การปรับตัวเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย และ 3) การดูแลตามอาการที่เป็น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## การให้ความหมายของการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท

การให้ความหมายของการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย

### 1. การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ

การดูแลในความหมายของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทกล่าวถึงความเอาใจใส่ในทุกๆ เรื่องที่ตนเองกระทำต่อคู่ชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการเอาใจใส่ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารเช้า การรับประทานยาให้ตรงเวลา การทำกิจกรรมต่างๆ รวมไปถึงการเอาใจใส่เรื่องสภาพจิตใจเพื่อไม่ให้ความเครียดเกิดขึ้น การเอาใจใส่ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความรักที่คู่ชีวิตมีต่อผู้ป่วยจิตเภท การดูแลบนพื้นฐานของความรักมีการแสดงออกมาในรูปแบบที่มีความลึกซึ้งและใส่ใจ ด้วยพื้นฐานของความรักนั้นทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเกิดความพยายามที่จะสร้างความเข้าใจในอาการและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแล ภายหลังจากที่เข้าใจในตัวโรคจิตเภทแล้วทำให้เกิดการแสวงหาและเรียนรู้วิธีการดูแลต่างๆ ที่จะทำให้อาการของคู่ชีวิตของตนที่อาการที่ดีขึ้น

### 2. สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง

การดูแลคู่ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทเปรียบเสมือนสายใยของครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้งกันได้ ซึ่งเกิดจากความรักและความผูกพันที่มีต่อกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุขผ่านช่วงเวลาที่มีความสุขและความทุกข์มาด้วยกันทำให้ไม่สามารถทอดทิ้งกันและกันได้ คู่ชีวิตของผู้ป่วยหลายรายกล่าวว่า การได้เป็นฝ่ายได้ดูแลด้วยความรักแก่ผู้ป่วยในช่วงที่อีกฝ่ายเจ็บป่วยทำให้ตนเองมีความสุข การได้เห็นผู้ป่วยพยายามดูแลตนเองให้มีอาการที่ดีขึ้น ทำให้เกิดความรักความผูกพันกันมากขึ้นในครอบครัว จึงอยากอยู่ดูแลผู้ป่วยและประคับประคองความสัมพันธ์ของคำว่าครอบครัวนี้ไว้ต่อไป ในผู้ป่วยจิตเภทบางรายที่ไม่มีญาติคอยช่วยดูแลหรือบางรายที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสงสารและหวังใญ่อยากช่วยดูแลเอาใจใส่ให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นต่อไป อีกเหตุผลหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทใช้ชีวิตอยู่ดูแลผู้ป่วยคือลูก ลูกเปรียบเสมือนกำลังใจและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการประคับประคองชีวิตคู่และครอบครัว เพราะไม่อยากจะให้ลูกมีปัญหาครอบครัวแตกแยก คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจึงพยายามที่จะเข้าใจและยอมรับในอาการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท ทำจิตใจของตนเองให้เข้มแข็ง เปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น อดทนต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆ ของผู้ป่วย ลดการทะเลาะเบาะแว้งกันให้น้อยลง สร้างบรรยากาศของครอบครัวให้อบอุ่น คู่ชีวิตของผู้ป่วยหลายรายกล่าวว่าลูกคือกำลังใจสำคัญที่ทำให้ตนเองสามารถก้าวผ่านความยากลำบากตลอดช่วงเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาได้

## ประสบการณ์การดูแลของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท

ประสบการณ์การดูแลของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

### 1. ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ได้แก่

#### 1.1 กลัวทุกอย่างจากความไม่รู้

เมื่อรู้ว่าคูชีวิตของตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท มีความรู้สึกมากมายเกิดขึ้นในจิตใจ หนึ่งในความรู้สึกเหล่านั้นคือความกลัว กลัวว่าโรคนี้จะไม่สามารถรักษาได้ กลัวอาการและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก กลัวตนเองและครอบครัวจะถูกผู้ป่วยทำร้าย หรือกลัวแม้กระทั่งผู้ป่วยจะทำร้ายตนเอง ความกลัวที่เกิดขึ้นเหล่านี้เกิดจากความไม่รู้ ไม่เข้าใจในตัวโรคจิตเภทอย่างแท้จริง แม้คูชีวิตของผู้ป่วยบางรายจะทราบก่อนใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมาก่อนแล้วว่าผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิตเภท แต่หลายรายพบเจอกับช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการที่สงบและยังขาดความเข้าใจอย่างแท้จริงเกี่ยวกับตัวโรค เมื่อต้องเผชิญกับช่วงเวลาที่มีอาการกำเริบ จึงเกิดความกลัวเพราะไม่รู้วิธีการจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้นและกลัวว่าจะเกิดสถานการณ์เช่นนั้นอีกครั้ง คูชีวิตของผู้ป่วยจึงมีการแสวงหาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น เพื่อเตรียมพร้อมและตั้งรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และวางแผนในการดูแลคูชีวิตของตนเองต่อไป

#### 1.2 เมื่อรู้ว่าป่วยแสวงหาการรักษาทุกรูปแบบ

หลังจากที่ทราบว่าสามีหรือภรรยาของตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท คูชีวิตของผู้ป่วยแสวงหาวิธีการดูแลรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นในหลากหลายรูปแบบ บางรายเลือกใช้วิธีการดูแลรักษาตามความเชื่อของตนเอง เช่น การไปรักษากับพระ บางรายพาไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน บางรายสอบถามข้อมูลจากผู้รู้ไม่ว่าจะเป็นคนใกล้ชิด ญาติพี่น้อง หรือแม้แต่สอบถามจากประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยรายอื่นๆ บางรายใช้วิธีค้นหาข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แหล่งข้อมูลจากสื่อต่างๆ คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายแสวงหาและเลือกใช้วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยหลากหลายวิธีร่วมกันด้วยความหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น หากพบว่าวิธีการที่เลือกใช้ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นจะมีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลรักษาต่อไป

#### 1.3 เป็นโรคปกติทั่วไป รักษาได้ สามารถเป็นได้กับทุกคน

ภายหลังที่ทำความเข้าใจกับโรคจิตเภทแล้ว จากข้อมูลที่ได้รับมาทำให้คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้โรคจิตเภทเป็นเหมือนโรคทั่วไปที่สามารถรักษาได้ และเป็นโรคที่ทุกคนสามารถเป็นได้ การเปรียบเทียบพฤติกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยแสดงออกในตลอดช่วงเวลาที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันทำให้เห็นว่าผู้ป่วยนั้นสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติเหมือนคนทั่วไป ทำให้เกิดการรับรู้ในทางบวกว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคที่ตนเองและผู้ป่วยสามารถรับมือได้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง

#### 1.4 ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต

เมื่อเริ่มเข้าใจโรคจิตเภทมากขึ้น กระบวนการต่อมาที่เกิดขึ้นกับคูชีวิตของผู้ป่วยคือการแสวงหาวิธีการดูแลผู้ป่วย การดูแลที่เกิดขึ้นในแต่ละรายเกิดจากการรับรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นสาเหตุหลักมาจากความเครียด พฤติกรรมการดูแลที่แต่ละรายกระทำจึงมุ่งเน้นไปที่การลดและป้องกันความเครียดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

### 2. การปรับตัวเมื่อคูชีวิตเจ็บป่วย ประกอบด้วย 7 ประเด็นย่อย ได้แก่

#### 2.1 ความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไป

ภายหลังที่ให้การดูแลสามีหรือภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยามีการเปลี่ยนแปลงไปในหลายรูปแบบทั้งทางบวกและทางลบ ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกของความเป็นสามีภรรยาที่ลดลง คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทบางรายมองว่าการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับสามีหรือภรรยาในปัจจุบันอยู่ด้วยกันเหมือนเพื่อน เหมือนพ่อแม่ดูแลลูก ความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างสามีภรรยาลดลง ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางลบที่เกิดขึ้น แต่การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกต่อชีวิตคู่ด้วยเช่นกัน ภายหลังที่เกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยจิตเภทและคูชีวิตมีความรักและความเข้าใจระหว่างกันมากขึ้น ทะเลาะเบาะแว้งกันน้อยลง ต่างฝ่ายต่างปรับเปลี่ยนตนเองให้ดีขึ้นเพื่อประคับประคองชีวิตคู่

#### 2.2 เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ

เนื่องจากภายหลังที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เช่นเดิม ในบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวไป ภาระและความรับผิดชอบทั้งหมดจึงตกเป็นของคูชีวิตของผู้ป่วย ทั้งรับผิดชอบงานภายในบ้านและหารายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัว เปรียบเสมือนเสาหลักของครอบครัว

#### 2.3 ควบคุมอารมณ์ตนเองให้เร็วที่สุดเมื่อมีเหตุให้ทะเลาะกัน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบางครั้งทำให้คูชีวิตของผู้ป่วยเกิดความรู้สึกโมโหหรือหงุดหงิดใจเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น เมื่อผู้ป่วยพูดคุยไม่รู้เรื่องมีอารมณ์ฉุนเฉียว คูชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงในการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าว เลือกใช้วิธีจัดการโดยการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ซึ่งแต่ละรายมีหลากหลายวิธีแต่โดยส่วนใหญ่จะใช้วิธีนั่งเงียบ ไม่ตอบโต้ และหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่เพื่อไปประงับจิตใจของตนเองให้สงบลง และให้ผู้ป่วยได้สงบจิตใจของตนเองเช่นกัน เมื่อต่างฝ่ายต่างใจเย็นลงก็จะสามารถกลับมาพูดคุยกันได้ โดยไม่เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง

## 2.4 เหนื่อยจนท้อจากการดูแล

จากคูชีวิตกลายเป็นผู้ดูแลส่งผลต่อความรับผิดชอบต่างๆที่คูชีวิตของผู้ป่วยต้องแบกรับ ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจจนบางครั้งเกิดความท้อแท้ที่จะดูแลความเหนื่อยล้าจนเกิดความท้อแท้ซึ่งเกิดจากหลากหลายสาเหตุ เช่น การพูดคุยกันไม่รู้เรื่องระหว่างผู้ป่วยและคูชีวิต ความเหนื่อยล้าจากการที่ต้องคอยบังคับให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ปกติสามารถทำได้เอง โดยเฉพาะเรื่องกิจวัตรประจำวัน เหนื่อยกับการควบคุมอารมณ์ตนเองเมื่อรู้สึกโมโหหรือหงุดหงิดใจกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจนเกิดความขัดแย้งในจิตใจ บางครั้งเหนื่อยในการใช้ความพยายามที่จะสร้างความเข้าใจให้กับตนเองในการยอมรับพฤติกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ในบางรายมีความท้อแท้จนพยายามที่จะฆ่าตัวตายทั้งครอบครัวเพื่อให้หลุดพ้นจากปัญหาต่างๆที่รุมเร้า แต่เมื่อคิดถึงลูกและความสุขของชีวิตคู่ที่เคยผ่านมาจึงล้มเลิกความคิดเหล่านั้น

## 2.5 หาดูช่วยในการดูแล

เมื่อไม่สามารถที่จะอยู่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด คูชีวิตของผู้ป่วยจึงหาตัวช่วยในการดูแล โดยการขอความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดหรือญาติพี่น้องให้มาช่วยดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ไปทำงานนอกบ้านหรือต้องเดินทางไปที่ยื่น เช่น บางรายจัดสรรเวรให้ลูกแต่ละคนมาช่วยกันดูแลผู้ป่วยเมื่อตนเองต้องเดินทางไปต่างจังหวัด ในบางรายที่ไม่สามารถหาคนช่วยดูแลแทนได้จะใช้การโทรศัพท์หรือไลน์ในการติดตามสอบถามอาการ ความเป็นอยู่ รวมไปถึงตรวจสอบและกระตุ้นเตือนการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์หรือไลน์ เพื่อช่วยลดความกังวลใจที่เกิดจากความห่วงใยในขณะที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้

## 2.6 ปรับความคิดและจิตใจ

หลังจากรับรู้ว่าคุณชีวิตของตนป่วยเป็นโรคจิตเภท วิธีการที่คูชีวิตของผู้ป่วยเลือกใช้ในการยอมรับและทำความเข้าใจกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นคือ การปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วย โดยมองว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม ทำความเข้าใจกับพฤติกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยแสดงออกว่าเกิดจากตัวโรคจิตเภท เปรียบเทียบกับความยากลำบากในอดีตที่เคยเผชิญ รวมถึงการปรับความรู้สึกและจิตใจ หลายรายใช้ธรรมะเข้าช่วยให้เกิดความรู้สึกปล่อยวางและยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น บางรายสร้างกำลังใจให้กับตนเองโดยบอกกับตนเองให้เข้มแข็งอดทนไม่ท้อถอย ในบางรายปรับความคิดในเชิงบวกว่าความยากลำบากที่ได้รับเปรียบเสมือนรสชาติใหม่ที่เกิดขึ้นกับชีวิตคู่ทำให้เกิดความท้าทายในการดูแล

## 2.7 ภูมิใจที่ทำให้อาการดีขึ้น

ภาระและความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสร้างความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตของผู้ป่วย แต่บ่อยครั้งที่คูชีวิตของผู้ป่วยมีความรู้สึกทางบวกเกิดขึ้นขณะให้การดูแลด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น คูชีวิตของผู้ป่วยรู้สึก

สบายใจที่ได้เห็นอาการของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นเรื่อยๆ และรู้สึกภูมิใจที่การดูแลของตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อาการทางจิตดีขึ้น ภูมิใจที่สามารถเอาชนะความเจ็บป่วยและสามารถเอาชนะความยากลำบากจากการดูแลสามีหรือภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจนสำเร็จได้ ภูมิใจที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากคนรอบข้างและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนปกติอีกครั้ง

### 3. การดูแลตามอาการที่เป็น ประกอบด้วย 5 ประเด็นย่อย ได้แก่

#### 3.1 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่บอถึงอาการกำเริบ

คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เป็นสัญญาณว่าเริ่มมีอาการทางจิตกำเริบในลักษณะต่างๆ เช่น เริ่มพูดคุยเรื่องที่ไม่เป็นความจริง ประชดั่งเรื่องราวขึ้นมา มีพฤติกรรมบางอย่าง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ทำทางเหม่อลอย ทำทางเหมือนกำลังคิดอะไรอยู่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บ่งบอกว่ากำลังมีความเครียดที่เป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการทางจิต บางรายเริ่มมีพูดคนเดียว พูดซ้ำๆ อยู่ไม่นิ่งตอนกลางคืน ไม่ยอมนอนหลับ ในบางรายมีสายตาดำจ้อง มองด้วยสายตาดูร้าย ไม่หลบสายตา พูดจาดี้อันไม่เชื่อฟัง ลักษณะพฤติกรรมเหล่านี้เป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตเกิดขึ้น ซึ่งในแต่ละสัญญาณเตือนเหล่านี้ได้มาจากการคอยสอบถามและสังเกตจากการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิดในแต่ละวัน ความสนิทสนมใกล้ชิดกันนี้ทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น

#### 3.2 ดูแลความปลอดภัยเมื่อมีอาการกำเริบ

ในช่วงแรกที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตและในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีการจัดการเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด โดยการจำกัดพื้นที่ของผู้ป่วยให้อยู่เฉพาะภายในบ้าน คู่ชีวิตของผู้ป่วยรายหนึ่งได้ให้คำจำกัดความการจำกัดพื้นที่นี้ว่าเป็นการสร้าง “Safety zone” คือ การจำกัดให้ผู้ป่วยอยู่เฉพาะพื้นที่ภายในบ้านในช่วงที่มีอาการทางจิต เพื่อลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ป้องกันความคิดฟุ้งซ่าน ป้องกันความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น และป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหากออกไปสู่สังคมภายนอกในช่วงที่มีอาการทางจิตเกิดขึ้น

#### 3.3 พูดคุยด้วยถ้อยคำอ่อนโยนเมื่อมีอาการกำเริบ

ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิด เช่น เห็นภาพหลอน หูแว่ว พูดคนเดียว คู่ชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะคอยพูดคุยอธิบายถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านั้นเกิดจากอาการทางจิต โดยใช้ถ้อยคำที่อ่อนโยน ค่อยๆ อธิบายให้ผู้ป่วยรับรู้และอยู่กับความจริงในปัจจุบันที่กำลังเกิดขึ้น บางรายกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่ได้ยินเมื่อมีอาการหูแว่ว กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมาเมื่อมีอาการทางจิต โดยตนเองคอยรับฟังและอธิบายสร้างความเข้าใจที่เป็นจริงร่วมกับพูดคุยให้กำลังใจ บางรายมีเทคนิคในการอธิบายสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วย โดยขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตจะเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากอาการเหล่านั้น เช่น หาทานอาหารที่



ชอบให้รับประทาน ทำกิจกรรมอย่างอื่น เพื่อปรับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีท่าทีที่สงบลงจะค่อยๆอธิบายในสิ่งที่เป็นจริงให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยถ้อยคำที่อ่อนโยนและท่าทีสงบ ไม่คุกคาม ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย

### 3.4 เรียนรู้การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการและกลยุทธ์ในการทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่ต่างกันออกไปตามลักษณะอาการที่เป็น ในช่วงแรกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ คูชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นผู้จัดยาให้เอง เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ บางรายมีการปรึกษาแพทย์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนเวลารับประทานยาให้เป็นมือเดียวในหนึ่งวัน เพื่อง่ายต่อการรับประทานและเหมาะสมกับช่วงเวลาการทำงานของผู้ป่วย บางรายมีกลยุทธ์ในการให้ผู้ป่วยยอมรับประทานยาอย่างถูกต้องและตรงเวลา โดยให้รับประทานยาให้เห็นต่อหน้า เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาแล้วอย่างแน่นอน หลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้นได้ปรับเปลี่ยนการดูแลเรื่องการรับประทานยาจากจัดให้เองเปลี่ยนเป็นคอยสอนวิธีการรับประทานยา คอยบอกย้ำกระตุ้นเตือนให้รับประทานยา และใช้วิธีการสังเกตร่วมด้วย เช่น คอยสังเกตจำนวนเม็ดยาที่เหลือว่าตรงตามจำนวนที่ต้องรับประทานหรือไม่ เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยาอีกครั้ง บางรายมีการตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยาโดยสังเกตจากพฤติกรรมหรืออาการทางจิตที่แสดงออกมารวมด้วย หากผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้องจะต้องไม่มีอาการทางจิตแสดงออกมา บางรายตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้แอบซ่อนยาไว้ได้หมดหรือบริเวณอื่นภายในบ้านหรือไม่โดยไม่ให้ผู้ป่วยทราบ บางรายแอบนับเม็ดยาที่เหลือไว้ก่อนออกจากบ้านพอกลับมาจะตรวจสอบว่ายาในแผงหายไปครบตามจำนวนยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานหรือไม่ วิธีการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยเหล่านี้ คูชีวิตของผู้ป่วยเรียนรู้จากปัญหาและความผิดพลาดที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแล เพื่อพัฒนาการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

### 3.5 หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้อาการกำเริบ

การหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบมี 2 วิธี คือ หลีกเลี่ยงการทำให้เกิดความเครียดและหลีกเลี่ยงสารเสพติดกระตุ้นอาการ คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่รับรู้และทำความเข้าใจว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สามหรือภรรยาของตนป่วยเป็นโรคจิตเภทคือ เกิดจากความเครียด จึงแสวงหาวิธีการต่างๆที่จะขจัดความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งมีหลากหลายวิธีด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นคอยตามใจจัดหาทุกอย่างที่ผู้ป่วยต้องการโดยไม่ขัดใจ เช่น ซื้อของให้ พาไปเที่ยว ทำกิจกรรมที่ชอบ บางรายให้เงินผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายอย่างอิสระตามต้องการ พุดคุยให้กำลังใจ จัดหาเวลาในการพุดคุยเรื่องราวที่ทำให้เกิดความรู้สึกดีๆกับผู้ป่วยมากขึ้นในแต่ละวัน พุดคุยปลอบโยนเวลาที่ผู้ป่วยท้อแท้ หางานกระตุ้นให้มีกิจกรรมทำ โดยเป็นงานที่ง่ายไม่หักโหมเพื่อให้

ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และใช้ธรรมชาติหรือกิจกรรมทางศาสนาช่วยผ่อนคลายจิตใจตามความเชื่อของผู้ป่วย นอกจากนี้คู้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ข่าวสารเสพติดต่างๆ เช่น เหล้า บุหรี่ กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และยาเสพติดเป็นสิ่งกระตุ้นให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบ จึงพยายามหาวิธีให้ผู้ป่วยเลิกเสพติดเหล่านี้ให้ได้ บางรายบอกให้ผู้ป่วยเลิกโดยเด็ดขาด บางรายใช้วิธีจำกัดปริมาณในแต่ละวันให้น้อยลง บอกถึงผลเสียที่เกิดขึ้นหากไม่เลิก รวมทั้งผลดีที่เกิดขึ้นหากเลิกได้โดยเฉพะผลดีที่จะเกิดขึ้นต่อโรคจิตเภทที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยหลายรายที่ได้ลดหรือเลิกใช้เสพติดดังกล่าวตามคำแนะนำของคู้ชีวิตทำให้โรคจิตเภทที่เป็นอยู่มีอาการที่ดีขึ้น ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาประสพการณ์การดูแลของคู้ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยขออภิปรายตามประเด็นที่ได้จากการศึกษา ดังต่อไปนี้ การให้ความหมายของการดูแลของคู้ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ 2) สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง และประสพการณ์การดูแลของคู้ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค 2) การปรับตัวเมื่อคู้ชีวิตเจ็บป่วย และ 3) การดูแลตามอาการที่เป็น

**การให้ความหมายของการดูแลของคู้ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท** ประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก ดังนี้  
**ประเด็นที่ 1 การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ** **ยาลัย**

คู้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทให้ความหมายของการดูแลสามหรือภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทว่าการดูแลคือการเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ เอาใจใส่ทุกอย่างในชีวิต เริ่มจากการเอาใจใส่ในสิ่งเล็กน้อยๆ ไปจนถึงทุกเรื่องรอบตัว ไม่ว่าจะเป็นการเอาใจใส่ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การรับประทานยาให้ตรงเวลา การทำกิจกรรมต่างๆ รวมไปถึงการเอาใจใส่เรื่องสภาพจิตใจเพื่อไม่ให้มีความเครียดเกิดขึ้น ซึ่งการเอาใจใส่ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากรักที่คู้ชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายมีให้ผู้ป่วย การดูแลบนพื้นฐานของความรักทำให้เกิดความเข้าใจในอาการและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแล การดูแลคู้ชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทต้องอาศัยความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ไม่ใช่เพียงเข้าใจว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น แต่ต้องเข้าใจได้ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากอะไร อาการหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเกิดจากความเจ็บป่วย ความเข้าใจที่เกิดขึ้นทำให้คู้ชีวิตของผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้และนำไปสู่การดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น ดังที่ Watson (1985) ได้อธิบายว่า การดูแลเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลหนึ่งต่อ

บุคคลหนึ่ง (human to human service) ที่ทั้งผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแลต่างฝ่ายต่างเข้าถึงความรู้สึกและสัมผัสถึงจิตใจซึ่งกันและกัน หรือเรียกว่า การดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของกันและกัน (transpersonal caring) การดูแลเอาใจใส่บนพื้นฐานของความรู้สึกรักที่คู่ชีวิตมีต่อผู้ป่วย เป็นปัจจัยการดูแล (carative factors) หนึ่งในที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลในระดับที่เป็นการดูแลอย่างเข้าถึงความรู้สึกของบุคคล เนื่องจากความรู้สึกมีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรมกระทำของบุคคล การดูแลอย่างเข้าถึงความรู้สึกของบุคคลนี้คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกมาในรูปแบบของการรับรู้และเข้าใจในความรู้สึก ปัญหาและอารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม จริงใจ ยอมรับ และส่งเสริมให้การช่วยเหลือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในด้านต่างๆ การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจที่เกิดขึ้นระหว่างคู่ชีวิตและผู้ป่วยจิตเภทเป็นลักษณะการดูแลภายใต้บริบทของความสัมพันธ์ที่แสดงออกถึงความรัก ความผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (empathic involvement) โดยมีพื้นฐานบนความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่าย ซึ่งจะทำให้คู่ชีวิตตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของอีกฝ่ายได้อย่างเหมาะสม ความผูกพันอย่างมีความเข้าใจนี้ถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความรักที่เกิดขึ้นระหว่างคู่ชีวิต (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) เช่นเดียวกับ Tungpunkam (2000) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลเป็นการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อผู้รับการดูแลที่เป็นการช่วยเหลือ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ห่วงใย เอื้ออาทร และมีความจริงใจต่อกัน (Tungpunkam, 2000 อ้างถึงในจินทนา เจริญเวช, 2556) และ Friedman (1986) ยังได้กล่าวว่า ครอบครัวนั้นมีหน้าที่ด้านความรักและเอาใจใส่ เป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิก แสดงออกโดยการให้ความรักความอบอุ่น ความเอาใจใส่แก่สมาชิกเพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพจิตที่ดี มีบุคลิกภาพมั่นคง (Friedman, 1986 อ้างถึงในรุจา ภูไพบูลย์, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jungbauer et al. (2004) ที่พบว่า คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแม้จะได้รับความยากลำบากจากการดูแลสามีหรือภรรยาที่มีอาการของโรคจิตเภท แต่ยังคงให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เคารพและเข้าใจกัน นอกจากนี้การศึกษาของทุลา บุปผาสังข์ (2545) ยังระบุว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นคู่ชีวิตจะคอยให้การดูแลด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และให้การยอมรับแม้สามีหรือภรรยาของตนจะป่วยเป็นโรคจิตเภท

## ประเด็นที่ 2 สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง

นอกจากจะให้ความหมายของการดูแลสามีหรือภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทว่า การดูแลคือการเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ให้ความหมายของการดูแลเปรียบเสมือนสายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง การใช้ชีวิตคู่อยู่ร่วมกันมานานทำให้เกิดความรักความผูกพัน การร่วมทุกข์ร่วมสุข ผ่านช่วงเวลาที่มีความสุขและช่วงเวลาที่มีความทุกข์ความยากลำบากมาด้วยกันทำให้ไม่สามารรถทอดทิ้งกันและกันได้ คู่ชีวิตของผู้ป่วยหลายรายกล่าวว่า การได้เป็นฝ่ายให้การดูแลด้วยความรักแก่ผู้ป่วยในช่วงที่อีกฝ่ายเจ็บป่วยทำให้ตนเองมีความสุข การได้เห็นผู้ป่วยพยายามดูแลตนเองให้มีอาการที่ดีขึ้น ทำให้เห็นถึงความรักและความทุ่มเทที่ผู้ป่วยแสดงออกมาต่อตนเองมาก

ขึ้นเกิดความรักความผูกพันกันมากขึ้นในครอบครัว จึงอยากอยู่ดูแลผู้ป่วยและประคับประคองความสัมพันธ์ของคำว่าครอบครัวนี้ไว้ต่อไป ดังที่เสาวลักษณ์ สุวรรณโมตรี (2553) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ เช่น รักกัน เป็นห่วงเป็นใยกัน เป็นหน่วยพื้นฐานแห่งการแลกเปลี่ยน ซึ่งสำคัญที่แลกเปลี่ยนกันก็คือ ความรัก ถ้าการแลกเปลี่ยนความรักเป็นไปในบรรยากาศที่พึงพอใจ ก็จะมีควมไว้วางใจกัน เอื้ออาทรต่อกัน และพร้อมจะเสียสละให้แก่กัน สอดคล้องกับการศึกษาของสมัทนา สิ้นสวัสดิ์ และพนมพร พุ่มจันทร์ (2557) ที่พบว่าคู่ชีวิตมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งจากการครองรักโดยใช้ความรักในการแก้ไขปัญหา ความรักเป็นจุดเริ่มต้นของชีวิตคู่ เป็นแรงผลักดันของความรู้สึกต่างๆให้มีความรุนแรงในทางบวกมากขึ้น เช่น ความห่วงใย การอภัยให้กันและกัน อุมพร ตรังสมบัติ (2545) ยังกล่าวว่าความรักเป็นสิ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตมีลักษณะพิเศษแตกต่างไปจากความสัมพันธ์อื่น ความรักเป็นความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Attachment) ความผูกพันที่มีต่อกันเป็นไปอย่างเหมาะสม จะทำให้ชีวิตคู่ไม่มีปฏิกิริยาต่อกันมากเกินไป ทั้งสองฝ่ายจะสื่อสารกัน เปิดเผยความรู้สึกนึกคิดต่อกันได้อย่างอิสระ และสามารถประคับประคองความสัมพันธ์ได้อย่างราบรื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jungbauer et al. (2004) ที่พบว่าแม้จะมีผลกระทบที่เกิดจากภาวะการดูแล คู่ชีวิตของผู้ป่วยเลือกเก็บเฉพาะสิ่งที่ดีไว้ในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทด้วยความรักซึ่งกันและกัน (Mutual affection) ความเคารพและความเข้าใจที่ยังคงมีอยู่ การศึกษาของ Mizono et al. (2011) ยังพบว่าสามีของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศญี่ปุ่นมีความรู้สึกต่อภรรยาไม่เปลี่ยนแปลง สามีของผู้ป่วยไม่เคยคิดถึงการอย่าร้างมีเพียงความกังวลเกี่ยวกับอนาคต และยังคงกล่าวว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ชายคนหนึ่งที่จะต้องปกป้องภรรยาและไม่สามารถไปจากภรรยาได้ การศึกษาของ Lawn & McMahon (2014) พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตยังคงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเนื่องจากมีความรักให้ผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ทองคุณ (2545) ที่พบว่า เงื่อนไขหนึ่งที่เกี่ยวข้องทำให้ภรรยาอยู่ร่วมกับสามีที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท คือ ความรักความผูกพันต่อสามี เช่นเดียวกับการศึกษาของเสาวภา พราวตะคุ (2549) ที่พบว่าเหตุผลที่คู่ชีวิตเข้ามารับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเกิดจากรัก (Love) และความผูกพัน (Attachment) นอกจากนี้การศึกษาของชนิษฐา บำเพ็ญผล และคณะ (2551) ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงทุกรายมีความเห็นตรงกันว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นภาระที่หนัก และสร้างความเครียดต่อผู้ดูแล แต่เหตุที่มาดูแลเพราะมีความรักความผูกพัน ไม่สามารถทอดทิ้งผู้ป่วยได้

ความรู้สึกสงสารและห่วงใย เป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทยังคงใช้ชีวิตอยู่ดูแลผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจิตเภทบางรายจะมีญาติพี่น้องคอยช่วยดูแลแต่คู่ชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความห่วงใยว่าบุคคลอื่นที่ให้การดูแลผู้ป่วยอาจดูแลผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ตนเองที่เป็นสามีหรือภรรยาที่มีความใกล้ชิดและเข้าใจผู้ป่วย ในผู้ป่วยจิตเภทบางรายที่ไม่มีญาติคอยช่วยดูแลหรือบางรายที่ไม่ได้รับ

การดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว ยิ่งทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสงสารและห่วงใยอยากช่วยดูแลเอาใจใส่ให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นต่อไป ดังที่ สุนทรียภรณ์ ทองไสย (2558) กล่าวว่า ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยความสงสารที่ผู้ป่วยต้องมาเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตที่บุคคลอื่นรังเกียจ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีความห่วงใยว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตรายใช้ชีวิตด้วยความยากลำบากหากตนเองทอดทิ้งผู้ป่วยไป ความรู้สึกเป็นห่วงเป็นใยที่เกิดขึ้นนี้เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่คู่ชีวิตของผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณป่วยยังไม่สามารถที่จะดูแลตนเองในด้านต่างๆได้ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น จากลักษณะดังกล่าวทำให้เกิดความรู้สึกเป็นห่วงว่าถ้าไม่มีตนอยู่คอยช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยจะสามารถใช้ชีวิตอยู่และเอาตัวรอดได้หรือไม่ และจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยบ้างในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ Doornbos (1997) ที่พบว่าปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชคือ ความรู้สึก ร้อนรุ่มกลุ้มใจไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย ใครจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในอนาคต จากที่กล่าวมาทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าการคงอยู่ในการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการช่วยเหลือ (Monitoring for Helping) ซึ่งประกอบด้วย 2 แนวคิด คือ แรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Egoistic Motivation) และแรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน (Altruistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ ความสงสารที่มีต่อผู้ที่ต้องการพึ่งพิง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) ความรู้สึกรัก สงสาร และห่วงใยที่คู่ชีวิตมีต่อผู้ป่วยเป็นแรงผลักดันหรือแรงจูงใจให้คู่ชีวิตยังคงอยู่ดูแลผู้ป่วยและไม่อาจทอดทิ้งผู้ป่วยไปได้

อีกเหตุผลหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทใช้ชีวิตอยู่ดูแลผู้ป่วยคือลูก ลูกเปรียบเสมือนกำลังใจและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการประคับประคองชีวิตคู่และครอบครัว เพราะไม่อยากให้ลูกมีปัญหาครอบครัวแตกแยก คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจึงพยายามที่จะเข้าใจและยอมรับในอาการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท ทำจิตใจของตนเองให้เข้มแข็ง เปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น อดทนต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆของผู้ป่วย ลดการทะเลาะเบาะแว้งกันให้น้อยลง สร้างบรรยากาศของครอบครัวให้อบอุ่น คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทบางรายกล่าวว่า การที่มีลูกทำให้ไม่สามารถละทิ้งผู้ป่วยได้ หากอย่าร้างลูกจะเป็นอย่างไร บางรายกล่าวว่าลูกคือกำลังใจสำคัญที่ทำให้ตนเองสามารถก้าวผ่านความยากลำบากตลอดช่วงระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาได้ ดังที่ กาญจนา ลุศนันท์ (2547) กล่าวว่า คู่สามีภรรยาที่มีความพร้อมและตัดสินใจมีลูกแล้วจะต้องตระหนักถึงภาระหน้าที่ที่เกิดขึ้นตามมา โดยมีบทบาทใหม่ในการเป็นพ่อและแม่ ซึ่งเป็นหน้าที่ที่สำคัญและมีความรับผิดชอบสูง พ่อแม่มีหน้าที่ต้องให้ความเอาใจใส่ทุกด้านร่างกายและจิตใจ ในด้านจิตใจได้แก่การให้ความรู้สึกลับคั่งปลอดภัยแก่ลูก สร้างความรู้สึกให้ลูกรู้สึกถึงการเจริญเติบโตด้วยความเป็นมิตร มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นเกิดความภูมิใจกับสถานะภาพของตนเองในครอบครัว คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายจึงพยายามประคับประคองความสัมพันธ์ของชีวิตคู่เอาไว้ แม้ช่วงเวลาที่ต้องรับภาระใน

การดูแลผู้ป่วยนั้นมีความยากลำบากแต่ก็แสวงหาวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตของตนเองและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ทองคุณ (2545) ที่พบว่า เงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้ภรรยาอยู่ร่วมกับสามีที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท คือ ความรักบุตร นอกจากนี้เสาวลักษณ์ สุวรรณเมตรี (2553) ยังระบุว่า คู่ชีวิตที่อาศัยอยู่ด้วยกันมานาน อาจเกิดปัญหาขัดแย้งขึ้น ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คู่ชีวิตตัดสินใจอยู่ร่วมกัน คือ การไม่มีลูก จากที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่าการมีลูกร่วมกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและคู่ชีวิตนั้นทำให้คู่ชีวิตมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะในสังคมไทยที่ลูกเปรียบเสมือนโซ่ทองคล้องใจของพ่อแม่

**ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ดังนี้**

**ประเด็นที่ 1 ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค**

**กลัวทุกอย่างจากความไม่รู้** ภายหลังจากที่ทราบว่าสามีหรือภรรยาของตนป่วยเป็นโรคจิตเภท คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายต่างมีความรู้สึกที่หลากหลายเกิดขึ้น บางรายตกใจ บางรายสับสน บางรายปฏิเสธที่จะยอมรับ แต่ความรู้สึกที่คู่ชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้กล่าวถึงมากที่สุดคือ ความกลัว โรคจิตเภทเป็นสิ่งที่ตนเองไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับคู่ชีวิตของตน แต่ละรายจึงเกิดความกลัวขึ้น กลัวว่าคู่ชีวิตจะไม่หายจากโรค กลัวว่าคู่ชีวิตจะทำร้ายตนเอง กลัวว่าตนเองและคนในครอบครัวจะถูกทำร้าย หรือแม้แต่ว่าคนรอบข้างจะไม่ยอมรับ ความกลัวที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากความไม่รู้และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ดังที่ Ohman (2000) ได้อธิบายว่า ความกลัว เป็นอารมณ์ที่เกิดจากการรับรู้ภัยคุกคามของสิ่งมีชีวิต ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสมอง การทำงานของอวัยวะ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ความกลัวอาจเป็นการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบันหรือในอนาคต ซึ่งรับรู้ว่าเป็นความเสี่ยงต่อความปลอดภัยในชีวิต การตอบสนองความกลัวเกิดขึ้นได้จากการรับรู้อันตรายที่นำไปสู่การเผชิญหน้าหรือหลบหนีกับภัยคุกคามนั้น Lazarus & Folkman (1984) อธิบายว่าเมื่อบุคคลประเมินว่ามีความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ (event uncertainty) เกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆจะส่งผลให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามหรือสูญเสียได้ โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาทางด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจหรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว บางครั้งมีพฤติกรรมวุ่นวายลักษณะต่างๆ เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก พลุ่พลา่่นกระวนกระวายมาก อาจไม่สนใจดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการดำเนินของโรคที่หลากหลาย มีผลลัพธ์การรักษาที่ต่างกัน และการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่มามีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากลักษณะของโรคจิต

เกณฑ์ที่กล่าวมาจะพบว่าความไม่แน่นอนในอาการของโรคจิตเภทที่ผู้ป่วยแสดงออก ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ถูกต้อง และการที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าในอนาคตจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง การรับรู้นี้ทำให้คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกลัวขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพหล วงศาโรจน์ และคณะ (2540) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด ปัญหาสำคัญที่พบคือกลัวว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะไม่หาย (พหล วงศาโรจน์ และคณะ, 2540 อ้างถึงในอภิญา เจริญฉ่ำ, 2551) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kumari et al. (2009) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้คูชีวิตของผู้ป่วยรู้สึกกลัวและสูญเสียการควบคุมเนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอนและไม่สามารถคาดเดากับอาการของผู้ป่วยได้

**เมื่อรู้ว่าป่วยแสวงหาการรักษาทุกรูปแบบ** เมื่อไม่รู้และไม่เข้าใจในตัวโรคจิตเภท ทำให้คูชีวิตของผู้ป่วยเกิดความกลัวในช่วงแรกที่ทราบว่าสามีหรือภรรยาของตนป่วยเป็นโรคจิตเภท คูชีวิตของผู้ป่วยตอบสนองต่อความกลัวที่เกิดขึ้นด้วยการเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาวิธีดูแลรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นในหลากหลายรูปแบบ บางรายเลือกใช้วิธีการดูแลรักษาตามความเชื่อของตนเอง เช่น การไปรักษากับพระ บางรายพาไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน บางรายสอบถามข้อมูลจากผู้รู้ไม่ว่าจะเป็นคนใกล้ชิด ญาติพี่น้อง หรือแม้แต่สอบถามจากประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยรายอื่นๆ บางรายใช้วิธีค้นหาข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แหล่งข้อมูลจากสื่อต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทให้มากขึ้น คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายแสวงหาและเลือกใช้วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยหลากหลายวิธีร่วมกันด้วยความหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยส่งผลต่อรูปแบบการดูแลของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละราย ดังที่ มัลลิกา มดีโก (2533) กล่าวว่า เมื่อมีการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและมีการตีความจากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่รูปแบบของการดูแลด้านต่างๆซึ่งเริ่มตั้งแต่การพาผู้ป่วยไปรักษาตามสถานที่ต่างๆหรือแหล่งที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า สถานที่ที่คูชีวิตของผู้ป่วยพาผู้ป่วยไปรักษา คือการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลและรักษากับพระตามความเชื่อของคูชีวิตที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ดังที่ สุภาพ หัสอ่อง (2537) กล่าวว่า สังคมไทยส่วนใหญ่เป็นสังคมพุทธ จึงมีความเชื่อในเรื่องพิธีกรรม สิ่งศักดิ์สิทธิ์และไสยศาสตร์ต่างๆสืบเนื่องกันมาตามแบบแผนของชาวพุทธที่จะต้องมีการของพิธีกรรมและไสยศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิต (สุภาพ หัสอ่อง, 2537 อ้างถึงในจิรนนท์ ชันแข็ง, 2548) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายนับถือศาสนาพุทธ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายจึงมีการแสวงหาการรักษาตามความเชื่อดังกล่าว

บางรายแม้จะพาผู้ป่วยมารักษากับแพทย์แผนปัจจุบันแล้วยังมีการพาผู้ป่วยไปรักษากับพระแบบเดิมอีกครั้ง โดยให้เหตุผลว่ารักษาแพทย์แผนปัจจุบันแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น จึงลองหาวิธีอื่นตามคำแนะนำของคนรอบข้างร่วมด้วยอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นได้ จากการศึกษาในครั้งนี้ยังพบอีกว่าคูชีวิตของผู้ป่วยบางรายมีการชื้อยานอนหลับให้ผู้ป่วยรับประทานเองในช่วงแรกที่มีอาการ

เนื่องจากรับรู้และตีความว่าอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเกิดจากการนอนไม่หลับจึงซื้อยานอนหลับมา ให้รับประทาน คู่ชีวิตของผู้ป่วยหนึ่งรายมีการแสวงหาการรักษาหลากหลายวิธี มีการทดลองจากหลากหลายวิธีที่ได้รับทราบข้อมูลมา ใช้วิธีใดแล้วผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้นก็จะมีปรับเปลี่ยนเป็นวิธีอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ คณิงเพียร (2556) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการแสวงหาว่ามีวิธีการต่างๆที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคจิตเภท โดยมีการหาข้อมูลจากผู้รู้ ปรึกษา และวิธีการต่างๆมาทดลองใช้โดยมีความหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการที่ดีขึ้น รูปแบบของการแสวงหาวิธีการดูแลรักษาที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับความเชื่อ การตีความและการให้ความหมายต่อสาเหตุ การเกิดโรคและการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของชญาพรรณ รัตนติกานนท์และคณะ (2540) ที่พบว่า ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชของผู้ดูแลมีผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ทองคุณ (2545) ที่พบว่า ในช่วงแรกที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ภรรยาที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจะมีการพยายามทำความเข้าใจกับการเจ็บป่วยของสามี เพื่อให้การยอมรับและเตรียมพร้อมในการดูแลต่อไป

**โรคจิตเภทเป็นโรคปกติทั่วไป รักษาได้ สามารถเป็นได้กับทุกคน** ภายหลังจากที่แสวงหาความรู้ และทำความเข้าใจกับโรคจิตเภทแล้ว จากข้อมูลที่ได้รับมาทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้โรคจิตเภทเป็นเหมือนโรคทั่วไปที่สามารถรักษาได้ และเป็นโรคที่ทุกคนสามารถเป็นได้ การเปรียบเทียบพฤติกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยแสดงออกในตลอดช่วงเวลาที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันทำให้เห็นว่าผู้ป่วยนั้นสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติเหมือนคนทั่วไป ทำให้เกิดการรับรู้ในทางบวกว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคที่ตนเองและผู้ป่วยสามารถรับมือได้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง นอกจากนี้คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทยังรับรู้และเข้าใจว่าสาเหตุที่ทำให้สามีหรือภรรยาของตนป่วยเป็นโรคจิตเภทมาจากความเครียด **ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต** ความเครียดเป็นแรงกดดันหรือตัวกระตุ้นให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงจนมีอาการทางจิต พฤติกรรมการดูแลที่แต่ละรายกระทำจึงมุ่งเน้นไปที่การลดและป้องกันความเครียดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตามทฤษฎีการดูแลมนุษยของ Watson (1985) ระบุว่าคนที่บุคคลจะให้การดูแลผู้อื่นได้จะต้องเข้าใจความหมายในสิ่งที่ทำ เข้าใจความหมายของการดูแล เข้าใจความเป็นมนุษย รับรู้และเข้าใจความต้องการของผู้ที่ต้องการการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของบุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์ (2546) ที่พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านในด้านจิตสังคมมากกว่าการดูแลผู้ป่วยด้านอื่นๆซึ่งเป็นผลมาจากความเชื่อของผู้ดูแลที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยเป็นผลมาจากความไม่สบายใจ ซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสอดคล้องกับแนวคิดหลักของทฤษฎีการรู้การเข้าใจของ Galanti (1997) ที่ระบุว่าตัวแปรที่กำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ที่สำคัญได้แก่ ความเชื่อและมุมมองต่อเรื่องนั้นๆ ดังนั้นการทำให้คู่ชีวิตรับรู้ในความเจ็บป่วย



ของผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้องจะช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องมากขึ้น (Galanti, 1997 อ้างถึงใน บุญวดี เพชรรัตน์ และเยวานาถ สุวลักษณ์ (2546) ดังเช่นการศึกษาของ Ip & Mackenzie (1998) ที่พบประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยทางจิตและบริการด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความรู้เรื่องยา และการรักษา การบริการที่ได้รับ และการจัดการกับอาการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

## ประเด็นที่ 2 การปรับตัวเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย

**ความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไป** การที่จะต้องดูแลสามีหรือภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อชีวิตคู่เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะช่วงแรกที่เริ่มมีอาการและช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายเปลี่ยนสถานะจากสามีภรรยา กลายมาเป็นผู้ดูแลหลัก ความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างสามีภรรยาลดน้อยลง จากพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกมาทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยหลายรายมองว่าสถานะของตนเองกับผู้ป่วยนั้นเหมือนพ่อแม่ดูแลลูก หรือเหมือนเพื่อนกันมากกว่าการเป็นสามีภรรยา ความรู้สึกของการเป็นสามีภรรยาลดน้อยลง บางรายพบว่ามีความต้องการทางเพศลดลงโดยเฉพาะในเพศหญิง บางรายมีความต้องการทางเพศแต่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้เหมือนก่อนป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ตนเองต้องอดทนอดกลั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางลบที่เกิดขึ้นภายหลังที่คู่ชีวิตป่วยเป็นโรคจิตเภท ดังที่ Skolnick (1981) กล่าวว่าความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตมีโอกาสเปลี่ยนแปลงสูง โดยมีปัจจัยต่างๆ เช่น เงิน สุขภาพ ความสำเร็จในอาชีพการงาน ล้วนมีมีบทบาทสำคัญต่อความเป็นสุขของชีวิตคู่ (Happy marriage) ซึ่งการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทเป็นปัญหาสุขภาพอย่างหนึ่งที่ส่งผลให้ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่อมีการเปลี่ยนแปลงไป (Skolnick, 1981 อ้างถึงในนงพงา ลิ้มสุวรรณ และ สุวรรณีย์ พุทธิศรี, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mutch (2010) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยให้ความสำคัญกับสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าสุขภาพและความต้องการของตนเองจนสูญเสียตัวตนของความเป็นสามีหรือภรรยาไปกลายมาเป็นผู้ดูแล (carer) และรู้สึกไม่ได้รับความพึงพอใจในชีวิต

การศึกษาของ Ostman & Bjorkman (2013) พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อปัญหาเรื่องเพศ (sexuality) ทั้งกับผู้ป่วยและคู่ชีวิตไม่ว่าจะเป็นความไม่มั่นใจเกี่ยวกับความสามารถทางเพศ ความลดน้อยลงของจินตนาการทางเพศ ความรู้สึกของความต้องการทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศ และการขาดการสื่อสารและการสนับสนุนในเรื่องทางเพศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Simiyon et al. (2016) ที่พบว่าการเสื่อมสมรรถภาพทาง

เพศซึ่งเป็นผลมาจากอาการของโรคจิตเภท รวมถึงเกิดจากผลข้างเคียงของยารักษาอาการจิตเภท ส่งผลต่อคุณภาพการแต่งงาน ทำให้คุณภาพการแต่งงานแย่ง (poor marital quality) และส่งผลต่อสัมพันธภาพชีวิตคู่ (marital relationships) ระหว่างคู่ชีวิตและผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ การศึกษาของ Kaushik & Bhatia (2013) ยังพบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไม่มั่นใจ (insecurity) และความรู้สึกสองจิตสองใจ (ambivalence) ในความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สำหรับในประเทศไทย การศึกษาของสุพัตรา ทองคุณ (2545) พบว่าการดูแลสามีที่ป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้ภรรยาของผู้ป่วยเรียนรู้ในการปรับความสัมพันธ์ทางเพศ โดยปรับใจยอมรับว่าสามีป่วยและอยู่แบบพี่ชายน้องสาว แต่ในบางครั้งที่สามีมีความต้องการทางเพศภรรยาจะยอมมีเพศสัมพันธ์แต่อดกลั้นทรมานใจเพื่อประคับประคองชีวิตคู่ไว้ แต่อย่างไรก็ตามความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางบวกต่อชีวิตคู่ด้วยเช่นกัน คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลายรายเล่าว่า เกิดความรักและความเข้าใจระหว่างตนเองและคู่ชีวิตมากขึ้นภายหลังที่คู่ชีวิตป่วยเป็นโรคจิตเภท ทะเลาะเบาะแว้งกันน้อยลง ต่างฝ่ายต่างปรับเปลี่ยนตนเองให้ดีขึ้นเพื่อประคับประคองชีวิตคู่ไปด้วยกัน ดังที่ Skolnick (1981) กล่าวว่าความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตมีโอกาสเปลี่ยนแปลงสูงจากปัจจัยต่างๆ เช่น ปัญหาสุขภาพ แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นที่จะต้องเป็นไปในทางที่เลวลงเสมอไป การเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ของชีวิตที่เกิดขึ้นอาจส่งผลให้ชีวิตคู่มีความสุขมากขึ้นได้ (Skolnick, 1981 อ้างถึงใน นงพงา ลีสมุวรรณ และสุวรรณี พุทธิศรี, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu & Shim (2009) ที่พบว่าคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจำนวนไม่น้อยมีสัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิตและผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ชีวิตคู่มีความสุขกับการแยกจากสังคมเครือญาติและมีชีวิตประจำวันที่เรียบง่าย เกิดความรักซึ่งกันและกัน (mutual affection) ความเห็นอกเห็นใจกัน (compassion) ความเคารพซึ่งกันและกัน (mutual respect) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการประคับประคองชีวิตคู่

**เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ** เนื่องจากภายหลังที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เช่นเดิม ในบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวไป ภาระและความรับผิดชอบทั้งหมดจึงตกเป็นของคู่ชีวิตของผู้ป่วย ทั้งรับผิดชอบงานภายในบ้านและหารายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัว เปรียบเสมือนเสาหลักของครอบครัว สามีของผู้ป่วยบางรายต้องทำหน้าที่เลี้ยงลูกและทำงานบ้านแทนภรรยา ภรรยาของผู้ป่วยบางรายต้องรับผิดชอบทำงานหาเงินเลี้ยงดูครอบครัวแทนผู้ป่วย มีบทบาทและหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ (2546) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของคู่ชีวิตไว้ว่า บทบาทระหว่างสามีภรรยาตามแบบประเพณีดั้งเดิมถือว่าผู้ที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวคือสามีเท่านั้น ในขณะที่ภรรยามีหน้าที่ให้ความรักเลี้ยงบุตรและดูแลบ้าน ความรับผิดชอบต่องานภายในครอบครัวของสามีมีความสัมพันธ์ผกผันกับระยะเวลาที่ต้องทำงานนอกบ้าน อาจกล่าวได้ว่าสามีเป็นผู้นำในการหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อมีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภททำให้อีกฝ่ายต้องรับผิดชอบ

หน้าที่แทนอีกฝ่าย ในบางรายต้องรับผิดชอบหน้าที่เพิ่มเป็นสองเท่า เนื่องจากอาการของโรคจิตเภท ทำให้ความสามารถในการทำงานและประกอบอาชีพลดลง รายได้ในครอบครัวจึงลดน้อยลง อีกทั้งยังมีค่าใช้จ่ายจากการรักษาต่างๆ การที่สามีหรือภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภทจึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัว ดังที่ Seeman (2012) กล่าวว่า ปัญหาทางการเงินซึ่งเป็นผลมาจากภาระค่าใช้จ่ายจากกระบวนการรักษาเป็นผลกระทบที่สำคัญอย่างมากในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตปัญหาที่เกิดขึ้นอาจทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยเกิดความคิดที่จะแยกทางหรืออย่าร้างได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chai & Nam (2016) ที่พบว่า คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกถึงภาระและความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้สูญเสียความหวังที่จะประคับประคองชีวิตคู่ จากการที่ต้องแบ่งความรับผิดชอบออกเป็นหลายส่วนทั้งให้การดูแลสามีหรือภรรยาที่ป่วย ดูแลเรื่องความเป็นอยู่ของครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูลูก และเรื่องงานบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาดูแลตนเอง รู้สึกมีภาระที่รับผิดชอบหนักเป็นสองเท่าคือ ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและหารายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัวและเป็นค่ารักษาพยาบาล คู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภททำได้เพียงพึ่งพิงชีวิตของตนไว้เบื้องหลังเพื่อรับผิดชอบทุกอย่างของครอบครัวซึ่งประกอบด้วยการทำงาน การดูแลงานบ้านและการเลี้ยงดูลูก รวมถึงการดูแลผู้ป่วยด้วย จากการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ทองคุณ (2545) ที่พบว่าภรรยาของผู้ป่วยจิตเภทมีกระบวนการปรับตัวภายหลังจากความเข้าใจความเจ็บป่วยของสามีแล้วเปลี่ยนบทบาทของตนเองเป็นผู้นำครอบครัว รับผิดชอบทุกอย่างในครอบครัว และมีการปรับวิธีการใช้จ่ายเพื่อให้เพียงพอในครอบครัว

**ควบคุมอารมณ์ตนเองให้เร็วที่สุดเมื่อมีเหตุให้ทะเลาะกัน** การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบางครั้งทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยเกิดความรู้สึกโมโหหรือหงุดหงิดใจเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น เมื่อผู้ป่วยพูดคุยไม่รู้เรื่องมีอาการฉุนเฉียว สมภพ เรื่องตระกูล (2557) กล่าวว่า โรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech) มักจะมีปัญหาทางด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว โดยจะเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่งเรียกว่า ความสัมพันธ์ไม่ต่อเนื่อง (loose association) หรือพูดไม่รู้เรื่อง (incoherence) ทำให้คนอื่นไม่อยากจะคุยกับผู้ป่วย รวมทั้งมีความผิดปกติของพฤติกรรม (disorganized behavior) มีพฤติกรรมวุ่นวายลักษณะต่างๆ เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก พลุ่พลา่ กระวนกระวายมาก อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรกหรือแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม อาจส่งเสียงร้องตะโกนหรือกล่าวคำหยาบ จึงมักจะสร้างความโมโหและหงุดหงิดใจให้กับผู้ดูแลได้ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าคู่ชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงในการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าว ใช้วิธีจัดการโดยการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ซึ่งแต่ละรายมีหลากหลายวิธีแต่โดยส่วนใหญ่จะใช้วิธีนั่งเงียบ ไม่ตอบโต้ และหลีกเลี่ยง

สถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่เพื่อไประงับจิตใจของตนเองให้สงบลง และให้ผู้ป่วยได้สงบจิตใจของตนเองเช่นกัน เมื่อต่างฝ่ายต่างใจเย็นลงก็จะสามารถกลับมาพูดคุยกันได้โดยไม่เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง ในบางรายใช้วิธีนับหนึ่งถึงสิบในใจหรือไปอาบน้ำล้างหน้าใช้ความเย็นจากสายน้ำช่วยให้ใจเย็นลง ซึ่งวิธีการต่างๆดังกล่าวเป็นไปตามที่ Lazarus & Folkman (1984) ได้กล่าวว่า เมื่อมนุษย์เกิดความเครียดหรือมีปัญหาเกิดขึ้นจะมีวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามจัดการหรือปรับอารมณ์ความรู้สึกของตน เพื่อลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดลักษณะนี้เมื่อประเมินแล้วพบว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้ คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เลือกใช้การเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีนี้ โดยการนั่งเงียบและปลีกตัวไปทำให้ตนเองใจเย็นลง เพื่อลดความหงุดหงิดใจที่เกิดขึ้น หลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงในการเผชิญกับปัญหา ดังที่ Thomas & Kilmann (1978) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลเมื่อเผชิญกับความขัดแย้งสามารถแสดงออกมาใน 5 ลักษณะ คือ การแข่งขัน การร่วมมือ การประนีประนอม การหลีกเลี่ยงและการยอมให้ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมที่คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกเมื่อเกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้การหลีกเลี่ยง (avoiding) เนื่องจากประเมินแล้วว่าการเผชิญหน้ากับสถานการณ์จะก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี จึงหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ครุกรุ่นดังกล่าวเพื่อไปปรับอารมณ์ตนเองและผู้ป่วยให้ลดความโมโหลงจนอยู่ในระดับที่สามารถพูดคุยกันได้ มีการใช้การประนีประนอม (compromising) และการยอมให้ (accommodation) ในบางสถานการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lawn & McMahon (2014) ที่พบว่าคู่ชีวิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีการปรับตัวทางอารมณ์ในเชิงบวก พยายามที่จะค้นหาวิธีการในการใช้ชีวิตของตนเองให้ดีขึ้น มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพชีวิตคู่ และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2551) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบหรือหงุดหงิดอารมณ์เสีย แสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้ดูแล ผู้ดูแลจะใช้วิธีถอยห่างจากสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความตึงเครียดและอาจมีการโต้ตอบอารมณ์ด้วยวาจาหรือการกระทำซึ่งกันและกันไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง จะช่วยให้สถานการณ์ต่างๆที่มีความขัดแย้ง ชุมนม่วนใจดีขึ้นและทำให้ผู้ดูแลสามารถกลับมาให้การดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังภาวะตึงเครียดต่อไปได้

**เหนื่อยจนท้อจากการดูแล** ความยากลำบากและความเหนื่อยล้าจากการดูแลทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจจนบางครั้งเกิดความท้อแท้ที่จะดูแลความเหนื่อยล้าจนเกิดความท้อแท้ที่เกิดจากหลากหลายสาเหตุ เช่น การพูดคุยกันไม่รู้เรื่องระหว่างผู้ป่วยและคู่ชีวิต ความเหนื่อยล้าจากการที่ต้องคอยบังคับให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ปกติสามารถทำได้เอง โดยเฉพาะเรื่องกิจวัตรประจำวัน เหนื่อยกับการควบคุมอารมณ์ตนเองเมื่อรู้สึกโมโหหรือหงุดหงิดใจกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจนเกิดความขัดแย้งในจิตใจ บางครั้งเหนื่อยในการใช้ความพยายาม

ที่จะสร้างความเข้าใจให้กับตนเองเพื่อยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมา บางรายมีความคิดและพยายามที่จะฆ่าตัวตายทั้งครอบครัวเพื่อให้หลุดพ้นจากความยากลำบากที่เป็นอยู่ ซึ่งในแต่ละรายผ่านพ้นความยากลำบากเหล่านั้นมาได้ด้วยกำลังใจที่เกิดขึ้นจากตนเองและคนรอบข้าง ดังที่ Montgomery et al. (1985) อธิบายว่า ผลจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดภาระการดูแลซึ่งเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบากจากการดูแลต่อตัวผู้ดูแลใน 2 มิติ คือ ภาระการดูแลเชิงปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนที่บ่งบอกถึงความยากลำบากของผู้ดูแลจากกิจกรรมการดูแล เช่น มีปัญหาสุขภาพ ปัญหาหน้าทำงาน มีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง และภาระการดูแลเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิบัติการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่เกิดจากกิจกรรมการดูแล เช่น ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกเป็นทุกข์ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผลจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งเชิงปรนัยและอัตนัย โดยเฉพาะความเหนื่อยล้าทางจิตใจที่เกิดจากปัญหาต่างๆระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยจนเกิดความรู้สึกท้อแท้ขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumari et al. (2009) ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันทางอารมณ์อย่างต่อเนื่องจนเกิดความกังวลใจ (worry) ความผิดหวัง (frustration) รู้สึกสูญเสียการควบคุมเนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอนและไม่สามารถคาดเดาอาการของผู้ป่วยได้

บางรายรู้สึกไม่ได้รับความพึงพอใจกับชีวิตและต้องการความเป็นอิสระจากการดูแล เกิดความโศกเศร้า ความกลัว เหน็ดเหนื่อย และท้อแท้ในการดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaushik & Bhatia (2013) ที่พบว่าชีวิตที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักจะทำให้ความสำคัญกับสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าสุขภาพและความต้องการของตนเองส่งผลต่อปัญหาสุขภาพร่างกาย ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเอง ภาระการดูแลที่เรื้อรังเกิดขึ้นทุกวัน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาของเสาวภา พรวระคุ (2549) พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตมีความเครียดจากการดูแลโดยรวมสูงที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ดูแลกลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Idstad, Ask & Tambs (2010) ที่พบว่าคู่ชีวิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีระดับสุขภาวะ (subjective well-being) ที่ต่ำ มีความวิตกกังวล (anxiety) และภาวะซึมเศร้า (depression) สูงเมื่อเทียบกับคู่ชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ในกลุ่มคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นผลจากภาระการดูแล (Wittmund, Wilms, Mory & Angermeyer, 2002 cited in Seeman, 2012) จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงเป็นข้อสนับสนุนในการอธิบายถึงความท้อแท้ที่เกิดจากการดูแลในคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความยากลำบากทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก จนบางรายพยายามที่จะจบชีวิตของตนเองและคนในครอบครัวเพื่อให้หลุดพ้นจากความยากลำบากเหล่านี้

**หาตัวช่วยในการดูแล** คุณชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายมีการเรียนรู้ในการปรับตัวที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสามีหรือภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ในบางครั้งเมื่อไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเองเพียงลำพัง คุณชีวิตของผู้ป่วยบางรายหาตัวช่วยในการดูแล โดยการไหว้วานให้ญาติหรือคนใกล้ชิดมาช่วยดูแลในขณะที่ตนไปทำงานหรือมีธุระที่ต้องเดินทางไปอื่น เช่น บางรายจัดสรรเวรให้ลูกแต่ละคนมาช่วยกันดูแลผู้ป่วยเมื่อตนเองต้องเดินทางไปต่างจังหวัด ในบางรายที่ไม่สามารถหาคนช่วยดูแลแทนได้จะใช้การโทรศัพท์หรือไลน์ในการติดตามสอบถามอาการ ความเป็นอยู่ รวมไปถึงตรวจสอบและกระตุ้นเตือนการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์หรือไลน์ เพื่อช่วยลดความกังวลใจที่เกิดจากความหวังใยในขณะที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้ ดังที่สุนทรียภรณ์ ทองไสย (2558) กล่าวว่า เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท ภาระความรับผิดชอบต่างๆในครอบครัวจึงตกแก่สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ทำให้ต้องรับปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ต้องใช้เวลาในการทำงานมากขึ้น โอกาสและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอจึงน้อยลง แต่จะเห็นได้ว่าคุณชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้มีการปรับตัวในทางบวกและแสวงหาแนวทางที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย โดยการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและใช้อุปกรณ์สื่อสารเป็นตัวช่วยในการดูแล

ตามแนวคิดของ House (1981) ที่อธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (emotional concern) เช่น การให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ และความหวังใย 2) ด้านสิ่งของ (instrumental aid) เช่น การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงิน 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (information) และ 4) การประเมินสะท้อนคิด (appraisal) (House, 1981 อ้างถึงในพรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม และประคอง อินทรสมบัติ, 2552) จากการศึกษาในครั้งนี้จะพบว่าคุณชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและคนใกล้ชิดทั้งด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และการประเมินสะท้อนคิด แต่ก็มีคุณชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทบางรายที่เล่าว่าแม้ตนเองจะได้รับความช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ เงินทองจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆเป็นจำนวนมากแต่สิ่งที่คุณชีวิตของตนเองต้องการมากที่สุดคือ ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ นั่นคือ ความเข้าใจความเห็นอกเห็นใจและความหวังใยจากครอบครัว คุณชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทนอกจากจะต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของหรือเงินทองแล้ว ยังต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ด้วยเช่นกัน ดังที่ Bramdt & Weimert (1985) กล่าวว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ความรู้สึกหวังใยซึ่งกันและกัน มีความใกล้ชิดผูกพัน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง รับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ip and Mackenzie (1998) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณชีวิตของตนเองได้รับความช่วยเหลือทางสังคมน้อย และการศึกษาของ

Mizono et al. (2011) ยังพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อยเมื่อเทียบกับผู้ดูแลที่เป็นพ่อแม่หรือพี่น้องของผู้ป่วย

**ปรับความคิดและจิตใจ** หลังจากเรียนรู้ว่าคู่ชีวิตของตนป่วยเป็นโรคจิตเภท วิธีการที่คู่ชีวิตของผู้ป่วยเลือกใช้ในการยอมรับและทำความเข้าใจกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นคือ การปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วย โดยมองว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม ทำความเข้าใจกับพฤติกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยแสดงออกว่าเกิดจากตัวโรค เปรียบเทียบกับความยากลำบากในอดีตที่เคยเผชิญ รวมถึงการปรับความรู้สึกและจิตใจ หลายรายใช้ธรรมะเข้าช่วยให้เกิดความรู้สึกปล่อยวางและยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น บางรายสร้างกำลังใจให้กับตนเองโดยบอกกับตนเองให้อดทนไม่ท้อถอยหรือในบางรายปรับความคิดในเชิงบวกว่าความยากลำบากที่ได้รับเปรียบเสมือนรสชาติใหม่ที่เกิดขึ้นกับชีวิตคู่ทำให้เกิดความท้าทายในการดูแล จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายนั้นมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่แตกต่างกัน ทั้งการจัดการปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาหรือการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) แต่จะเห็นได้ว่าคู่ชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายมีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมือนกันคือ การใช้กลไกทางจิตเพื่อให้ตนเองยอมรับและเข้าใจในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสามีหรือภรรยาของตนและยังเป็นการสร้างกำลังใจให้กับตนเองในการใช้ชีวิตดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังที่ Freud (1940) ได้กล่าวว่า การปรับตัวในสถานการณ์วิกฤติของชีวิตจำเป็นที่จะต้องมีการและกลไกทางจิตในการป้องกันตนเองที่บุคคลเลือกนำมาใช้อย่างไม่รู้ตัว การใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่จะลดหรือผ่อนคลายความเครียดลงได้ชั่วคราว มีผลดีทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าถอยไปตั้งหลักได้ เกิดกำลังใจสามารถที่จะทำการต่อสู้ครั้งใหม่ได้ (Freud, 1940 อ้างถึงใน ประยูร สุขะใจ, 2558)

คู่ชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายมีวิธีการปรับมุมมองความคิดและจิตใจตนเองที่หลากหลาย บางรายคิดปล่อยวางให้กับชีวิต บางรายเปรียบเทียบความลำบากของตนเองกับผู้อื่น บางรายเปรียบเทียบความยากลำบากจากการดูแลในปัจจุบันกับอดีตเพื่อให้ตนเองเห็นว่ามีความยากลำบากลดน้อยลงและมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญา เจริญฉ่ำ (2551) ที่พบว่าประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสภาพจิตใจที่หลากหลาย มีจิตใจที่เป็นทุกข์และจิตใจที่เป็นสุขหมุนเวียนเป็นวงจรตลอดการให้การดูแล และมีการปรับสภาพจิตใจ เพื่อให้สภาพจิตใจของตนดีขึ้น ได้แก่ การทำใจยอมรับ การบอกตนเองให้เข้มแข็ง การยึดความเชื่อหรือหลักทางศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ และการเปรียบเทียบความทุกข์ของตนกับผู้อื่น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจิรารัตน์ คณิงเพียร (2556) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีกระบวนการของพฤติกรรมกรมการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น 4 กระบวนการ คือ ตื่นตระหนก แสวงหาปรับตัว และยอมรับ เมื่อเกิดเหตุการณ์ใดขึ้นบุคคลจะเผชิญปัญหานั้นด้านอารมณ์ ตามด้วยพฤติกรรมเน้นการแก้ปัญหา และท้ายที่สุดเมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีกไม่สามารถหาทางออกได้ก็จะ

แสดงพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้วยการสร้างกลไกทางจิตเพื่อสร้างความสมดุลของจิตใจ การใช้กลไกทางจิตในการปรับความคิดและจิตใจแต่ละวิธีที่คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายเลือกใช้แล้วแต่มีจุดประสงค์หลักคือ เพื่อให้ตนเองยอมรับและเข้าใจในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสามีหรือภรรยาของตนและเตรียมพร้อมที่จะให้การดูแลต่อไป

**ภูมิใจที่ทำให้อาการดีขึ้น** ภาวะและความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสร้างความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วย แต่บ่อยครั้งที่คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีความรู้สึกทางบวกเกิดขึ้นขณะให้การดูแลด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น คู่ชีวิตของผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่ได้เห็นอาการของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นเรื่อยๆ และรู้สึกภูมิใจที่การดูแลของตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อาการทางจิตดีขึ้น ภูมิใจที่สามารถเอาชนะความเจ็บป่วยและสามารถเอาชนะความยากลำบากจากการดูแลสามีหรือภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจนสำเร็จได้ ภูมิใจที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากคนรอบข้างและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนปกติอีกครั้ง หลายรายต่างเล่าด้วยรอยยิ้มว่ารู้สึกดีใจและภูมิใจมากที่การดูแลของตนทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น เป็นความสุขที่เกิดขึ้นจากการได้ให้ความรักและความทุ่มเทดูแลตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา เป็นกำลังใจและแรงผลักดันอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต้องการที่จะดูแลสามีหรือภรรยาของตนต่อไป

จากการศึกษาในครั้งนี้จะพบว่าในช่วงแรกของการเจ็บป่วยหรือในระยะที่ผู้ป่วยอาการกำเริบ คู่ชีวิตของผู้ป่วยมักจะเต็มใจได้ความกลัวและความวิตกกังวล จากอาการและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกและการที่ไม่สามารถคาดคะเนได้ว่าอนาคตผู้ป่วยจะมีอาการอย่างไร เมื่อผ่านการดูแลมาสักระยะหนึ่งคู่ชีวิตของผู้ป่วยจะมีการปรับตัวในการดูแลและการปรับตัวทางด้านจิตใจ การได้เห็นผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตที่ดี พูดคุยรู้เรื่องและสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความสบายใจมากขึ้นและภูมิใจที่ตนเองมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ดังที่ Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า เมื่อบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่คงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ จะส่งผลให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามหรือสูญเสียได้ แต่เมื่อบุคคลสามารถคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงหรือการดำเนินของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ว่าเป็นสิ่งที่ทำลาย โรคจิตเภทนั้นเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา หากคู่ชีวิตของผู้ป่วยไม่สามารถที่จัดการกับอาการของผู้ป่วยได้ก็จะทำให้คู่ชีวิตมีความเครียดหรือทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ แต่หากสามารถดูแลหรือจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ก็จะมีความสุขสบายใจมากขึ้นซึ่งเป็นผลลัพธ์ในการปรับตัวทางด้านจิตใจตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุดา วนาลีสิน ทิพย์ภา เซษฐุ์ชาวลิตพรณนี อ่าวเจริญ และจิตลัดดา ไชยมงคล (2546) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกสบายใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือเมื่อผู้ป่วยยอมรับและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆที่เผชิญ โดยเฉพาะสถานการณ์ที่เป็นความขัดแย้งทั้งกับผู้ดูแล ครอบครัวและคนรอบข้าง เช่นเดียวกับผลการศึกษา



อภิญา เจริญฉ่ำ (2551) ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีสภาพจิตใจที่หลากหลายเมื่อรู้ว่าญาติของตนมีอาการทางจิต มีสภาพจิตใจที่ขึ้นลงเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย มีจิตใจที่เป็นทุกข์และจิตใจที่เป็นสุขหมุนเวียนเป็นวงจรตลอดการให้การดูแล และมีการปรับสภาพจิตใจเพื่อทำให้สภาพจิตใจของตนดีขึ้น ในบางครั้งเกิดความสบายใจและคิดว่าตนสามารถจัดการดูแลได้ ซึ่งความรู้สึกนี้เกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลสังเกตพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือแม้จะไม่ได้ดีขึ้นมากนักถึงขนาดหายเป็นปกติ เพียงแค่ผู้ป่วยยอมรับประทานยาเอง หรือผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้นเท่านั้น ความรู้สึกเครียดกังวลต่างๆของผู้ดูแลก็แทบจะหายเป็นปลิดทิ้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Seeman (2012) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อคู่ชีวิตที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าคู่ชีวิตมีความพึงพอใจที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น สามารถจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ เกิดความภาคภูมิใจที่สามารถจัดการกับความทุกข์ของตนเองได้ เกิดความเข้มแข็งที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยและสอดคล้องกับการศึกษาของ Lawn & McMahon (2014) ที่พบว่าคู่ชีวิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตบางรายเกิดความรู้สึกท้าทาย (challenges) ในการดูแลผู้ป่วย มีความมุ่งมั่นอดทนในการรักษาและปกป้องความสัมพันธ์ของชีวิตคู่เอาไว้

**ประเด็นที่ 3 การดูแลตามอาการที่เป็น** ประกอบด้วย 5 ประเด็นย่อย ได้แก่

**สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งถึงอาการกำเริบ** คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เป็นสัญญาณว่าเริ่มมีอาการทางจิตกำเริบในลักษณะต่างๆ เช่น เริ่มพูดคุยเรื่องที่ไม่เป็นความจริง ประชดประชันเรื่องราวขึ้นมา มีพฤติกรรมนั่งนิ่งๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ทำทางเหม่อลอย ทำทางเหมือนกำลังคิดอะไรอยู่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บ่งบอกว่ากำลังมีความเครียดที่เป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการทางจิต บางรายเริ่มมีพูดคนเดียว พูดซ้ำๆ อยู่ไม่นิ่งตอนกลางคืน ไม่ยอมนอนหลับ ในบางรายมีสายตาดำจ้อง มองด้วยสายตาดูร้าย ไม่หลบสายตา พูดจาดี้อันไม่เชื่อฟัง ลักษณะพฤติกรรมเหล่านี้เป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตเกิดขึ้น ซึ่งในแต่ละสัญญาณเตือนเหล่านี้ได้มาจากการคอยสอบถามและสังเกตจากการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิดในแต่ละวัน ความสนิทสนมใกล้ชิดกันนี้ทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น ในบางรายใช้การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้ เพื่อเป็นการประเมินหรือตรวจสอบว่าผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องและต่อเนื่องตามแพทย์สั่งหรือไม่ ดังที่มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2558) อธิบายว่า อาการของโรคจิตเภทโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ระยะอาการนำ (Prodromal phase) ระยะโรคกำเริบ (Active phase) และระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (Residual phase) ดังนั้นก่อนที่จะมีระยะโรคกำเริบผู้ป่วยมักจะมีอาการของระยะอาการนำมาก่อน ระยะอาการนำนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่ามีปัญหาในด้านการทำหน้าที่และความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ ละเลยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา ไสยศาสตร์ มีการใช้คำหรือ

สำนวนแปลกๆ ผู้ที่ให้การดูแลอาจสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยนั้น อาจจะทำสิ่งที่มีอาการกำเริบได้

จากการศึกษาในครั้งนี้จะพบว่าคูชีวิตของผู้ป่วยจะมีการเรียนรู้วิธีดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบโดยเฝ้าสังเกตและจดจำพฤติกรรมหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมของผู้ป่วยที่บ่งบอกว่ากำลังจะมีอาการกำเริบตลอดเวลาที่อยู่ร่วมกัน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทันก่อนที่จะมีอาการกำเริบขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Agard et al. (2015) เกี่ยวกับมิติการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิต (Dimensions of spousal caregiving) ซึ่งพบว่า คูชีวิตของผู้ป่วยจะมีการสังเกต (observing) โดยคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องว่ามีอาการที่บ่งบอกถึงการกำเริบของโรคหรือการฟื้นหายจากโรคหรือไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2551) ที่พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทการดูแลมีการดูแลแบบลอบสังเกตโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัว (unobtrusive observation) ใช้ในผู้ป่วยบางรายที่ผู้ดูแลไม่สามารถใช้วิธีการสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรงได้ ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่การเฝ้าสังเกตทุกช่วงเวลาของผู้ป่วยแสดงอาการกับกิจกรรมแปลกๆ และเบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ ซึ่งสาเหตุมาจากการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องหรือใช้สารเสพติดที่ทำให้ยาที่ได้รับไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ การเฝ้าสังเกตอาการหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกจะช่วยให้สามารถประเมินความผิดปกติทางจิตและสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไปได้ การเป็นสามีภรรยาที่ใช้ชีวิตร่วมกันมานานและมีความใกล้ชิดกันเกือบตลอดเวลา ทำให้คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทสามารถมีเวลาสังเกตพฤติกรรมต่างๆ ที่ผิดปกติไปได้ง่าย แม้แต่ในช่วงเวลากลางคืน

**ดูแลความปลอดภัยเมื่อมีอาการกำเริบ** ในช่วงแรกๆ ที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตและในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีลักษณะอาการทางคลินิกหลายอย่างทั้งอาการทางทางบวก และอาการทางลบ โดยเฉพาะอาการหลงผิด (delusion) อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อยคือ delusion of persecution ผู้ป่วยหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนคอยปองร้าย และ delusion of reference ผู้ป่วยคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยคือ หูแว่ว เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียงหรือคำพูด เช่น คนพูดว่าร้ายหรือสบประมาท หรือพูดเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคนๆ เดียวหรือหลายคน บางรายพบความผิดปกติของพฤติกรรม (disorganized behavior) เช่น พลุ่พล่า่นกระวนกระวายมาก ส่งเสียงร้องตะโกนหรือกล่าวคำหยาบ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ อาจมีภาวะซึมเศร้า (depression) หมดกำลังใจจากอาการของโรคที่เกิดขึ้น และมีการพยายามฆ่าตัวตายได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; นันทวัช สิริธิรักษ์ และคณะ, 2558) คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจึงมีการจัดการให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยขณะที่มีอาการดังกล่าว โดยการจำกัดพื้นที่ของผู้ป่วยให้อยู่เฉพาะภายในบ้าน คูชีวิตของผู้ป่วยรายหนึ่งได้ให้คำจำกัดความการจำกัดพื้นที่นี้ว่าเป็นการสร้าง “Safety zone” คือ การจำกัดให้ผู้ป่วยอยู่เฉพาะพื้นที่ภายในบ้านในช่วงที่มีอาการทางจิต เพื่อลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ป้องกันความคิดฟุ้งซ่าน ป้องกันความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหากออกไปสู่สังคมภายนอกในช่วงที่มีอาการทางจิตเกิดขึ้น ดังที่แนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ Watson (1985) ได้กล่าวถึงปัจจัยการดูแลที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลในระดับที่เป็น การดูแลอย่างเข้าถึงความรู้สึกของบุคคล (transpersonal caring) ว่า ควรประคับประคอง สนับสนุน แก่ไขสภาพแวดล้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (provision for a supportive, protective, corrective mental, physical, societal & spiritual environment) การจำกัดพื้นที่ให้ผู้ป่วยอยู่ภายในบ้านซึ่งเป็นสถานที่ที่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหากออกไปสู่สังคมภายนอกในช่วงที่มีอาการทางจิตเกิดขึ้นในช่วงแรกๆ ที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตและขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จึงเป็นวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยตามแนวคิดของ Watson (1985) และยังสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดในขณะที่มีอาการทางจิตด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ คณิงเพียร (2556) ที่พบว่าหลังจากกระบวนการหาข้อมูลและทดลองรักษาผู้ป่วยอยู่ระยะเวลาหนึ่ง ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเริ่มเรียนรู้พฤติกรรมปรับตัว โดยพยายามใกล้ชิดผู้ป่วยมากขึ้นมากกว่าที่เคยปฏิบัติมา มีการระมัดระวังความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วย ตนเองและผู้อื่นโดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการทางจิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Agard et al. (2015) ที่พบว่า การดูแลของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต (Dimensions of spousal caregiving) คู่ชีวิตมีการให้ช่วยเหลือ (assisting) ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ภายหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยสร้างสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่จะช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วย

**พูดคุยด้วยถ้อยคำอ่อนโยนเมื่อมีอาการกำเริบ** ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเกิดขึ้น เช่น เห็นภาพหลอน หูแว่ว พูดคนเดียว คู่ชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะคอยพูดคุยก่อถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วยว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านั้นเกิดจากอาการทางจิต โดยใช้ถ้อยคำที่อ่อนโยน ค่อยๆ อธิบายให้รับรู้และอยู่กับความจริงในปัจจุบันที่กำลังเกิดขึ้น บางรายกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่ได้ยินเมื่อมีอาการหูแว่ว กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมาเมื่อมีอาการทางจิต โดยตนเองคอยรับฟังและอธิบายสร้างความเข้าใจที่เป็นจริงร่วมกับพูดคุยให้กำลังใจ บางรายมีเทคนิคในการอธิบายสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วย โดยขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตจะเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากอาการเหล่านั้น เช่น หาอาหารที่ชอบให้รับประทาน ทำกิจกรรมอย่างอื่น เพื่อปรับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีท่าทีที่สงบลงค่อยๆ อธิบายในสิ่งที่จริงใจให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยถ้อยคำที่อ่อนโยนและท่าทีสงบ ไม่คุกคาม ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย

เนื่องจากโรคจิตเภทนั้นเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ การรับรู้ นำไปสู่การแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเมื่อมีอาการทางจิตได้ คู่ชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย

จึงหลีกเลี่ยงการแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง การใช้ความรุนแรงหรือการพูดจาที่รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและอาการกำเริบมากขึ้น มักจะใช้ถ้อยคำที่ไพเราะนุ่มนวลในการว่ากล่าวตักเตือนเพื่อหยุดพฤติกรรมเหล่านั้น ดังที่ จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ (2544) กล่าวว่าสาเหตุหนึ่งของความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทคือปัญหาการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยหรือในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตด้วยพฤติกรรมหรือคำพูดที่แสดงถึงความรุนแรงนั้นยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือมีอาการทางจิตมากขึ้น การจัดการกับพฤติกรรมหรืออาการดังกล่าวจึงควรใช้วิธีการใช้ถ้อยคำที่ไพเราะ นุ่มนวล อ่อนโยน ให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ไม่ถูกคุกคาม สอดคล้องกับการศึกษาของยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกครั้งที่ถูกคุยกับผู้ป่วยจะพูดจาด้วยคำพูดที่ดี ใช้น้ำเสียงอ่อนโยน บางครั้งผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดผู้ดูแลจะพยายามควบคุมอารมณ์และพูดจาดีกับผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2551) ที่พบว่า การใช้คำพูดที่นุ่มนวล (using kind words) น้ำเสียงอ่อนโยน ไม่พูดชู้ ตะคอก หรือตะโกนใส่ผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่แสดงอาการก้าวร้าว อาการทางจิตไม่กำเริบ และยังสามารถโน้มน้าวใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการได้ การใช้คำพูดดีต่อผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถให้คำแนะนำ คำชี้แนะในเรื่องวิธีการดูแลตนเอง ถือเป็นกุญแจสู่ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้จะพูดคุยด้วยถ้อยคำที่อ่อนโยนเพื่อหยุดพฤติกรรมของผู้ป่วยและสร้างความเข้าใจให้กับผู้ป่วยแล้ว ในบางครั้งชีวิตของผู้ป่วยมีการพูดคุยด้วยคำพูดดีเพื่อสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม (2544) ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชมีการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโดยการพูดให้กำลังใจและการทำให้สบายใจ

**เรียนรู้การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ** ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการและกลยุทธ์ในการทำ ให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่ต่างกันออกไปตามลักษณะอาการที่เป็น ในช่วงแรกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ ชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นผู้จัดยาให้เอง เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ บางรายมีการปรึกษาแพทย์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนเวลารับประทานยาให้เป็นมือเดียวในหนึ่งวัน เพื่อง่ายต่อการรับประทานและเหมาะสมกับช่วงเวลาการทำงานของผู้ป่วย บางรายมีกลยุทธ์ในการให้ผู้ป่วยยอมรับประทานยาอย่างถูกต้องและตรงเวลา โดยให้รับประทานยาให้เห็นต่อหน้า เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาแล้วอย่างแน่นอน หลังจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น ได้ปรับเปลี่ยนการดูแลเรื่องการรับประทานยาจากจัดให้เองเปลี่ยนเป็นคอยสอนวิธีการรับประทานยา คอยบอกย้ำกระตุ้นเตือนให้รับประทานยา และใช้วิธีการสังเกตร่วมด้วย เช่น คอยสังเกตจำนวนเม็ดยาที่เหลือว่าตรงตามจำนวนที่ต้องรับประทานหรือไม่ เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยาอีกครั้ง บางรายมีการตรวจสอบความถูกต้องของการ

รับประทานยาโดยสังเกตจากพฤติกรรมหรืออาการทางจิตที่แสดงออกมาร่วมด้วย หากผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้องจะต้องไม่มีอาการทางจิตแสดงออกมา บางรายตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้แอบซ่อนยาไว้ใต้หมอนหรือบริเวณอื่นภายในบ้านหรือไม่โดยไม่ให้ผู้ป่วยทราบ บางรายแอบนับเม็ดยาที่เหลือไว้ก่อนออกจากบ้านพอกลับมาจะตรวจสอบว่ายาในแผงหายไปครบตามจำนวนยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานหรือไม่ วิธีการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยเหล่านี้ คู่ชีวิตของผู้ป่วยเรียนรู้จากปัญหาและความผิดพลาดที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแล เพื่อพัฒนาการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังที่ Gottlieb (1985) กล่าวว่า สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัว เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมระดับเล็ก (micro level) ของผู้ป่วยที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมเรื่องการรับประทานยาและการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะคู่ชีวิตที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลาสามารถคอยดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดมากกว่าบุคคลอื่นๆ การคอยสอดส่องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทูลภา บุพผาสังข์ (2545) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักเป็นบิดา มารดา และคู่ชีวิต ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดที่จะคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และเฝ้าระวังสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับเปลี่ยนการดูแลเรื่องการรับประทานยาตามตามลักษณะอาการที่เป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์การรักษาของแพทย์มากที่สุด ในช่วงแรกที่มีอาการทางจิตและในช่วงที่อาการทางจิตกำเริบ คู่ชีวิตจะมีบทบาทสำคัญในการจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน เพราะประเมินว่าเป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถดูแลตนเองในการรับประทานยาได้เต็มที่

เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการที่ดีขึ้นคู่ชีวิตของผู้ป่วยหลายรายปรับเปลี่ยนการดูแลเรื่องยาจากจัดให้มาเป็นการสอนให้จัดเองและคอยกระตุ้นเตือนให้รับประทานยา เนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองมากขึ้นเกิดความรู้สึกรับผิดชอบในตนเอง แม้จะประเมินแล้วว่าผู้ป่วยสามารถจัดยารับประทานเองได้ถูกต้อง แต่คู่ชีวิตหลายรายมีการลอบสังเกตเพื่อตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยไม่ให้ผู้ป่วยรู้ตัว เพื่อให้ตนเองมั่นใจว่าผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องครบถ้วนตามคำแนะนำของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Agard et al. (2015) เกี่ยวกับมิติการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต (Dimensions of spousal caregiving) ซึ่งพบว่าคู่ชีวิตจะคอยสังเกต (observing) อาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้การช่วยเหลือ (assisting) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหารเช้า การรับประทานยา คอยกระตุ้นและเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา มีการฝึกสอน (coaching) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาครั้งนี้จะพบว่าในช่วงแรกคู่ชีวิตของผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ (assisting) โดยเป็นผู้จัดยาให้ต่อมาเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ฝึกสอน (coaching) และคอยสังเกตการรับประทานยา (observing) แต่ไม่ใช่ที่คู่ชีวิตของผู้ป่วยทุกรายจะมีรูปแบบการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยในลักษณะดังกล่าว ในบางราย เช่น ID13 ไม่เคยจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานเองเลยเพียงแต่คอยพูดกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาและสอบถามจากผู้ป่วยเท่านั้น โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วสามารถที่จะดูแลตนเองได้และยังมองว่าคู่ชีวิตของตนนั้นโตเป็นผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะพอที่จะสามารถดูแลเรื่องรับประทานยาเองได้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยรายนี้มีอาการทางจิตกลับมาเป็นซ้ำบ่อย จากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้รับประทานยาตามที่ได้บอกกับสามีมีการแอบเอายาไปทิ้งที่ทำงานโดยที่สามีไม่ทราบ การดูแลผู้ป่วยในลักษณะนี้ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยควรมีการดูแลแบบลอบสังเกตโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัวร่วมด้วย ตามข้อค้นพบจากการศึกษาของเพ็ญญา แดงด้อม ยุทธ์ (2551) ที่พบว่า การดูแลแบบลอบสังเกตโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัวใช้ในผู้ป่วยบางรายที่ผู้ดูแลไม่สามารถใช้วิธีการสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรงได้ ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่การเฝ้าสังเกตทุกช่วงเวลาของผู้ป่วยแสดงอาการกับปฏิกิริยาแปลกๆและเบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ ซึ่งสาเหตุมาจากการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและควรจะต้องให้การดูแลเรื่องการรับประทานยาอย่างใกล้ชิด เช่น เป็นผู้จัดยาให้หรือให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาให้เห็นต่อหน้า ซึ่งเป็นกลวิธีที่คู่ชีวิตรายอื่นได้ปฏิบัติเมื่อพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องหรือไม่ยอมรับประทานยาหลังจากใช้วิธีนี้คู่ชีวิตของผู้ป่วยหลายรายบอกว่าผู้ป่วยได้รับยาครบถ้วนถูกต้องและมีอาการที่ดีขึ้น จากนั้นค่อยปรับเปลี่ยนมาให้ผู้ป่วยจัดยาเอง สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนนท์ ชันแข็ง (2548) ที่พบว่า ในระยะแรกที่มีการเจ็บป่วยหรือช่วงที่มีอาการทางจิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นผู้จัดยาให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานด้วยตนเอง เมื่ออยู่ในระยะอาการสงบจะปรับเปลี่ยนการดูแลเรื่องยาให้ผู้ผู้ป่วยจัดยารับประทานเอง ผู้ดูแลมีหน้าที่พูดกระตุ้นเตือนให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยา

**หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้อาการกำเริบ** การหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบมี 2 วิธี คือ หลีกเลี่ยงการทำให้เกิดความเครียดและหลีกเลี่ยงสารเสพติดกระตุ้นอาการ คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่รับรู้และทำความเข้าใจว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สามีหรือภรรยาของตนป่วยเป็นโรคจิตเภทคือ เกิดจากความเครียด จึงแสวงหาวิธีการต่างๆที่จะขจัดความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งมีหลากหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ 1) ตามใจในสิ่งที่ควรตามใจ คอยตามใจจัดหาทุกอย่างที่ผู้ป่วยต้องการ โดยไม่ขัดใจ เช่น ซื้อของให้ พาไปเที่ยว ทำกิจกรรมที่ชอบ บางรายให้เงินผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายอย่างอิสระตามต้องการ 2) พูดคุยให้กำลังใจ จัดหาเวลาในการพูดคุยเรื่องราวที่ทำให้เกิดความรู้สึกดีๆกับผู้ป่วยมากขึ้นในแต่ละวัน พูดคุยตลอดโยนเวลาที่ผู้ป่วยท้อแท้ 3) หางานให้ทำหรือกระตุ้นให้มีกิจกรรมทำ โดยเป็นงานที่ง่ายไม่หักโหมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น 4) ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ 5) ใช้ธรรมะหรือกิจกรรมทางศาสนาช่วยผ่อนคลายจิตใจตามความเชื่อ

ของผู้ป่วย ตามแนวคิด Vulnerability - Stress Model ที่ระบุว่าความเครียดสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต เนื่องจากในชีวิตประจำวันผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความรู้สึกไวต่อความเครียดต่างๆมากกว่าคนปกติ จะทนกับความเครียดหรือความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดีและมีการตอบสนองต่อความเครียดไม่เหมาะสม (Zubin & Spring, 1997 อ้างถึงใน พรทิพย์ ไชสะอาด, 2555) นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และมีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น จนเกิดการป่วยซ้ำ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553, Norman et al., 2002 อ้างถึงใน พรทิพย์ ไชสะอาด, 2555) การเลือกใช้วิธีการป้องกันและลดความเครียดให้ผู้ป่วย คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนไปตามสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย

**ตามใจในสิ่งที่ควรตามใจ** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีการตามใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ โดยสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการนั้นจะต้องไม่ขัดแย้งกับแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ (2551) ที่พบว่า การดูแลหาสิ่งที่ผู้ป่วยชอบมาให้ (offering his/her favorite things) เช่น จัดหาอาหาร สิ่งของที่ผู้ป่วยชอบ หรือให้เงินเพื่อใช้จ่ายส่วนตัว ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ คลายความหงุดหงิด สามารถจูงใจให้ผู้ป่วยยอมปฏิบัติตามที่ผู้ดูแลแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษาขณะที่อยู่ในการดูแลที่บ้านได้อย่างดี

**พูดคุยให้กำลังใจ** เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ (2551) กล่าวว่า การสื่อสารโดยตรงทางคำพูดเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพราะการสื่อสารนอกจากจะใช้สังเกตอาการทางจิตแล้วยังใช้เพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน การพูดคุยเพื่อทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจในการดูแลตนเองและต่อสู้กับความเจ็บป่วยจากโรคจิตเภทที่เกิดขึ้น เป็นการแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใยที่คู่ชีวิตมีต่อผู้ป่วย การแสดงออกถึงความห่วงใยและการให้กำลังใจเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (emotional concern) ตามแนวคิดของ House (1981) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงและมีที่พักพิง โดยเฉพาะจากคนที่ตนเองรัก ตามแนวคิดปัจจัยการดูแล (carative factors) ของ Watson (1985) การส่งเสริมให้กำลังใจกัน สนับสนุน และการยอมรับซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างความศรัทธาและความหวัง (Instillation of faith-hope) ให้กับผู้ป่วยต่อแผนการรักษาและความสามารถของผู้ดูแล รวมถึงทำให้ผู้ป่วยมีความหวังที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผลจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม (2544) ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชมีการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโดยการให้กำลังใจและการทำให้สบายใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu and Shim (2009) ที่ศึกษาผลของการแต่งงานต่อกระบวนการฟื้นหาย (recovery process) ในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การพูดคุยให้กำลังใจแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจกัน (compassion) ระหว่างผู้ป่วยและคู่ชีวิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนการใช้ชีวิตคู่

**หางานให้ทำ** การกระตุ้นให้ทำงานหรือมีกิจกรรมทำตามศักยภาพที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น เกิดความภาคภูมิใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความเครียดหรือความคิดฟุ้งซ่านที่อาจจะเกิดขึ้นหากอยู่แต่ภายในบ้านได้ สอดคล้องตามที่ ดร.ฉวี คชพรหม (2543) กล่าวว่า การดูแลกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆ มีหลักที่สำคัญคือ ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและผู้ดูแลจะช่วยเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจในการทำกิจกรรม (ดร.ฉวี คชพรหม, 2543 อ้างถึงใน แก้วตา มีศรี, 2554) นอกจากนี้สุนทรียภรณ์ ทองไสย (2558) กล่าวว่า การจะดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทของสังคมไทยได้อย่างยั่งยืนนั้น ควรมีการฝึกฝนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสรับผิดชอบต่อตนเองเท่าที่สามารถทำได้ เช่น การทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ การเตือนตนเองหรือผู้ดูแลเมื่อรับประทานยา เป็นการฝึกความรับผิดชอบและส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย ทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เจริญยุทธ กชพงศ์ สารการและหทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี (2555) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทโดยให้ผู้ป่วยดำเนินการแก้ไขปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมดีและดีที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Agard et al. (2015) เกี่ยวกับมิติการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต (Dimensions of spousal caregiving) ซึ่งพบว่า คู่ชีวิตจะเป็นผู้สนับสนุน (advocating) โดยการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยและมีการจัดการกิจกรรมต่างๆ (managing activities) เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

**ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ** คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทจะพยายามดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอให้มากที่สุด เนื่องจากทราบว่า การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียด อารมณ์ดีขึ้น และไม่มีอาการทางจิตเกิดขึ้น ดังที่ ธีรศักดิ์ สาตรา (2553) กล่าวว่า การนอนไม่หลับหรือพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดโรคทางกายหรือทำให้โรคทางกายแย่ลง ส่วนทางจิตใจจะทำให้เกิดความไม่สบายใจและความเครียด ซึ่งความเครียดถือเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตเกิดขึ้นได้ ตามแนวคิด Vulnerability - Stress Model ที่ระบุว่า ความเครียดสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต (Zubin & Spring, 1997 อ้างถึงใน พรทิพย์ ไชสะอาด, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ ไชสะอาด (2555) ที่พบว่า การดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอเป็นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งของร่างกาย ช่วยให้ผู้ป่วยอดทนต่อความเครียดมากขึ้น สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและควบคุมอาการทางจิตได้ดีขึ้น



**ใช้ธรรมะผ่อนคลายจิตใจ** การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเป็นอีกการดูแลหนึ่งที่จะช่วยไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าคู่มือชีวิตของผู้ป่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อและความศรัทธาของผู้ป่วย เนื่องจากเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาและพิธีกรรมต่างๆจะเกิดผลดีต่อผู้ป่วย ทำให้จิตใจสงบ ผ่อนคลาย ไม่ฟุ้งซ่าน ดังที่ Tongprateep (2000) กล่าวว่า คนไทยมีการใช้ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในการดำเนินชีวิตเพื่อให้เกิดความผาสุก (Tongprateep, 2000 อ้างถึงในจිරนนท์ ชันแข็ง, 2548) ตามแนวคิดของ Watson (1985) ยังได้กล่าวอีกว่า การที่บุคคลจะให้การดูแลบุคคลอื่นจะต้องมีปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมต่างๆเป็นส่วนประกอบ และส่วนหนึ่งในนั้นคือการเสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา เอาใจใส่ต่อความเชื่อ สร้างความศรัทธาและความหวังให้กับผู้ป่วย ความเชื่อและสิ่งที่มีความหมายต่อผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความศรัทธาและคงไว้ซึ่งสุขภาพ ดังนั้นผู้ดูแลจึงสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความศรัทธาและความหวังในสิ่งที่ผู้ป่วยยึดมั่นตามความเชื่อ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คู่มือชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทสนับสนุนให้ฟังธรรมะ เข้าวัดทำบุญ สวดมนต์ รวมทั้งการทำตามความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำตามความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจต่างๆ เช่น การสนับสนุนให้ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวในคำสอนและปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของจिरนนท์ ชันแข็ง (2548) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจโดยการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาในช่วงระยะอาการสงบ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ

**หลีกเลี่ยงสารเสพติดกระตุ้นอาการ** คู่มือชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าจะสารเสพติดต่างๆ เช่น เหล้า บุหรี่ กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ยาเสพติด เป็นสิ่งกระตุ้นให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบ จึงพยายามหาวิธีให้ผู้ป่วยเลิกสารเสพติดเหล่านี้ให้ได้ บางรายบอกให้ผู้ป่วยเลิกโดยเด็ดขาด บางรายใช้วิธีจำกัดปริมาณในแต่ละวันให้น้อยลง บอกถึงผลเสียที่เกิดขึ้นหากไม่เลิก รวมทั้งผลดีที่เกิดขึ้นหากเลิกได้ โดยเฉพาะผลดีที่จะเกิดขึ้นต่อโรคจิตเภทที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ป่วยหลายรายที่ได้ลดหรือเลิกใช้สารเสพติดดังกล่าวตามคำแนะนำของคู่มือชีวิตทำให้โรคจิตเภทที่เป็นอยู่มีอาการที่ดีขึ้น ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ ดังที่ Dixon et al. (1991) กล่าวว่าสารเสพติดและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นสารกระตุ้นการเกิดอาการผิดปกติทางจิตและทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้น (Dixon et al., 1991 อ้างถึงในจุฬาลักษณ์ ชำของ, 2547) สอดคล้องกับผลการศึกษาของจุฬาลักษณ์ ชำของ (2547) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำพบว่า ข้อปฏิบัติของการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้กลับไปป่วยซ้ำคือ การงดหรือลดสารกระตุ้นประสาทที่ทำให้เกิดอาการกำเริบไม่ว่าจะเป็น การงดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการงดใช้สารเสพติด จากการศึกษาครั้งนี้จะพบว่าคู่มือชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้

ผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้นโดยหาวิธีการให้ผู้ป่วยเลิกได้โดยเด็ดขาด เช่น ให้สามีใช้ลูกอมเล็บบุหรี่จนสามีสามารถเลิกได้ แต่เป็นการเลิกได้เพียงชั่วคราวเวลาหนึ่งก็กลับมาสูบบอกอีก คู่ชีวิตของผู้ป่วยรายนี้จึงปรับเปลี่ยนการดูแลโดยใช้วิธีจำกัดปริมาณสูบในแต่ละวันรวมทั้งบอกผลดีจากการเลิกบุหรี่และผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่และใช้สารเสพติดต่างๆ บางรายใช้วิธีบอกหรือขอร้องให้เลิกและให้ผู้ป่วยให้คำมั่นสัญญาว่าจะไม่ไปใช้สารเสพติดอีก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของรัชนีกร อุปเสน (2541) ที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้คอยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยงดสารเสพติดต่างๆโดยวิธีการพูดเตือนและแนะนำให้ผู้ป่วยงดสารเสพติดเสมอเมื่อมีโอกาส และสอดคล้องกับการศึกษาของจิรนนท์ ชันแข็ง (2548) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลผู้ป่วยในระยะอาการสงบหรือไม่ให้อาการทางจิตกำเริบโดยการให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต เช่น หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดต่างๆ โดยเฉพาะบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้มีประเด็นข้อค้นพบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลและการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือผู้ดูแลที่มีบริบทคล้ายกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า ในช่วงแรกที่ทำให้การดูแลผู้ป่วย คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกลัวต่างๆ เนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ไม่สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง บางรายมีการลองผิดลองถูก บางรายแสดงหากการดูแลหลากหลายวิธีตามความเชื่อและการรับรู้ของตนเอง และยังพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อรูปแบบการดูแล สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมทั้งวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ถูกต้อง ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลให้กับผู้ดูแลกลุ่มนี้มากขึ้น เพื่อจะได้รับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม โดยเฉพาะในระยะแรกของการตรวจวินิจฉัยโรคจิตเภท ควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภท รวมทั้งวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง

2. จากการศึกษาพบว่า การดูแลสามีหรือภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อคู่ชีวิตของผู้ป่วยในการเพิ่มภาระหน้าที่และความรับผิดชอบในครอบครัว เกิดความไม่สุขสบายใจทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมาทำให้รู้สึกโมโหและหงุดหงิดใจซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวได้ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่กับผู้ป่วยจิตเภทแก่กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต ส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มี

ประสิทธิภาพให้แก่คูชีวิตของผู้ป่วยเพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นได้ สอนเทคนิคการพูดที่จะโน้มน้าวให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ให้คำแนะนำแก่คูชีวิตในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อมาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและลดภาระในการดูแล และให้แนะนำการบริหารจัดการเวลาให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลและการดำเนินชีวิต

3. จากการศึกษาพบว่า คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต้องการกำลังใจจากคนรอบข้างและความเข้าใจจากคนในสังคม ดังนั้นจึงควรเปิดโอกาสให้คูชีวิตของผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและให้คำปรึกษาในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม สอนเทคนิคการสร้างความเข้มแข็งในจิตใจให้กับตนเอง หรืออาจจัดทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ให้ผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตของผู้ป่วยได้พบปะกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลซึ่งกันและกัน จัดกิจกรรมร่วมกับชุมชนเพื่อสร้างทัศนคติทางบวกต่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการประกอบอาชีพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยมีรายได้และลดภาระของผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ควรเสริมสร้างกำลังใจแก่คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้มองเห็นถึงคุณค่าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดแรงจูงใจที่จะอยู่ดูแลผู้ป่วยต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การดูแลของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิจัยอาจนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานหรือเป็นแนวทางในการวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นคูชีวิต และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวที่มีบริบทคล้ายคลึงกับบริบทที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

1. ควรมีการศึกษาถึงการให้ความหมายและประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวบุคคลอื่นเพิ่มเติมที่ไม่ใช่คูชีวิต เช่น ผู้ดูแลที่เป็นพี่น้องหรือผู้ดูแลที่เป็นบุตร เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมถึงประสบการณ์การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลของคูชีวิตต่อผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่หรือแยกจากคูชีวิตที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทเพิ่มเติม เพื่อพัฒนารูปแบบของการให้บริการทางสุขภาพจิตต่อคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ในผู้ป่วยที่มีคูชีวิตควรมีการช่วยเหลือในเรื่องสัมพันธภาพของชีวิตคู่ที่ดีเพื่อให้คูชีวิตของผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและสามารถยอมรับบทบาท

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2559). **คู่มือดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน**[ออนไลน์]. แหล่งที่มา:  
[http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20160226/240259%20NEW\\_%20คู่มือดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน%20สบบส-สธ.pdf](http://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/Download/20160226/240259%20NEW_%20คู่มือดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน%20สบบส-สธ.pdf) [28 มีนาคม 2560]
- กรมสุขภาพจิต. (2557). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). **แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และนโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2560-2561**. นนทบุรี: สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต.
- กัลยา ตันศิริ. (2552). การสมรส: การแต่งงานตามกฎหมาย. **วารสารรามคำแหง**, 28(4), 73-86.
- กาญจนา ลุศนันท์. (2547). **หน้าที่ของครอบครัว**[ออนไลน์]. แหล่งที่มา:  
<https://pirun.ku.ac.th/~agrpect/lesson4/role2.html>[28 พฤศจิกายน 2559]
- แก้วตา มีศรี. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญสุดา บุญทศ, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และอมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 58(1), 89-100.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. **วารสารพยาบาล**, 3, 145-147.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2546). ระเบียบวิธีวิจัย : การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, 15(2), 1-10.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2553). การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. **วารสารพยาบาลสภาภาษาไทย**, 3(1-3), 1-17.
- จันทนา เจริญเวช. (2556). ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 27(1), 121-135.

- จิตประภา ศรีอ่อน, เจนจิรา เทศทิม และศิริวรรณ ม่วงศิริ. (2545). **การศึกษาชีวิตสมรสของคนหูหนวกในกรุงเทพมหานคร**. รายงานการวิจัยโครงการวิจัยหูหนวกศึกษา วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินดารัตน์ โพธิ์นอก. (2551). **การสมรส**[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.royin.go.th/?knowledges=การสมรส-๒๙-กันยายน-๒๕๕๑>[9 เมษายน 2560]
- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. (2544). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 15(2), 52-65.
- จิรวัดน์ ภูเจริญ. (2554). **การใช้ชีวิตกับผู้พิการทางการเคลื่อนไหว**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จিন্নันท์ ชันแข็ง. (2548). **ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ ชำของ. (2547). **ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชฎาพรรณ รัตนติกานนท์, สาวิตรี อึ้งนางครนชัย และวีรณัฐ ต้นชัยสวัสดิ์. (2540). พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของญาติผู้ป่วยโรคจิต. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 42(4), 226-233.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2559). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ชาย โพธิ์สิตา. (2554). การเปลี่ยนแปลงครอบครัวและครัวเรือนไทย: เรา (ไม่) รู้อะไร? ใน สุรีย์พร พันพิ่ง และมาลี สันสุวรรณ (บรรณาธิการ), **ประชากรและสังคม 2554 : จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย**, หน้า 23-41. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเลี้ยวที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบใน

- จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์, 3(1), 24-36.
- ดารุณี จงอุดมการณ์. (2558). การพยาบาลสุขภาพครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ในครอบครัวระยะวิกฤติ. นนทบุรี: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- เดือนแรม ยศปัญญา. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มข้นในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทียนทอง ทาระบุตร. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2556). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารกองการพยาบาล, 40(1), 57-66.
- ธีรศักดิ์ สาตรา. (2553). **นอนไม่หลับ**[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=281>[8 ตุลาคม 2553]
- นงพงา ลีสุวรรณ และสุวรรณี พุทธิศรี. (2545). ความคาดหวังจากชีวิตคู่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 47(3), 197-208.
- นงลักษณ์ เอ็มประดิษฐ์. (2546). **ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเพศศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช และพนม เกตุมาน. (2558). **จิตเวชศิริราช DSM-5**. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- นิตยา เจริญยุทธ, กชพงศ์ สารการ และหทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแหล่งพลังอำนาจ ความมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหญิง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(3), 41-56.
- นียบพรรณ วรรณศิริ. (2550). **มานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์. (2546). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 21(4), 249-258.
- บุปผา ผนิกกุล. (2555). **ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประยูร สุขะใจ. (2558). **การปรับตัวในสถานการณ์วิกฤติของชีวิต**[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://www.mcu.ac.th/site/articlecontent\\_desc.php?article\\_id=2096&menutype=1&articlegroup\\_id=330](http://www.mcu.ac.th/site/articlecontent_desc.php?article_id=2096&menutype=1&articlegroup_id=330)[30 พฤศจิกายน 2559]
- ประสพสุข บุญเดช. (2552). **คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 5 ครอบครัว**. พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพมหานคร: สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา.
- ปยะฉัตร สะอาดเอี่ยม. (2544). **ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชตามจิตวิญญาณ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. (2534). **การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พรชัย ปานอ่อน. (2558). **การกำหนดนโยบายการจดทะเบียนคู่ชีวิตในประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการเมือง มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พรทิพย์ ไชสะอาด. (2555). **ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2550). **จิตวิทยาครอบครัว**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม และประคอง อินทรสมบัติ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 15(3), 431-448.
- เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา. (2547). **ตราบาป: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว**. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 18(1), 1-9.
- เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2551). **การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของครอบครัวไทย**. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22(1), 1-7.

- ภารดี ปรีชาวิทยากุล. (2549). ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารเย็นศีรษะ อาคารที่พักชั่วคราวของผู้ป่วยและญาติ. **สงขลา นครินทร์เวชสาร**, 24(2), 72-83.
- มัลลิกา มัติโก. (2533). ครอบครัวยุคใหม่กับการดูแลสุขภาพตนเอง ใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (บรรณาธิการ), **การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคม วัฒนธรรม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล**.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). **จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี วัชรานุกร. (2552). **คู่มือชีวิต**. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯธุรกิจ.
- รจนา กุลรัตน์. (2545). **การทดลองหาประสิทธิภาพของคู่มือเทคนิคการครองชีวิตคู่**. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ราชวรวงศ์สาธารณสุข.
- ระวีวรรณ ช่อมพุกษ์. (2530). **มานุษยวิทยาวัฒนธรรม**. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี.
- รัชฎา รักษานาม. (2543). **สภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). **การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัว แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้**. กรุงเทพมหานคร: วีเจ พรินติ้ง.
- ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, วันดี สุทธิรงค์ และมาร์ลิน ซีโคเฮน. (2548). ประสบการณ์ของคู่สมรสผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา. **วารสารวิจัยทางการแพทย์**, 12(3), 207-219.
- ว.วชิรเมธี. (2557). **Soulmate Marriage คู่รักคู่มือชีวิต**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเบนซ์อิมเมจ จำกัด.



- วัชรพงษ์ ฟูประทีปศิริ. (2559). **ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันระหว่างกัน ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และความพึงพอใจในชีวิตคู่ของคู่รักชาวไทยชายและหญิง**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วารี นาสกุล และเบญจวรรณ ธรรมรัตน์. (2554). **กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พลสยาม พรินต์ติ้ง (ประเทศไทย).
- วิไลลักษณ์ เกษมศรี. (2556). **ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). **ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2551). **ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว**. เอกสารประกอบการประชุมเวทีระดมความคิดเห็นต่อประเด็นนโยบายเรื่อง ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ.
- ศิริจิต สุทธจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). โรคจิตเภท (schizophrenia): ระบาดวิทยาและการรักษา. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 54(ฉบับผนวก 1), 245-375.
- ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2546). แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, 13(5), 1-11.
- ศรีสุตา วนาลีสิน, ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, พรรณนิ อ่าวเจริญ และจิตลัดดา ไชยมงคล. (2546). ปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 11(3), 121-131.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. **วารสารสภาการพยาบาล**, 29(4), 22-30.
- สุนทรีย์ภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. **วารสารกองการพยาบาล**, 42(3), 159-168.
- สุพัตรา ทองคุณ. (2545). **กระบวนการปรับตัวของภรรยาผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุ่มทนา สีนสวัสดิ์ และพนมพร พุ่มจันทร์. (2557). ครอบครัว: การจัดการความขัดแย้งของคู่สมรสเพื่อการครองรักอย่างยั่งยืน. **วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์**, 40(2), 184-195.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2547). **แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). ปี 59 สปสช.จับมือภาคี เปิดงานดูแลผู้ป่วยจิตเวช  
**เรื้อรังในชุมชนตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต**[ออนไลน์]. แหล่งที่มา:  
[https://www.hfocus.org/content/2015/12/11414\[21 ธันวาคม 2558\]](https://www.hfocus.org/content/2015/12/11414[21 ธันวาคม 2558])
- เสาวภา พราวตะคุ. (2549). การเปรียบเทียบความต้องการความช่วยเหลือและความเครียดใน  
**บทบาทของญาติผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส บุตร และพี่น้องของผู้ป่วยโรค  
 หลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต  
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวภาค บุญคมรัตน์. (2551). **ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน**.  
 รายงานการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวง  
 สาธารณสุข.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (2553). **คู่มือการให้คำปรึกษาคู่สมรส**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์  
 พับลิชชิ่ง จำกัด.
- หยกฟ้า บุญชิต. (2544). **การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดนครพนม**. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 มหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หทัยชนก บัวเจริญ. (2549). **ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของจีน วัตสัน: การวิเคราะห์ทฤษฎีการ  
 พยาบาล**. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 29(3), 49-57.
- อรุทัย โฉมเฉิด. (2552). **ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอคล้องกลมกลืนในชีวิต และ  
 ความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม**. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 มหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). **การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.  
 วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 12(1), 14-54.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท  
 วี.พรีน (1991) จำกัด.
- อภิญา เจริญฉ่ำ. (2551). **ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิต  
 เภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคณา จัดตามาศ และพิมพ์ปวีณ มะณีวงศ์. (2558). **การพยากรณ์สถานการณ์การพบผู้ป่วยทางด้าน  
 จิตเวชในผู้สูงอายุเขตพื้นที่เฝ้าระวังผู้ป่วยอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์**. **วารสาร  
 สังคมศาสตร์**, 4(2), 92-100.

- อัจฉรา สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกษรสมุทร และวาริรัตน์ ถาน้อย. (2557). **การพยาบาลจิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: สายธุรกิจโรงพิมพ์ บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- อชลิยา อภิวณิชย์กุล. (2531). **การอยู่กับฉันสามีภรรยาโดยไม่มีการจดทะเบียนสมรส**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. ภาควิชานิติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญญา ปลอดเปลื้อง. (2556). **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 1-8.**
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). **จิตวิทยาชีวิตคู่และการบำบัดคู่สมรส**. กรุงเทพมหานคร: ชันต้าการพิมพ์.

#### ภาษาอังกฤษ

- Agard, A. S., Egerod, I., Tonnesen, E., & Lomborg, K. (2015). From spouse to caregiver and back: a grounded theory study of post-intensive care unit spousal caregiving. **The Journal of Advanced Nursing (JAN)**, 1892-1903.
- Allen, S. M., Goldscheider, F., & Ciambone, D. A. (1999). Gender roles, marital intimacy, and nomination of spouse as primary caregiver. **The Gerontologist**, 39(2), 150-158.
- Boyd, M. A. (2008). **Psychiatric nursing: contemporary practice**. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bramdt, P. A., & Weimert, C. (1985). The Pro-85A social support measure. **Nursing Research**, 30, 272-280.
- Brichford, C., & Carson-DeWitt, R. (2014). **Schizophrenia in marriage & long-Term relationships**[Online]. Available from: [http://www.everydayhealth.com/hs/schizophrenia-caregiver-guide/schizophrenia-&-relationships/\[2016, October 18\]](http://www.everydayhealth.com/hs/schizophrenia-caregiver-guide/schizophrenia-&-relationships/[2016, October 18])
- Boise, L., Congleton, L., & Shonnon, K. (2005). Empowering family caregivers: The powerful tools for caregiving program. **Edu Gerontol**, 31(7), 573-586.
- Cabral, L., Duarte, J., Ferreira, M., & Santos, C. D. (2014). Anxiety, stress & depression in family caregivers of the mentally ill. **Aten Primaria**, 46(1), 176-179.

- Chai, G. J., & Nam, E. S. (2016). Experiences of caring for a spouse with schizophrenia. **J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs**, 25(2), 133-146.
- Chang, K. H., & Horrocks, S. (2006). Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. **Journal of Advanced Nursing**, 53(4), 435-443.
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. Valle & M. King (eds.), **Existential-Phenomenological alternatives for psychology**, pp. 48-71. New York: Oxford University Press.
- Davis, L. L., Gillis, C. L., & Harper, M. S. (2011). Family caregiving: Implication for rural practice, policy, Education, & research. **The National Institute of Nursing Research**. 19-31.
- Doornbos, M. M. (1997). The problems and Coping methods of caregiver of young adults with mental illness. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service**, 35(9), 22-26.
- Drew, N. (1993). Reenactment Interviewing: A methodology for phenomenological research image. **Journal of Nursing Scholarship**, 25(4), 345-351.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1982). McMaster model of family functioning: A view of normal family. In F. Walsh (ed.), **Normal family processes**, pp. 115-141. New York: Guilford.
- Gottlieb, B. H. (1985). Assessing and strengthening the impact of social support on mental health. **Social Work**, 30, 293-300.
- Goldberg, J. F. (2016). **Schizophrenia & relationships romance, friendship, & mental illness**[Online]. Available from: <http://www.webmd.com/schizophrenia/features/schizophrenia-&-relationships>[2016, October 10]
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. In M. P. Lawton & G. L. Maddox (Eds.), **Annual Review of Gerontology & Geriatrics**, Vol. 5, pp. 194-246. New York: Springer.
- Husserl, E. (1969). **Ideas; general introduction to pure phenomenology**. (5<sup>th</sup> ed. translated by W. R. B. Gibson). London: George allen & Unwin LTD.
- Ildstad, M., Ask, H., & Tambs, K. (2010). Mental disorder & caregiver burden in spouses: The Nord-Trondelag health study. **BMC Public Health**, 10, 516.

- Ikebuchi, E. (2006). Support of love, marriage, & childcare of person with schizophrenia. **Japanese Journal of Psychiatric Treatment**, 21, 95-104.
- Ip, G. & 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.
- Jungbauer, J., & Angermeyer, M. C. (2002). Living with a schizophrenic patient: A comparative study of burden as it affects parents & spouses. **Psychiatry**, 65, 110-123.
- Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S. & Angermeyer, M. C. (2004). The disregarded caregivers: Subjective burden in spouses of schizophrenia patient. **Schizophrenia Bulletin**, 30(3), 665-675.
- Kageyama, M., Yokoyama, K., Nagata, S., Kita, S., Nakamura, Y., Kobayashi, S., & Solomon, P. (2015). Rate of family violence among patients with schizophrenia in Japan. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, 27(6), 652 – 660.
- Kaushik, P. & Bhatia. (2013). Burden & quality of life in spouses of patients with schizophrenia & bipolar disorder. **Delhi Psychiatry Journal**, 16(1), 83-89.
- Knaack, P. (1984). Phenomenological Research. **Western Journal of Nursing Research**, 6(1), 107-114.
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: The influence of Husserl & Heidegger. **Journal of Advanced Nursing**, 21, 827-836.
- Kumari, S., Singh, A. R., Verma, A. N., Verma, P. K., & Chaudhury, S. (2009). Subjective burden on spouses of schizophrenia patients. **Ind Psychiatry J**, 18, 97-100.
- Lasswell, T. E., & Lasswell, M. E. (1976). I love you, but I'm not in love with you. **Journal of Marriage & Family Counselling**, 2, 211-224.
- Lawn, S., & McMahon, J. (2014). The importance of relationship in understanding the experiences of spouse mental health carers. **Qualitative Health Research**, 24(2), 254-266.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). **Stress appraisal & coping**. New York: Springer Publishing Company.

- Leininger, M. M. (1988). **Caring an essential human need: Proceeding the three national caring conferences**. Detroit: Wayne State University Press.
- Montgomery, R. J. V, Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. **Fam Relat**, 34, 19–26.
- Moran, D. (2000). Heidegger's critique of Husserl's & Brentano's accounts of intentionality. **Inquiry**, 43, 39–66.
- Mizono, E., Iwasaki, M., & Sakai, I. (2011). Subjective experience of husbands of spouses with schizophrenia: An analysis of the husbands' descriptions of their experiences. **Archives of Psychiatric Nursing**, 25(5), 366-375.
- Mizuno, E., Takataya, K., Kamizawa, N., Sakai, I., & Yamazaki, Y. (2013). Female families' experiences of caring for persons with schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing**, 27, 72-77.
- Murdock, G., P. (1949). **Social structure**. New York: The MacMillan Company.
- Mutch, K. (2010). In sickness & in health: experience of caring for a spouse with MS. **British Journal of Nursing**, 29(4), 214-219.
- Ohman, A. (2000). Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.). **Handbook of emotions**. pp. 573–593. New York: The Guilford Press.
- Omery, A., & Mark, C. (1995). Phenomenology & science. In A. Omery; C. E. Kasper; & G. G. Page (eds), **In Search of Nursing Science**, pp. 139-158. California: Thousand Oaks.
- Ostman, M., & Bjorkman, A. C. (2013). Schizophrenia & relationships: The effect of mental illness on sexuality. **Clinical Schizophrenia & Related Psychoses**, 20-24.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older Adults: A Meta-analytic comparison. **Psychol Aging**, 26(1), 1–14.
- Roach, M. S. (1987). **The human act of caring: a blueprint for health professions**. Toronto, Canada: Canadian Hospital Association.
- Sager, C. J. (1976). **Marriage contract & couple therapy**. New York: Brunner Mazel.

- Shankar, R., Kamath, S., & Joseph, A. A. (1995). Gender differences in disability: A comparison of married patients with schizophrenia. **Schizophrenia Research**, 16(1), 17-23.
- Simiyon, M., Chandra, P. S., & Desai, G. (2016). Sexual dysfunction among women with schizophrenia: A cross sectional study in India. **Asian Journal Psychiatry**, 24, 93-98.
- Sternberg, R. G. (1986). A triangular theory of love. **Psychological Review**, 93(2), 119-135.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). **Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative**. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.
- Seeman, M. V. (2012). Bad, burdened or ill characterizing the spouses of women with schizophrenia. **International Journal of Social Psychiatry**, 59(8), 805–810.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. **Nursing Research**, 40(3), 161-166.
- Swanson, K. M. (1999). What is know about caring in nursing science: A literacy metaanalysis. In A. S. Hinshaw; S. L. Feedtham; & J. L. F. Shaver (eds.), **Handbook of clinical nursing research**, pp. 31-60. California: Thousand Oaks.
- Thara, R., & Srinivasan, T. N. (1997). Outcome of marriage in schizophrenia. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, 32, 416-420.
- Thomas, K. W. & Kilmann, R. H. (1978). Comparison of four instruments measuring conflict behavior. **Psychological Report**, 42, 1139-1145.
- Watson, J. (1985). **Nursing: The philosophy and science of caring**. Boston: Little Brown.
- Watson, J. (1988). **Nursing the philosophy & science of caring**. Cororado: Cororado Associated University Press.
- Watson, J. (2012). **Human caring science: A theory of nursing**. 2<sup>nd</sup> ed. Ontario: Jones & Bartlett Learning.
- Xue-ji, L., Jing-hua, W., Jun-biao, L., Kai-ping, L., Fang, W., Xiao-hui, S., & Shi-hong, M. (2014). The influence of marital status on the social dysfunction of

schizophrenia patients in community. **International Journal of Nursing Sciences**, 2(2), 149-152.

- Yin, Y., Zhang, W., Hu, Z., Jia, F., Li, Y., Xu, H., Zhao, S., Guo, J., Tian, D., & Qu, Z. (2014). Experiences of Stigma & Discrimination among Caregivers of Persons with Schizophrenia in China: A Field Survey. **Plos One**, 9(9), 1-11.
- Yu, M. Y., & Shim, W. (2009). Couples with schizophrenia “becoming like others” in South Korea: Marriage as part of a recovery process. **Family Process**, 48(3), 429- 400







ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**





คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ออกหนังสือสำคัญฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวนิภาวรรณ ศรีโยหะ

ได้เข้ารับการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคนเพื่อการดำเนินการวิจัยในสาขาพยาบาลศาสตร์

ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๗ เดือน กุมภาพันธ์ พุทธศักราช ๒๕๖๐

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๗ เดือน กุมภาพันธ์ พุทธศักราช ๒๕๖๐

.....  
 งาม งาม  
 .....

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY



เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลราชวิถี

รหัสโครงการวิจัยที่ 60134  
เอกสารเลขที่ 137/2560

ชื่อโครงการ "ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท"  
(ภาษาอังกฤษ) "Experiences of caring in spouse of persons with schizophrenia."  
ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวนิภาวรรณ ศรีโยหะ  
ตำแหน่ง นักศึกษาปริญญาโท  
สังกัดหน่วยงาน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 21 กันยายน 2560
2. แบบเก็บบันทึกข้อมูล ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 6 กันยายน 2560
3. เอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 6 กันยายน 2560
4. เอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 6 กันยายน 2560

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 25 เดือน กันยายน พ.ศ. 2560 และจะรับรองโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 ปี  
คือสิ้นสุดวันที่ 24 เดือน กันยายน พ.ศ. 2562



ลงนาม.....  
(รศ.คลินิก นพ.อุดม ไกรฤทธิชัย)  
ประธานคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....  
(นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

## เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ประสพการณ์การดูแลของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนิภาวรรณ ศรีโยหะ

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 097-2610305 E-mail esafos123@gmail.com

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ให้ทุน/ผู้สนับสนุนการวิจัย -

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาถึงประสพการณ์การดูแลของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ ได้ความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับประสพการณ์การดูแลของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท และเป็นแนวทางให้แก่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยเหลือดูแลในด้านต่างๆแก่ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ เป็นผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย การวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อต้องการความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแล และใช้ข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป โดยจะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณ 6-15 คน หรืออาจหยุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้ข้อมูลที่เพียงพอและไม่เกิดประเด็นใหม่ขึ้น ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 3 เดือน

### ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วย โดยจะได้รับการติดต่อเป็นผู้ร่วมวิจัย และเป็นผู้ดูแลในการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้วิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลคือสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะได้รับการติดต่อจากผู้วิจัยที่แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานครที่มีแผนกที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเวช เพื่อขอให้เป็นผู้ดูแลโดยสมัครใจ

2. ผู้ดูแลคือสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้นัดหมายวัน เวลา และสถานที่กับผู้วิจัยเพื่อการสัมภาษณ์
3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์พูดคุย ประมาณ 30 นาที ถึง 60 นาที
4. ผู้วิจัยติดต่อขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไป หากข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วนหรือเพื่อตรวจสอบความตรงและความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

### **ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น**

เมื่อเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลเสียเวลาขณะให้การสัมภาษณ์ และอาจไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ซึ่งระบุถึงผู้ดูแลที่เข้าร่วมในการวิจัย จะถูกถอดออกเป็นรหัสใช้เป็นนามสมมติ และผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีข้อมูลใดๆที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ผู้ดูแลได้ เทปการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้ในที่ที่ไม่มีใครสามารถเข้าถึงได้นอกจากผู้วิจัย และจะถูกลบทิ้งหรือทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่เกิดความรู้สึกดังกล่าว ข้างต้น หรือความไม่สบายอื่นๆที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

### **ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน**

ท่านอาจเกิดความไม่สบายใจ นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

### **ประโยชน์ที่อาจได้รับ**

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะทำให้ได้ความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท และเป็นแนวทางให้แก่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยเหลือดูแลในด้านต่างๆแก่ผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### **การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ**

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาลของท่านและผู้ป่วย โดยท่านและผู้ป่วยก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

**ระบุชื่อผู้วิจัยที่สามารถติดต่อได้** หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือเมื่อบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการวิจัยท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวนิภาวรรณ ศรีโยหะ ได้

ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์ 097-2610305 ที่อยู่ ห้อง 412 ชั้นชายแมนชั่น ประชาสงเคราะห์ซอย 12  
แขวงดินแดง เขตดินแดง จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10400

### **คำตอบแทนที่จะได้รับ**

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนใดๆจากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้

### **ค่าใช้จ่ายที่เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง -**

**หากมีข้อมูลเพิ่มเติม** ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดย  
รวดเร็วไม่ปิดบัง

### **การรักษาความลับ**

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงาน  
ผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่  
เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการ  
ปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

### **สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย**

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและ  
อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่าน  
รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมใน  
โครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจาก  
โครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับ  
ผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้  
อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่าน หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ หรือร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชั้น M อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี โทร. (02)3548108-37 ต่อ 2803 ในเวลาราชการ





**หนังสือยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร**  
**ประสบการณ์การดูแลของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภท**

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....  
 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ถนน..... แขวง/ตำบล.....  
 เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ได้รับการทาบทามเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้ในโรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้าพเจ้าทราบดีว่าการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ต้องทำการให้รายละเอียดส่วนตัวเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลคู่วิตจิตเภท นอกจากนี้ยังทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ แนวทางการศึกษาวิจัยและกิจกรรมที่ต้องเข้าร่วมในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามและมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี ซึ่งข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วม และพร้อมที่จะปฏิบัติตามขั้นตอน ระเบียบวิธีการวิจัยในครั้งนี้ ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีข้อสงสัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะซักถามทุกข้อสงสัยเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนจากผู้วิจัย หรือเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยคือ นางสาวนิภาวรรณ ศรีโยหะ เบอร์โทรศัพท์: 097-2610305 ได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้าทราบดีว่าการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการศึกษาวิจัย และจริยธรรมโรงพยาบาลราชวิถี และระหว่างในการทำการศึกษาวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการวิจัยในเวลาใดก็ได้

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และขอลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ ที่นี้

ชื่อ.....ผู้ร่วมศึกษาวิจัย (.....) วันที่.....	ชื่อ.....ผู้ทำวิจัย (นางสาวนิภาวรรณ ศรีโยหะ) วันที่.....
ชื่อ.....พยาน (.....) วันที่.....	ชื่อ.....พยาน (.....) วันที่.....

ภาคผนวก ข  
แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
ขั้นตอนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก  
แบบบันทึกภาคสนาม  
แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น  
และแบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการดูแลของคู่มือผู้ป่วยโรคจิตเภท

รหัสผู้ให้ข้อมูล

วันที่ทำการสัมภาษณ์..... ครั้งที่ .....

#### ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

อายุ.....ปี

เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ( ) สามี ( ) ภรรยา

ศาสนา.....

ระดับการศึกษา.....

อาชีพ.....

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาทต่อเดือน

จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

ระยะเวลาที่แต่งงาน/อยู่ร่วมกับผู้ป่วย.....ปี

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....ปี

จำนวนบุตร.....คน

บทบาทหน้าที่ในครอบครัวนอกเหนือจากการดูแลสามี/ภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท

CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

อายุ.....ปี

เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

ศาสนา.....

ระดับการศึกษา.....

อาชีพ.....

ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน.....ปี

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้งล่าสุดเมื่อ.....

อาการปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ขั้นตอนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัยเป็นแนวคำถามกว้างๆสามารถปรับได้ตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแล มีแนวคำถามกว้างๆ ดังนี้

### 1. ชั้นเริ่มสนทนา

ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ ให้ผู้ดูแลเข้าใจและมุ่งประเด็นในการศึกษาครั้งนี้ มีแนวคำถาม ดังนี้

- พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัว ความเป็นอยู่ต่างๆ
- กรุณาเล่าถึงการเจ็บป่วยของสามี/ภรรยาของท่านตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน

### 2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ผู้วิจัยใช้แนวคำถามกว้างๆ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์ผู้ดูแล โดยมีแนวคำถามดังนี้

#### แนวคำถามหลัก

1. การให้ความหมายการดูแลในคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท
  - 1.1) การดูแลสามี/ภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทในความรู้สึกของท่านมีความหมายว่าอย่างไร
2. การรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสามี/ภรรยา
  - 2.1) ท่านเรียกการเจ็บป่วยที่สามี/ภรรยาของท่านเป็นว่าอะไร
  - 2.2) ท่านรู้ได้อย่างไรว่าสามี/ภรรยาของท่านป่วยเป็นโรคจิตเภท
  - 2.4) ท่านรู้สึกอย่างไรที่สามี/ภรรยาของท่านป่วยเป็นโรคจิตเภท
3. ประสบการณ์การดูแลในคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.1) เมื่อพบว่าสามี/ภรรยาของท่านมีอาการผิดปกติแล้วท่านได้ทำอะไรบ้าง
  - 3.2) ท่านได้รับความช่วยเหลือในการดูแลสามี/ภรรยาของท่านจากที่ใดอีกบ้าง เพราะอะไร และผลเป็นอย่างไร
  - 3.3) กรุณาเล่าถึงกิจกรรมที่สามี/ภรรยาของท่านทำเวลาอยู่บ้านว่าเวลาอยู่บ้านเขาทำอะไรบ้าง
  - 3.4) กรุณาเล่าถึงการดูแลที่ท่านได้ปฏิบัติให้กับสามี/ภรรยาของท่านในแต่ละวัน
  - 3.5) เพราะเหตุใดท่านจึงทำหน้าที่ในการดูแลสามี/ภรรยา
  - 3.6) ท่านรู้สึกอย่างไรกับการให้การดูแลสามี/ภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท
  - 3.7) นอกจากท่านแล้ว ใครมีส่วนร่วมในการช่วยท่านในการดูแลสามี/ภรรยาบ้าง

3.8) จากการให้การดูแลสามี/ภรรยาเกิดผลต่อตัวท่านอย่างไรบ้าง (ทางบวก-ทางลบ)

3.9) ชีวิตคู่ของท่านเปลี่ยนแปลงอย่างไรจากการที่ต้องดูแลสามี/ภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท และท่านรู้สึกอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

การเข้าไปสัมภาษณ์เพื่อที่จะให้ได้ความหมายและประสบการณ์ที่เป็นจริง การใช้คำถามหลักเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถได้ประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา ดังนั้นจึงต้องมีการใช้คำถามรองเพื่อเจาะลึกถึงการให้ความหมายและประสบการณ์ของผู้ดูแลมากขึ้น ซึ่งได้มีการปรับแนวคำถามเพื่อให้เหมาะสมตลอดช่วงเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เทคนิคการทวนความ การทำความเข้าใจ การสะท้อนความคิด การสรุปความ และการบอกเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริง โดยมีแนวคำถามรองเพื่อเจาะลึกในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ดังนี้

- 1) คุณ.....ช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....(ประเด็นที่ต้องการ / ยังไม่ชัดเจน)
- 2) ช่วยอธิบายเพิ่มเติมในเรื่อง.....(ประเด็นที่สนใจ)
- 3) จากที่เราคุยกันครั้งที่แล้วในเรื่อง.....ช่วยเล่าต่ออีกทีสิคะ
- 4) ที่คุณ....บอกว่า.....(ประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ที่ยังไม่ชัดเจน)

หมายความว่าอย่างไรคะ

- 5) ช่วยยกตัวอย่างเหตุการณ์.....ให้ฟังหน่อยสิคะ
- 6) ช่วยอธิบายคำว่า.....ตามความรู้สึกของคุณ...แล้วหมายความว่าอย่างไรคะ
- 7) สิ่งที่คุณ....บอกว่า.....เมื่อเป็นแบบนี้แล้วคุณรู้สึกอย่างไร

### 3. ขั้นตอนปิดการสนทนา


- 3.1) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม
- 3.2) ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนา
- 3.3) นัดหมายการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป



แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

รหัสผู้ให้ข้อมูล

การสัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่.....

บรรทัดที่	ข้อความ	การให้รหัส
	 <p data-bbox="539 1355 1054 1467">จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	



## แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

รหัสผู้ให้ข้อมูล

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

การวางแผนเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

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

สถานที่ในการสัมภาษณ์.....

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่ม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบายเพิ่ม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. อื่นๆ

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย

ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตารางการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ตารางการให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ตารางประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์

และตารางการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย

โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และรายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยได้ใช้รหัสแทนตัวผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายจำนวน 13 ราย เป็น ID1-ID13 และใช้รหัสแทนตัวผู้ป่วยจำนวน 13 รายเป็นคุณ 1-13 ซึ่งสามารถสรุปลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายได้ดังนี้

ID1 ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 53 ปี เป็นสามีของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพพนักงานโรงแรม รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 20,000 บาทต่อเดือน เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 2 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย ไม่มีบุตร อาศัยอยู่ตึกแถวเช่า ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย 25 ปี โดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 15 ปี ภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภทภายหลังแต่งงานอยู่ร่วมกัน ภายหลังที่ภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภทผู้ให้ข้อมูลทำหน้าที่ทำงานบ้านช่วยเหลือภรรยา ตอนเช้าประมาณ 9 โมงจะมาเปิดร้านขายน้ำที่ตลาดใกล้บ้านร่วมกับภรรยา อยู่ช่วยภรรยาขายจนกระทั่งปิดร้านประมาณบ่าย 2 โมง จากนั้นจึงเตรียมตัวเพื่อไปทำงานที่โรงแรมก่อนเข้างาน 4 โมงเย็นเลิกงานตี 1 ระหว่างออกไปทำงานให้ภรรยาอยู่บ้านตามลำพัง สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 1 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 43 ปี นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้เรียนหนังสือ ภายหลังป่วยเป็นโรคจิตเภทไม่ได้ประกอบอาชีพ ปัจจุบันประกอบอาชีพค้าขาย เปิดร้านขายน้ำที่ตลาดใกล้บ้านมาเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยมีสามีคอยช่วยเหลือ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Paranoid schizophrenia ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 15 ปี เคยนอนโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง เมื่อ 15 ปีก่อนในช่วงแรกที่มีอาการทางจิต มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย อาการปัจจุบัน ช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำงานได้ ไม่มีอาการประสาทหลอนหรือหูแว่ว ไม่มีมึนงงหรือก้าวร้าว รับประทานยาสม่ำเสมอ

ID2 ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 51 ปี เป็นสามีของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง อาชีพพนักงานบริษัท รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 28,000 บาทต่อเดือน เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 2 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย มีบุตรชายด้วยกัน 1 คน อายุ 20 ปี ปัจจุบันบุตรชายไปทำงานอีกที่หนึ่งจึงไม่ได้อยู่กับบิดามารดาแต่กลับมาหาเป็นบางครั้ง อาศัยอยู่บ้านตนเอง ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย 25 ปี โดยจดทะเบียนสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 17 ปี นอกจากทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแล้วผู้ให้ข้อมูลทำงานบ้านช่วยเหลือผู้ป่วย และหารายได้หลักในการเลี้ยงดูครอบครัว ลักษณะงานไม่เป็นเวลา เข้ากะเช้า ป่วย ดึก บางครั้งต้องออกเดินทางต่างจังหวัด จึงค่อนข้างลำบากในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเวลาพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าภายหลังที่ภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภทความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่แน่นแฟ้นมา

มากขึ้น เนื่องจากตนเองให้ความรักและเอาใจใส่ภรรยามากขึ้น และบุตรชายก็กลับบ้านมาเยี่ยมครอบครัวบ่อยมากขึ้น

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 2 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 45 ปี นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 ในช่วงแรกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทไม่ได้ประกอบอาชีพ ปัจจุบันประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านทำความสะอาดบริษัทแห่งหนึ่งโดยสามีเป็นคนหางานให้รายได้ 9,000 บาทต่อเดือน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Schizophrenia unspecified ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 17 ปี เคยนอนโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง เมื่อ 17 ปีก่อนในช่วงแรกที่มีอาการทางจิตแล้วพยายามฆ่าตัวตายด้วยการรับประทานน้ำยาล้างห้องน้ำ อาการปัจจุบัน ช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำงานได้ ไม่มีอาการประสาทหลอนหรือหูแว่ว รับประทานยาสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนได้

ID3 ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 36 ปี เป็นสามีของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 5 อาชีพขายอุปกรณ์โทรศัพท์ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 15,000 บาทต่อเดือน ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย บุตรสาว และพี่สาวของผู้ป่วย มีบุตรสาวร่วมกัน 1 คน อายุ 6 เดือน โดยจ้างพี่สาวของผู้ป่วยช่วยเลี้ยงดู เพราะผู้ให้ข้อมูลต้องไปขายของที่ร้านพร้อมกับผู้ป่วยทุกวันเปิดร้านประมาณ 9 โมงปิดประมาณ 3 ทุ่ม อาศัยอยู่บ้านเช่า ระยะเวลาที่แต่งงานอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 3 ปี โดยจดทะเบียนสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 3 ปี ทราบว่าภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภทภายหลังแต่งงานอยู่ร่วมกัน ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลทำงานหารายได้หลักในการเลี้ยงดูครอบครัว โดยมีญาติของผู้ป่วยช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นบางครั้ง ผู้ให้ข้อมูลเคยแต่งงานมาก่อน โดยมีบุตรกับภรรยาเก่า 1 คน สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ในช่วงแรกที่ภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภทมีทะเลาะเบาะแว้งกันบ้างเนื่องจากไม่เข้าใจในอาการที่แสดงออก ปัจจุบันทะเลาะกันน้อยลง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 3 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 35 ปี นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันประกอบอาชีพขายอุปกรณ์โทรศัพท์ช่วยสามี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Paranoid schizophrenia ระยะเวลาที่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 20 ปี เคยนอนโรงพยาบาลจำนวน 7 ครั้ง ครั้งล่าสุดเมื่อ 3 ปีก่อน อาการปัจจุบัน ช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำงานได้เลี้ยงบุตรได้แต่ต้องมีคนช่วยเหลือเนื่องจากเหนื่อยง่าย ไม่มีอาการประสาทหลอนหรือหูแว่ว พูดไม่ค่อยชัด ไม่มีลิ้นแข็ง รับประทานยาสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนได้ มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจร่วมด้วยจึงมีอาการเหนื่อยง่าย

ID4 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 30 ปี เป็นภรรยาของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพพนักงานบริษัท รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 15,000 บาทต่อเดือน ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 6 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย บุตรชาย ปิตามารดาของผู้ให้ข้อมูล น้องชายของผู้ให้ข้อมูล อาศัยอยู่ตึกแถวเช่า คบ

หากกับผู้ป่วยมา 7 ปีและแต่งงานใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 3 ปี โดยไม่จดทะเบียนสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 3 ปี ทราบว่าสามีป่วยเป็นโรคจิตเภทก่อนอยู่ร่วมกัน เนื่องจากเป็นห่วงกลัวว่าสามีจะไม่มีคนดูแลจึงตัดสินใจแต่งงานใช้ชีวิตร่วมกัน มีบุตรชายร่วมกัน 1 คน อายุ 1 ปี บุตรชายมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจตั้งแต่กำเนิด ผ่าตัดแล้วแต่ต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของครอบครัวรวมทั้งค่ารักษาพยาบาลของบุตรชายและของผู้ป่วยเพียงคนเดียว เพราะสามีไม่ได้ประกอบอาชีพ นอกจากนั้นยังรับผิดชอบงานบ้านทั้งหมดและเลี้ยงดูบุตร ในช่วงกลางวันมีมารดาช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตรแบ่งเบาภาระ แต่ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย และบุตรชาย ผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบเองทั้งหมด ค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าเช่าห้อง และค่าน้ำค่าไฟ มีบิดามารดาและน้องชายช่วยกันออกค่าใช้จ่ายร่วมด้วย สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดีแต่ได้รับการช่วยเหลือเอาใจใส่จากคนในครอบครัวเพียงเล็กน้อย เนื่องจากแต่ละคนจะแยกกันอยู่ภายในห้องพักในตึกแถวคนละห้อง มีกิจกรรมร่วมกันน้อย มีเพียงมารดาที่ช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตรในตอนกลางวัน ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยแยกห้องนอนกัน โดยผู้ให้ข้อมูลนอนห้องเดียวกันกับบุตร

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 4 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 26 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 เคยทำงานเป็นพนักงานห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่ง ภายหลังป่วยเป็นโรคจิตเภทไม่ได้ประกอบอาชีพ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Paranoid schizophrenia ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 4 ปี เคยนอนโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง เมื่อ 4 ปีก่อน อาการปัจจุบัน ไม่มีหูแว่ว ไม่มีประสาทหลอนหรือหวาดระแวง รับประทานยาสม่ำเสมอ ช่วยเหลือตนเองได้แต่ไม่ยอมไปทำงานเคยไปสมัครงานหลายที่แต่ทำงานได้เพียง 1 วันแล้วลาออกโดยบอกว่าเหนื่อยไม่อยากทำ อยู่บ้านหลังเดียวกันแต่แยกห้องกันอยู่กับผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลนอนกับบุตรชาย ตอนเช้าผู้ให้ข้อมูลจะเอากับข้าวและเงินไว้ให้วันละ 50-100 บาทเพื่อให้ใช้จ่ายในแต่ละวัน ผู้ป่วยจะนอนอยู่แต่ในห้องไม่ออกไปไหน ตอนเย็นจะออกมาช่วยภรรยาเลี้ยงดูบุตรบ้างบางครั้ง

ID5 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 47 ปี เป็นภรรยาของผู้ป่วย นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพแม่บ้านทำความสะอาด รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 20,000 บาทต่อเดือนเพียงพอค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 2 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย อาศัยอยู่บ้านเช่า ระยะเวลาที่แต่งงานอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 12 ปี โดยไม่จดทะเบียนสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 12 ปี ทราบว่าสามีป่วยเป็นโรคจิตเภทก่อนแต่งงานอยู่ร่วมกัน ผู้ให้ข้อมูลเคยแต่งงานมาก่อน โดยมีบุตรกับสามีเก่า 4 คน นอกจากจากการดูแลสามีที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบงานบ้านทั้งหมด โดยมีสามีช่วยทำงานบ้านเป็นบางครั้ง สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 5 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 39 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 3 ปัจจุบันประกอบอาชีพขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง รายได้เดือนละ

ประมาณ 10,000 บาท ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Paranoid schizophrenia ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 24 ปี เคยนอนโรงพยาบาลจำนวน 3 ครั้ง ครั้งล่าสุดเมื่อ 12 ปีก่อน ก่อนที่จะแต่งงานอยู่ร่วมกันกับผู้ให้ข้อมูล อาการปัจจุบัน ไม่มีหูแว่ว ไม่มีอาการประสาทหลอนหรือหวาดระแวง ช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำงานได้ รับประทานยาสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนได้ ช่วยเหลืองานบ้านกรรยาบางครั้ง มีประวัติมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท

ID6 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 27 ปี เป็นภรรยาของผู้ป่วย นั้ถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพพนักงานบริษัท รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 45,000 บาทต่อเดือน ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 2 คน ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย ไม่มีบุตร อาศัยอยู่ตึกบ้านเช่า ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย 7 ปี โดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส คบหากับผู้ป่วยตั้งแต่เรียนมัธยมตัดสินใจใช้ชีวิตอยู่ด้วยกันตอนเรียนมหาวิทยาลัย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 2 ปี สามียป่วยเป็นโรคจิตเภทภายหลังอยู่ร่วมกับผู้ให้ข้อมูล นอกจากการดูแลสามียที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้ว ผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบการบริหารรายรับรายจ่ายภายในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยใช้เงินฟุ่มเฟือยจึงต้องบริหารจัดการเพื่อควบคุมการใช้จ่าย และส่งเงินเลี้ยงดูบิดามารดาของตนเองที่ต่างจังหวัด ช่วงแรกมารดาของผู้ป่วยช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด เนื่องจากใช้สิทธิ์จ่ายเอง ระหว่างรอดำเนินเรื่องสิทธิ์ประกันสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันมากขึ้นภายหลังที่สามียป่วยเป็นโรคจิตเภท ทะเลาะเบาะแว้งกันน้อยลง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 6 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 27 ปี นั้ถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปัจจุบันประกอบอาชีพพนักงานบริษัท เงินเดือน 15,000 บาท ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Paranoid schizophrenia ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 2 ปี ไม่เคยนอนโรงพยาบาล อาการปัจจุบัน ช่วยเหลือตนเองได้ดี ปฏิบัติกิจวัตรประจำได้เอง ทำงานได้ มีอาการหูแว่วได้ยินเสียงผู้ชายคุด่าเป็นบางครั้งประมาณ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เวลาได้ยินจะบอกภรรยาทันที แล้วปล่อยผ่านไปทำอะไร รับประทานยาสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนได้

ID7 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 42 ปี เป็นภรรยาของผู้ป่วย นั้ถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพค้าขายเปิดร้านขายของเบ็ดเตล็ดในบ้านตนเอง รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 20,000 บาทต่อเดือน เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 7 คนเป็นครอบครัวจวนจินอยู่แบบกงสี อาศัยอยู่บ้านตนเองลักษณะเป็นตึกแถวชั้นล่างเปิดเป็นร้านขายของ ระยะเวลาที่แต่งงานอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 16 ปี โดยจดทะเบียนสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 16 ปี มีบุตรชายร่วมกัน 1 คน อายุ 15 ปี ทราบว่าสามียป่วยเป็นโรคจิตเภทก่อนแต่งงานอยู่ร่วมกัน นอกจากการดูแลสามียที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้ว ผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบงานบ้านทั้งหมด โดยมีผู้ป่วยช่วยทำงานบ้าน เช่น ซักผ้าเป็นบางครั้ง และดูแลบุตรชายที่ป่วยเป็นโรค

สมาธิสั้น สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี แต่บางครั้งรู้สึกเบื่อหน่ายสามีโดยเฉพาะเวลาที่สามีมีอาการทางจิตจนพูดคุยกันไม่รู้เรื่อง ทำให้ในบางครั้งผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยจนเป็นสาเหตุให้ทะเลาะกัน แต่ไม่คิดที่จะหย่าร้างเพราะเมื่อสามีมีอาการคงที่ก็สามารถใช้ชีวิตคู่ได้ตามปกติ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 7 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 52 ปี นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันประกอบอาชีพค้าขาย โดยช่วยภรรยาขายของภายในร้าน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Schizophrenia unspecified ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 20 ปี เคยนอนโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง เมื่อ 20 ปีก่อน อาการปัจจุบัน ช่วยเหลือตนเองได้ดี ปฏิบัติภารกิจวัตรประจำได้เอง แต่ชอบนอนตื่นสาย ไม่มีอาการหูแว่วหรือประสาทหลอน มีประวัติพี่สาวมีอาการทางจิต เคยมีประวัติไม่ยอมรับประทานยาจนอาการกำเริบ ภรรยาจึงเป็นคนจัดยาให้รับประทานเองทุกมื้อ ปัจจุบันสามารถจัดยารับประทานเองได้โดยมีภรรยาช่วยสอนและตรวจสอบการรับประทานยาอยู่ตลอดเวลา

ID8 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 57 ปี เป็นภรรยาของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพแม่บ้านทำความสะอาด รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 9,000 บาท ต่อเดือน เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 2 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย มีบุตรร่วมกัน 2 คน บุตรทั้ง 2 คนมีครอบครัวแยกไปอยู่อีกที่หนึ่ง แต่มาเยี่ยมบิดามารดาสม่ำเสมอและส่งเงินเลี้ยงดูบิดามารดา อาศัยอยู่บ้านตนเอง ระยะเวลาที่แต่งงานอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 40 กว่าปี โดยไม่จดทะเบียนสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 6 ปี สามีป่วยเป็นโรคจิตเภทภายหลังแต่งงานอยู่ร่วมกัน นอกจากการดูแลสามีที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้ว ผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบงานบ้านทั้งหมด โดยมีผู้ป่วยช่วยทำงานบ้านบ้าง ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ และเสาร์จะออกไปทำงานทำความสะอาดตามคอนโดที่ว่าง้าง ปัจจุบันไม่ได้ทำงานทุกวันรับงานบางวันเท่านั้น วันไหนว่างจะไปรับจ้างทำกับข้าวที่โรงทานแถวเมืองทองธานี เวลาว่างจะไปทำบุญที่วัดพร้อมกับสามีเสมอ สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 8 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 67 ปี นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 เดิมประกอบอาชีพขับรถรับจ้างและรับจ้างก่อสร้าง ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากบุตรบอกให้หยุดเพราะอายุมากและมีโรคประจำตัวหลายโรค ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Paranoid schizophrenia ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 6 ปี ไม่เคยนอนโรงพยาบาล อาการปัจจุบัน ช่วยเหลือตนเองได้ดี ปฏิบัติภารกิจวัตรประจำได้เอง ไม่มีอาการหูแว่วหรือประสาทหลอน รับประทานยาสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนได้ เวลาว่างชอบอ่านหนังสือธรรมะและไปวัด มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและโรคเกาต์ร่วมด้วย

ID9 ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 61 ปี เป็นสามีของผู้ป่วย นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาโท ประกอบอาชีพอาจารย์มหาวิทยาลัย รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 70,000 บาทต่อเดือน เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย และบุตรอีก 2 คน มีบุตรชาย 1 คนและบุตรสาว 1 คน ทำงานแล้วทั้งคู่ ระยะเวลาที่แต่งงานอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 40 กว่าปี โดยจดทะเบียนสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 40 ปี ภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภทภายหลังแต่งงานอยู่ร่วมกัน นอกจากการดูแลภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้ว ผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบงานบ้าน แต่ให้ภรรยาช่วยทำ โดยจะกำหนดว่าในแต่ละวันภรรยาจะต้องทำอะไรบ้าง เช่น ไปจ่ายตลาดซื้อข้าว สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 9 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 71 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 7 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Residual schizophrenia ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 40 ปี ไม่เคยนอนโรงพยาบาล อาการปัจจุบัน ช่วยเหลือตนเองได้ดี ปฏิบัติกิจวัตรประจำได้เอง ทำงานบ้านได้ เช่น ซักผ้า มีอาการหูแว่วพูดคนเดียวเป็นบางครั้ง รับประทานยาสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนได้

ID10 ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 60 ปี เป็นสามีของผู้ป่วย นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ เดิมประกอบอาชีพพนักงานของสำนักข่าวแห่งหนึ่ง ปัจจุบันเกษียณตนเอง แต่ยังรับงานจัดกิจกรรมต่างๆของทางสำนักข่าวเป็นบางเวลา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 50,000 บาทต่อเดือน เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย แม่ของผู้ป่วย และบุตรสาว มีบุตรสาวร่วมกัน 1 คนอายุ 1 ปี อาศัยอยู่บ้านตนเองลักษณะเป็นตึกแถว ระยะเวลาที่แต่งงานอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 10 ปี โดยไม่จดทะเบียนสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 10 ปี ทราบว่าภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภทก่อนแต่งงานอยู่ร่วมกัน เดิมอยู่บ้านใกล้กันกับภรรยา แอบชอบภรรยามาก่อนแต่ตัดสินใจไปแต่งงานมีครอบครัวแล้วย้ายไปอยู่อีกที่หนึ่ง ภายหลังแม่ภรรยาขอร้องให้ช่วยดูแลบุตรสาวจึงหย่ากับภรรยาเดิมแล้วมาดูแลภรรยาคนปัจจุบันแทน นอกจากการดูแลภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้ว ผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบงานบ้าน เลี้ยงดูบุตร และหารายได้ดูแลค่าใช้จ่ายของครอบครัวเองทั้งหมด มีบุตรด้วยกันโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าเพราะภรรยาอยากมีบุตรแต่ตนเองไม่อยากมีบุตร เนื่องจากอายุมากแล้ว เครียดมากภายหลังมีบุตรกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในอนาคต จึงพยายามให้เพื่อนร่วมงานเก่าหางานที่สำนักงานข่าวให้ แต่ส่วนใหญ่เป็นงานที่ต้องไปต่างจังหวัดหลายวันจึงกังวลและเป็นห่วงบุตรสาวและภรรยามาก สัมพันธภาพในครอบครัวผู้ให้ข้อมูลและภรรยารักใคร่กันดี แต่ผู้ให้ข้อมูลมักจะทะเลาะกับแม่ของภรรยาเนื่องจากมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 10 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 40 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพภายหลังป่วยเป็นโรคจิตเภท ได้รับการวินิจฉัยเป็น



โรค Residual schizophrenia ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 12 ปี เคยนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง เมื่อ 10 ก่อนภายหลังที่แต่งงานกับผู้ให้ข้อมูลในช่วงแรกๆ อาการปัจจุบันช่วยเหลือตนเองได้ดี ปฏิบัติกิจวัตรประจำได้เอง ช่วยเหลือสามีเลี้ยงบุตรได้ ยังมีอาการเครียดบ้างเวลาโดนคนในบ้านดุด่าจากการใช้เงินฟุ่มเฟือย เอาเงินไปแจกคนอื่น มีกังวลเรื่องรูปร่างหลังคลอดหน้าท้องใหญ่ รับประทานยาสม่ำเสมอ

ID11 ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 65 ปี เป็นสามีของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี ประกอบอาชีพทนายความ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 20,000 บาทต่อเดือน ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย บุตรชาย บุตรสะใภ้ และหลาน อาศัยอยู่บ้านตนเอง ระยะเวลาที่แต่งงานอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 39 ปี โดยจดทะเบียนสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 10 ปี ภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภทภายหลังแต่งงานอยู่ร่วมกัน มีบุตรร่วมกัน 2 คน บุตรชายตนโตติดคุก บุตรชายคนเล็กให้เงินเลี้ยงดูเดือนละ 1,000 บาท นอกจากการดูแลภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้ว ผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบงานบ้าน โดยมีภรรยาช่วยทำงานบ้านบ้างบางครั้ง และทำงานหารายได้เลี้ยงดูตนเองกับภรรยาสัมพันธ์ภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 11 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 63 ปี นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 เดิมประกอบอาชีพเป็นแม่ครัว ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Residual schizophrenia ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 10 ปี เคยนอนโรงพยาบาล 2 ครั้ง ครั้งล่าสุดเมื่อ 10 ปีก่อน อาการปัจจุบันช่วยเหลือตนเองได้ดี ปฏิบัติกิจวัตรประจำได้เอง ช่วยเหลือทำงานบ้านโดยรับผิดชอบเรื่องทำอาหาร ไม่มีอาการหูแว่วหรือประสาทหลอนนอนหลับพักผ่อนได้ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ต้องเตือนให้รับประทานยาตลอด ผู้ให้ข้อมูลจึงจัดให้เอง มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวานร่วมด้วย และมีประวัติมารดาเป็นโรคจิตเภท

ID12 ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 57 ปี เป็นภรรยาของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาอนุปริญญา ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 100,000 บาทต่อเดือน เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 10 คนเป็นครอบครัวคนจีนอยู่แบบกงสี อาศัยอยู่บ้านตนเอง ระยะเวลาที่แต่งงานอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 28 ปี โดยไม่จดทะเบียนสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 26 ปี สามีป่วยเป็นโรคจิตเภทภายหลังแต่งงานอยู่ร่วมกัน มีบุตรด้วยกัน 1 คน ปัจจุบันเรียนอยู่ต่างประเทศ นอกจากการดูแลสามีที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้ว ผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบงานธุรกิจส่วนตัวของครอบครัว สัมพันธ์ภาพในครอบครัวค่อนข้างห่างเหินกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและสามี ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าปัจจุบันไม่มีความรักฉันสามีภรรยาให้กับสามีแล้ว มีเพียงความห่วงใยของการเป็นสมาชิกคนหนึ่งครอบครัวและความห่วงใยในฐานะพ่อของลูก และไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับสามีเลยภายหลังที่สามีป่วยเป็นโรคจิตเภท

สัมพันธ์ภาพกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวก็ค่อนข้างห่างเหินเช่นกัน เนื่องจากเป็นครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวมีจำนวนมาก แต่ละคนรับผิดชอบดูแลกิจการของครอบครัว ความใกล้ชิดสนิทสนมกันจึงมีน้อย ส่วนใหญ่มักจะได้รับการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายมากกว่าความช่วยเหลือด้านอื่นๆ โดยเฉพาะความช่วยเหลือด้านจิตใจ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 12 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 59 ปี นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ได้รับเงินเดือนจากเงินงสเดือนละ 15,000 บาท มักจะไม่พอใช้จ่ายในแต่ละเดือนจึงขอจากผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมอยู่เสมอ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Paranoid schizophrenia ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 24 ปี เคยนอนโรงพยาบาล 5 ครั้ง ครั้งล่าสุดเมื่อ 1 ปีก่อน อาการปัจจุบัน ช่วยเหลือตนเองได้ดี ปฏิบัติกิจวัตรประจำได้เอง อยู่บ้านเฉยๆไม่ทำอะไร เพราะมีแม่บ้านคอยดูแลและทำงานบ้านให้ มีอาการพูดคนเดียวบ่อยๆบอกว่าคุยกับเจ้าแม่กวนอิม มีหูแว่วบางครั้งได้ยินเสียงพระพุทธรูปเจ้า มีอสุ้นเล็กน้อยควบคุมอารมณ์ตนเองได้ไม่ไว้วางใจ นอนหลับพักผ่อนได้ มีประวัติรับประทานยาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาจนมีอาการกำเริบบ่อย ปัจจุบันภรรยาจะเป็นคนจัดยาให้เวลาที่ภรรยาอยู่บ้าน ในช่วงที่ภรรยาไม่อยู่จะให้แม่บ้านเป็นคนช่วยจัดยาให้

ID13 ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 62 ปี เป็นสามีของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 3 ประกอบอาชีพพนักงานโรงแรม รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 25,000 บาทต่อเดือนต่อเดือน ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย และบุตร 2 คน บุตรชายคนโตอายุ 12 ปี บุตรสาวคนเล็กอายุ 10 ปี อาศัยอยู่บ้านตนเองลักษณะเป็นห้องพักขนาดเล็กและเก่าไม่มีห้องครัวแยก ระยะเวลาที่แต่งงานอยู่ร่วมกับผู้ป่วย 17 ปี โดยไม่จดทะเบียนสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 10 ปี ภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภทภายหลังแต่งงานอยู่ร่วมกัน ทำงานที่โรงแรมเข้างานเวลา 4 ทุ่มถึง 9 โมง เดิมผู้ให้ข้อมูลทำงานที่ร้านอาหารในห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งในช่วงกะเช้าแต่หลังจากที่ภรรยาป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ลาออกจากการมาทำที่โรงแรมเพื่อให้สามารถทำงานตอนกลางคืนได้ เพราะผู้ให้ข้อมูลต้องการมีเวลาดูแลและส่งบุตรไปโรงเรียนในตอนกลางวัน ผู้ให้ข้อมูลเคยแต่งงานมาก่อนแต่ไม่มีบุตรกับภรรยาคนเก่า สัมพันธ์ภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 13 ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 45 ปี นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านทำความสะอาดประจำคลินิกแห่งหนึ่ง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Paranoid schizophrenia ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 10 ปี เคยนอนโรงพยาบาล 3 ครั้ง ครั้งล่าสุดเมื่อมีนาคม 2560 อาการปัจจุบัน สามารถดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันและสามารถทำงานได้ แต่ทำงานเข้าต้องมีเพื่อนร่วมงานคอยกระตุ้นตลอดเวลา

มีหูแว่วได้ยินเสียงในหลวงเป็นบางครั้ง ไม่มีหวาดระแวง นอนหลับพักผ่อนได้ มีประวัติรับประทานยา ไม่สม่ำเสมอ โดยบอกว่าตนเองอาการดีขึ้นไม่จำเป็นต้องรับประทานยาอีก จนล่าสุดเมื่อเดือนมีนาคม 2560 มีอาการกำเริบเพราะขาดยา ตรวจสอบพบว่าแอบเอายามาทิ้งที่ทำงานและมักลืมรับประทานยา ปัจจุบันเวลาอยู่บ้านสามีจึงเตือนให้รับประทานยาทุกครั้งเมื่อถึงเวลา และเมื่ออยู่ที่ทำงานเพื่อนร่วมงานจะคอยช่วยเตือนให้รับประทานยาและตรวจสอบว่าผู้ป่วยเอายามาทิ้งอีกหรือไม่ตามคำไว้วางใจของผู้ให้ข้อมูล

ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

รหัสผู้ป่วย	อายุ	เพศ	ศาสนา	ระดับการศึกษา	อาชีพ	ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน (ปี)	จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล
1	43	หญิง	พุทธ	ไม่ได้เรียน	ค้าขาย	15	1
2	45	หญิง	พุทธ	มัธยมศึกษาปีที่ 3	แม่บ้านทำความสะอาด	17	1
3	34	หญิง	พุทธ	มัธยมศึกษาปีที่ 6	ค้าขาย	20	7
4	26	ชาย	พุทธ	มัธยมศึกษาปีที่ 3	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	1
5	39	ชาย	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 3	ขับรถจักรยานยนต์รับจ้าง	24	3
6	27	ชาย	พุทธ	ปวช.	พนักงานบริษัท	2	0
7	52	ชาย	พุทธ	มัธยมศึกษาปีที่ 6	ค้าขาย	20	1
8	67	ชาย	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 4	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	0
9	71	หญิง	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 7	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	40	0
10	40	หญิง	พุทธ	ปริญญาตรี	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	1
11	63	หญิง	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 4	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	2
12	59	ชาย	พุทธ	มัธยมศึกษาปีที่ 6	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24	5
13	46	หญิง	พุทธ	ประถมศึกษาปีที่ 6	แม่บ้านทำความสะอาด	10	3

### ตารางที่ 3 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 13 ราย รายละเอียด 1-2 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล	ครั้งที่	วันที่สัมภาษณ์	เวลาสัมภาษณ์	รวมเวลา	สถานที่
ID1	1	7 ต.ค. 2560	12.30-13.08 น.	38 นาที	ร้านค้าของผู้ให้ข้อมูล
	2	14 ต.ค. 2560	12.15-12.55 น.	40 นาที	โทรศัพท์
ID2	1	9 ต.ค. 2560	8.45-9.20 น.	35 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
	2	21 ต.ค. 2560	13.30-14.00 น.	30 นาที	โทรศัพท์
ID3	1	9 ต.ค. 2560	10.00-10.36 น.	36 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
	2	22 ต.ค. 2560	17.00-17.38 น.	38 นาที	ร้านขายอุปกรณ์ โทรศัพท์ของผู้ให้ข้อมูล
ID4	1	10 ต.ค. 2560	11.15-11.52 น.	37 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
	2	24 ต.ค. 2560	11.10-11.45 น.	35 นาที	โทรศัพท์
ID5	1	10 ต.ค. 2560	10.00-10.45 น.	45 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
	2	22 ต.ค. 2560	18.05-18.46 น.	46 นาที	โทรศัพท์
ID6	1	11 ต.ค. 2560	10.30-11.20 น.	50 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
	2	29 ต.ค. 2560	22.30-23.03 น.	33 นาที	โทรศัพท์
ID7	1	11 ต.ค. 2560	11.45-12.45 น.	60 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
	2	29 ต.ค. 2560	16.00-16.57 น.	57 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID8	1	12 ต.ค. 2560	18.30-19.20 น.	50 นาที	โทรศัพท์
	2	28 ต.ค. 2560	14.00-14.30 น.	30 นาที	บ้านผู้ให้ข้อมูล
ID9	1	18 ต.ค. 2560	10.30-11.15 น.	45 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
ID10	1	19 ต.ค. 2560	9.15-10.50 น.	95 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
	2	2 พ.ย. 2560	21.39-22.00 น.	21 นาที	โทรศัพท์
ID11	1	24 ต.ค. 2560	9.45-10.40 น.	55 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
	2	30 ต.ค. 2560	18.30-19.05 น.	45 นาที	โทรศัพท์
ID12	1	25 ต.ค. 2560	10.10-11.40 น.	90 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
ID13	1*	30 ก.ค. 2560	13.30-14.10 น.	40 นาที	บ้านของผู้ให้ข้อมูล
	2	27 ต.ค. 2560	18.30-19.08 น.	38 นาที	บ้านของผู้ให้ข้อมูล

หมายเหตุ : \* การสัมภาษณ์ทดลองใช้ข้อความ

ตารางที่ 4 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	ประเด็น
1.	เรียกโรคหลังลิ้ม ดูจากอาการที่เป็น
2.	อยากให้หายจากอาการที่เป็น
3.	เรียกโรคซึมเศร้า จากอาการและอ่านในอินเทอร์เน็ต
4.	เพราะเครียดจึงมีอาการ
5.	ไม่ได้เป็นบ้า มองว่าปกติ เพราะพูดคุยรู้เรื่อง
6.	เรียกโรคประสาท ดูจากอาการที่เป็น
7.	คิดว่าเกิดจากผีสิงหรือไสยศาสตร์
8.	คิดว่าเกิดจากสิ่งแวดล้อม
9.	เป็นโรคทั่วไปที่ทุกคนสามารถเป็นได้ กินยากี่ดีขึ้น ไม่ได้ร้ายแรง
10.	เรียกโรคหูแว่วตามอาการ เรียกโรคจิตเภทมันดูรุนแรงไป
11.	เป็นโรคจิตหรือจิตเภท
12.	เพราะกินเหล้า จึงมีอาการ
13.	มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอกทำให้เครียดจึงเกิดอาการ
14.	เป็นโรคเครียด โรคประสาท
15.	เรียกภาวะทางจิต จากความรู้ที่มีและประสบการณ์ที่เคยเจอ
16.	เป็นโรคจิตเวช ดูจากอาการและความรู้ที่มี
17.	อยากให้เป็นอย่างชัดเจน เพราะคนในสังคมไม่เข้าใจอาการเจ็บป่วยของสามี
18.	การดูแลคือการเอาใจใส่
19.	การดูแลคือการให้ความรักและการให้ความใกล้ชิด
20.	การดูแลคือความเข้าใจ
21.	เป็นเรื่องเวรกรรมที่ต้องดูแล
22.	การดูแลคือเรื่องปกติของชีวิต
23.	การดูแลคือการ take care ตลอดชีวิต
24.	การดูแลคือความรักและการเอาใจใส่
25.	การดูแลคือหน้าที่
26.	การดูแลหยุดไม่ได้ เป็นห่วงตลอดเวลา
27.	การดูแลคือการทำให้ดีขึ้น
28.	การดูแลคือการช่วยเหลือเจือจาน

ลำดับ	ประเด็น
29.	รับได้ เพราะอาการดีขึ้น
30.	เกิดความเคยชินจากการอยู่ร่วมกัน
31.	สบายใจเมื่ออาการดีขึ้น
32.	เมื่ออาการดีขึ้นเหมือนรอดพ้นจากความทุกข์
33.	ภูมิใจที่ทำให้อาการดีขึ้น
34.	มีความสุขที่ได้ดูแล
35.	เคยเจอเรื่องที่ยากกว่านี้เลยผ่านมาได้
36.	ไม่กลัว เพราะไม่มีอาการโวยวาย
37.	ยอมรับสภาพที่ภรรยาเป็น
38.	ปล่อยวางเมื่อเจอปัญหา
39.	กังวล กับอาการที่เปลี่ยนแปลง
40.	ไม่ยากให้เป็นเหมือนผู้ป่วยคนอื่นที่เคยเจอ
41.	ไม่ยากทำบาป
42.	เวลาสุขจับไม่ได้ รับรู้ได้แต่ความทุกข์
43.	ต้องใช้ความอดทนในการดูแล
44.	กลัวคู่ชีวิตจะทำร้ายตนเองและผู้อื่น
45.	กลัวว่าจะไม่หายจากโรค
46.	เสียใจ เมื่อมีอาการกำเริบ
47.	ตกใจ ในครั้งแรกที่รู้และตอนอาการกำเริบ
48.	เป็นห่วงกลัวไม่มีคนดูแล
49.	ท้อแท้ จากการดูแล
50.	เหนื่อย จากการดูแล
51.	ทุกข์สุขบ้างเป็นรสชาติของชีวิต
52.	สับสน กับอาการที่เป็น
53.	ทำใจไม่ได้ ในครั้งแรกที่รู้
54.	โกรธ โมโห เวลามีอาการ
55.	ไม่เข้าใจ เวลามีอาการ
56.	หนักใจ ในตอนแรกที่มีอาการ
57.	อายุคนอื่นที่มีคู่ชีวิตป่วยเป็นโรคทางจิต

ลำดับ	ประเด็น
58.	เครียดจากการดูแล
59.	ไม่ยอมรับรู้ว่าเป็นโรคอะไร
60.	จัดยาให้ในช่วงแรกที่เป็น
61.	คอยบอกคอยสอน ตักเตือนเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
62.	ให้เงินใช้จ่ายในแต่ละวัน และเป็นค่าตอบแทนเวลามาพบแพทย์
63.	ติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ
64.	ทำตามคำแนะนำแพทย์อย่างเคร่งครัด
65.	ดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพราะทำให้อาการดีขึ้น
66.	ให้ช่วยเหลืองานบ้าน
67.	สอนให้กินยา
68.	บอกเตือนให้กินยา ในช่วงที่อาการสงบหรืออาการดีขึ้น
69.	ดูแลเรื่องอาหารการกิน
70.	ส่งเสริมให้ทำงาน งานง่ายๆไม่หักโหม ฝึกฝนให้ทำงาน
71.	ไม่มีคนช่วยดูแล
72.	แสวงหาวิธีการดูแลจากแหล่งต่างๆ
73.	ให้อยู่แต่ในบ้าน เมื่อมีอาการ
74.	ดูแลไม่ให้เครียด (พูดคุยหยอกล้อ เอาใจ ทำงาน หาเพื่อนคุย ออกกำลังกาย เล่นเกมส์)
75.	หาเวลาพูดคุยเอาใจใส่ พูดให้กำลังใจ
76.	แสวงหาความช่วยเหลือ มีปัญหาปรึกษาผู้รู้
77.	ดูแลใกล้ชิดในช่วงแรก หาเวลาอยู่ด้วยให้มากที่สุด
78.	บอกความจริง ให้อยู่กับปัจจุบัน เวลามีอาการทางจิต
79.	ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ
80.	ตรวจสอบการกินยา (นับเม็ดยา แอบสังเกต)
81.	กำลังใจจากคนรอบข้างทำให้รู้สึกดีขึ้น
82.	โทรหาเวลาไม่ว่าง
83.	ไม่ได้แย่ง เหยียบ เดินหนี เวลาที่สามีภรรยาหงุดหงิดหรือพูดจาไม่รู้เรื่อง
84.	มีอาการเพราะขาดยา
85.	ตะโกนด่า ผลัก เวลาทะเลาะกัน
86.	หาคนใกล้ชิดช่วยดูแล

ลำดับ	ประเด็น
87.	สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงก่อนอาการกำเริบ
88.	เคยให้หยุดยาเอง แล้วอาการกำเริบ
89.	ให้ผู้ป่วยเล่าให้ฟังทันทีเมื่อมีอาการ
90.	เบี่ยงเบนความสนใจ เมื่อมีอาการทางจิต (หาหนังสือให้อ่าน เปลี่ยนเรื่องคุย)
91.	อยากให้ดูแลตนเองมากขึ้น (ให้จัดยาเอง ทำกิจวัตรประจำวันเอง)
92.	ประเมินการขาดยาจากพฤติกรรมที่แสดงออก
93.	ดูแลให้ลดเลิกสารเสพติด
94.	ให้ผู้ป่วยกินเปียร์เพื่อผ่อนคลาย
95.	ปรับเปลี่ยนเวลารับประทานยาตามวิถีชีวิต โดยปรึกษาแพทย์ก่อน
96.	เปิดธรรมะให้ฟัง พาไปวัด
97.	ช่วงแรกไม่สนใจจัดยาให้เพราะไวใจ
98.	ปรับเปลี่ยน เรียนรู้ ในแต่ละวันแต่ละสถานการณ์
99.	ไม่ได้รับความเข้าใจจากคนรอบข้าง
100.	ค้นหาสาเหตุของอาการ จัดการที่สาเหตุ
101.	สร้างสิ่งแวดล้อมครอบครัวให้อบอุ่น
102.	จัดกิจกรรมให้ทำในแต่ละวัน สร้างแบบแผนการดำเนินชีวิตให้ใหม่
103.	ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย
104.	สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยทำให้เครียด สร้าง safety zone
105.	กระตุ้นให้ออกไปข้างนอก เผชิญโลก
106.	สร้างความเข้าใจให้คนอื่นในครอบครัว
107.	มีอาการ รีบพาไปโรงพยาบาล
108.	พูดย้ำๆพูดซ้ำๆพูดบ่อยๆเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม
109.	เกิดหลากหลายอารมณ์ในแต่ละวันจากการดูแล
110.	ลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด
111.	การดูแลขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค
112.	ขอร้องให้กินยา
113.	การดูแลเริ่มต้นที่ตัวเรา
114.	รับผิดชอบงานบ้านแทน
115.	ดูแลตนเองไม่ให้เครียด หากิจกรรมคลายเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแล



ลำดับ	ประเด็น
116.	กระทบต่องาน ในช่วงแรกทีเดียว
117.	ทำงานไม่เป็นเวลา ไม่สะดวกในการดูแล
118.	ควบคุมอารมณ์ตนเองเวลาผู้ป่วยมีอาการ
119.	คลายเครียดจากการดูแลด้วยการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า
120.	มีผลต่อรายได้ เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว
121.	เพิ่มหน้าที่ต้องรับผิดชอบ
122.	กระทบต่อการพักผ่อน
123.	ทำความเข้าใจในตัวโรคที่เป็น
124.	เกิดการเรียนรู้เข้าใจโลกมากขึ้น
125.	พยายามปรับเปลี่ยนตนเองให้ดีขึ้น
126.	ทุกอย่างขึ้นอยู่กับที่กำลังใจ
127.	ปรับความคิดตนเอง
128.	ประคับประคองกันไปเรื่อยๆ ต้องอยู่ดูแลกันไป
129.	เพราะคำว่าครอบครัวจึงต้องดูแล
130.	ใช้ชีวิตตามปกติ ไม่ส่งผลต่อชีวิตคู่
131.	เหมือนเพื่อนกันมากกว่าสามีภรรยา
132.	การดูแลเป็นหน้าที่ที่ต้องทำ
133.	สงสาร กลัวไม่มีคนดูแล
134.	ดูแลเพราะรัก อาการของผู้ป่วยดีขึ้นเพราะความรัก
135.	เหมือนเด็ก เหมือนมีลูกเพิ่มมาอีกคน
136.	อยากอยู่ด้วยกันจนตาย
137.	อยู่ด้วยกันแล้วรับได้ เข้าใจกันมากขึ้น
138.	ชีวิตคู่เปลี่ยนแปลงไปทางที่ดี พุดคุยกันมากขึ้น
139.	ทำหน้าที่ทุกอย่าง เป็นเสาหลักของครอบครัว เพิ่มความรับผิดชอบในครอบครัว
140.	เพราะลูก จึงอยู่ดูแล
141.	อยู่ด้วยกันเพราะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต
142.	ทำทุกอย่างเท่าที่ทำได้ ทำวันนี้ให้ดีที่สุด
143.	ดูแลซึ่งกันและกัน
144.	เพราะเขาเคยทำเพื่อเรา เราจึงอยากดูแล

ลำดับ	ประเด็น
145.	หลังจากป่วยทะเลาะกันน้อยลง
146.	เกิดความอดทน และให้อภัยกัน
147.	ชีวิตคู่ราบเรียบแต่ไม่ราบรื่น
148.	เพราะความผูกพัน อยู่ด้วยกันมานาน ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา
149.	เป็นห่วงลูก ลูกคือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
150.	ไม่อยากให้ครอบครัวแตกแยก เหมือนที่เคยเจอมา
151.	ความสัมพันธ์ทางเพศลดลง
152.	ความสัมพันธ์ทางเพศลดลงตามวัยไม่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย
153.	ผู้ป่วยต้องการความรักและความเข้าใจ
154.	ดูแลเพราะคือพ่อของลูก
155.	ความรู้สึกของการเป็นสามีภรรยาลดลงแต่คือคนในครอบครัว
156.	เพราะเข้าใจจึงอยู่ด้วยกันได้

ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์

ครั้งที่ 1 วันที่ 9 พ.ย. 2560

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. ความหมายของการดูแล	<p>1.1 การแสดงออกถึงความเอาใจใส่ที่เกิดจากความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง</p> <p>1.2 การดูแลคือการกระทำตลอดชีวิตที่หยุดไม่ได้</p>
2. การรับรู้การเจ็บป่วย	<p>2.1 เกิดจากผีสิงหรือไสยศาสตร์</p> <p>2.2 ความเครียดทำให้เกิดอาการ</p> <p>2.3 เป็นโรคทั่วไปที่ทุกคนสามารถเป็นได้</p>
3. พฤติกรรมการดูแล	<p>3.1 พฤติกรรมการดูแลหลังรับรู้การเจ็บป่วย</p> <p>3.1.1 แสวงหาวิธีการดูแล</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เสาะหาพระพุทธรูปศักดิ์สิทธิ์</li> <li>- พบแพทย์แผนปัจจุบัน</li> <li>- หาข้อมูลจากสื่อต่างๆ</li> <li>- สอบถามผู้รู้</li> </ul> <p>3.2 พฤติกรรมการดูแลเมื่อมีอาการทางจิต</p> <p>3.2.1 ฝ่าสังเกตุอาการเปลี่ยนแปลง</p> <p>3.2.2 ไม่ได้แย่ง เฝียบพยายามควบคุมอารมณ์ตนเอง</p> <p>3.2.3 อยู่เป็นเพื่อน คอยรับฟัง และอธิบายความจริง</p> <p>3.2.4 ให้อยู่แต่ในบ้าน ดูแลอย่างใกล้ชิด</p> <p>3.2.5 จัดยาให้เอง</p> <p>3.3 พฤติกรรมการดูแลเพื่อไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ</p> <p>3.3.1 ดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กระตุ้นเตือนให้กินยา</li> <li>- ตรวจสอบการกินยา</li> </ul> <p>3.3.2 พบแพทย์ติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>3.3.3 ลดสิ่งกระตุ้นอาการทางจิต</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เอาใจ ให้เงิน</li> <li>- พุดปอบโยนให้กำลังใจ</li> <li>- กระตุ้นให้ทำงาน พบปะสังคม</li> </ul>

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ</li> <li>- ใช้ธรรมชาติผ่อนคลายจิตใจ</li> </ul> <p>3.3.4 หลีกเลี้ยงสารเสพติดกระตุ้นอาการ</p> <p>3.4 แสวงหาความช่วยเหลือ</p> <p>3.4.1 หาคนใกล้ชิดช่วยดูแล</p> <p>3.4.2 โทรหาเวลาไม่ว่าง</p>
4. ความรู้สึกทุกข์และสุขจากการดูแล	<p>4.1 ความรู้สึกที่เป็นทุกข์หลังรับรู้กรเจ็บป่วย</p> <p>4.1.1 กลัว</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลัวไม่หาย</li> <li>- กลัวทำร้ายตนเองและคนรอบข้าง</li> </ul> <p>4.1.2 ตกใจ</p> <p>4.1.3 สับสน ไม่เข้าใจ</p> <p>4.1.4 เสียใจ</p> <p>4.2 ความรู้สึกที่เป็นทุกข์ในช่วงที่มีอาการ</p> <p>4.2.1 เหนื่อยจนท้อ</p> <p>4.2.2 โกรธ โมโห</p> <p>4.2.3 เครียด</p> <p>4.2.4 สงสาร เป็นห่วง กลัวไม่มีคนดูแล</p> <p>4.3 ความรู้สึกที่เป็นสุขเมื่ออาการดีขึ้น</p> <p>4.3.1 สบายใจ เมื่ออาการดีขึ้น</p> <p>4.3.2 ภูมิใจ ที่ทำให้อาการดีขึ้น</p> <p>4.4 การปรับสภาพจิตใจระหว่างให้การดูแล</p> <p>4.4.1 คิดว่าเป็นเวรกรรมที่ต้องดูแล</p> <p>4.4.2 บอกตัวเองให้อดทน</p> <p>4.4.3 ทำใจยอมรับ ปล่อยวางจิตใจ</p> <p>4.4.4 สร้างกำลังใจจากคนรอบข้าง</p>
5. ชีวิตคู่ราบเรียบแต่ไม่ราบรื่น	<p>5.1 กลายเป็นเสาหลักของครอบครัว</p> <p>5.1.1 ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น</p> <p>5.1.2 เพิ่มหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ</p>

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
	5.2 ความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป 5.2.1 ความรู้สึกของการเป็นสามีภรรยาตกลง 5.2.2 ความสัมพันธ์ทางเพศลดลง 5.2.3 ทะเลาะกันน้อยลง 5.3 สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง 5.3.1 ความรักและความผูกพัน 5.3.2 เพราะคำว่าครอบครัว 5.3.3 ลูกคือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ



ครั้งที่ 2 วันที่ 15 ม.ค. 2561

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
การให้ความหมายของการดูแล ของคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภท	1. การดูแลคือการเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ 2. การดูแลคือเรื่องปกติของชีวิตคู่ที่หยุดไม่ได้
ประสบการณ์การดูแลของ คูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท 1. ทำความเข้าใจกับการ เจ็บป่วยของคูชีวิต	1.1 เป็นโรคปกติทั่วไป รักษาได้ สามารถเป็นได้กับทุกคน 1.2 ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต 1.3 เป็นเวรกรรมที่ต้องดูแล
2. การเปลี่ยนแปลงในชีวิตคู่ สอนให้ปรับตัว	2.1 กลัวทุกอย่างจากความไม่รู้ 2.2 ความสัมพันธ์ของสามีภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไป 2.3 เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ 2.4 เหนื่อยจนท้อจากการดูแล 2.5 เมื่อรู้ว่าป่วยแสวงหาการรักษาทุกรูปแบบ 2.6 หาตัวช่วยในการดูแล 2.7 ปรับความคิดและจิตใจ
3. เรียนรู้สิ่งสมประสบการณ์ จากอาการที่เป็น	3.1 สร้างพื้นที่ปลอดภัยเมื่อมีอาการกำเริบ 3.2 พุดคุยสร้างความเข้าใจด้วยถ้อยคำอ่อนโยน เมื่อมีอาการ กำเริบ 3.3 ควบคุมอารมณ์ตนเองให้เร็วที่สุด เมื่อมีเหตุให้ทะเลาะกัน 3.4 เผชิญเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่เป็นสัญญาณบอกอาการ กำเริบ 3.5 ดูแลเรื่องการรับประทานยาตามลักษณะอาการที่เป็น 3.6 พบแพทย์ติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ 3.7 ดูแลไม่ให้เครียด หาสิ่งช่วยให้สบายใจ 3.8 หลีกเลี่ยงสารเสพติดกระตุ้นอาการ
4. สายใยครอบครัวที่ไม่อาจ ทอดทิ้ง	4.1 อยู่ด้วยกันเพราะความรักความผูกพันของคำว่าครอบครัว 4.2 สงสาร ห่วงใย หากไม่มีใครดูแล 4.3 ลูกคือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 4.4 สุขใจที่ทำให้อาการดีขึ้น

## ครั้งที่ 3 วันที่ 2 ก.พ. 2561

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
การให้ความหมายของการดูแล ของคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภท	1. การดูแลคือการเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ 2. การดูแลคือเรื่องปกติของชีวิตคู่ที่หยุดไม่ได้
ประสบการณ์การดูแลของ คูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท 1. ทำความรู้จักและเข้าใจในตัว โรค	1.1 กลัวทุกอย่างจากความไม่รู้ 1.2 เป็นโรคปกติทั่วไป รักษาได้ สามารถเป็นได้กับทุกคน 1.3 ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต 1.4 เป็นเวรกรรมที่ต้องดูแล 1.5 ปรับความคิดและจิตใจ
2. ปรับตัวกับการใช้ชีวิตคู่	2.1 ความสัมพันธ์ของสามีภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไป 2.2 เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ 2.3 เหนื่อยจนท้อจากการดูแล 2.4 เมื่อรู้ว่าป่วยแสวงหาการรักษาทุกรูปแบบ 2.5 หาตัวช่วยในการดูแล
3. ปรับเปลี่ยนการดูแลตาม อาการที่เป็น	3.1 สร้างพื้นที่ปลอดภัยเมื่อมีอาการกำเริบ 3.2 พุดคุยสร้างความเข้าใจด้วยถ้อยคำอ่อนโยน เมื่อมีอาการ กำเริบ 3.3 ควบคุมอารมณ์ตนเองให้เร็วที่สุด เมื่อมีเหตุให้ทะเลาะกัน 3.4 เผื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสัญญาณบอกอาการ กำเริบ 3.5 ดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 3.6 พบแพทย์ติดตามอาการสม่ำเสมอ 3.7 ดูแลไม่ให้เครียด หาสิ่งช่วยให้สบายใจ 3.8 หลีกเลี่ยงสารเสพติดกระตุ้นอาการ
4. สายใยครอบครัวที่ไม่อาจ ทอดทิ้ง	4.1 อยู่ด้วยกันเพราะความรักความผูกพันของคำว่าครอบครัว 4.2 สงสาร ห่วงใย หากไม่มีใครดูแล 4.3 ลูกคือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 4.4 ภูมิใจที่ทำให้อาการดีขึ้น

## ครั้งที่ 4 วันที่ 23 ก.พ. 2561

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
การให้ความหมายของการดูแล ของคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภท	1. การดูแลคือการเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ 2. การดูแลคือส่วนหนึ่งของชีวิตคู่
ประสบการณ์การดูแลของ คูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท 1. ทำความรู้จักและเข้าใจในตัว โรค	1.1 กลัวทุกอย่างจากความไม่รู้ 1.2 เป็นโรคปกติทั่วไป รักษาได้ สามารถเป็นได้กับทุกคน 1.3 ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต 1.4 ปรับความคิดและจิตใจ
2. ปรับตัวกับการใช้ชีวิตคู่เมื่อ เจ็บป่วย	2.1 ความสัมพันธ์ของสามีภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไป 2.2 เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ 2.3 ควบคุมอารมณ์ตนเองให้เร็วที่สุด เมื่อมีเหตุให้ทะเลาะกัน 2.4 เหนื่อยจนท้อจากการดูแล 2.5 เมื่อรู้ว่าป่วยแสวงหาการรักษาทุกรูปแบบ 2.6 หาตัวช่วยในการดูแล
3. ปรับเปลี่ยนการดูแลตาม อาการที่เป็น	3.1 สร้างพื้นที่ปลอดภัยเมื่อมีอาการกำเริบ 3.2 พุดคุยสร้างความเข้าใจด้วยถ้อยคำอ่อนโยน เมื่อมีอาการ กำเริบ 3.3 ฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสัญญาณบอกอาการ กำเริบ 3.4 เรียนรู้การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ 3.5 ดูแลไม่ให้เครียด หาสิ่งช่วยให้สบายใจ 3.6 หลีกเลี่ยงสารเสพติดกระตุ้นอาการ 3.7 ภูมิใจที่ทำให้อาการดีขึ้น
4. สายใยครอบครัวที่ไม่อาจ ทอดทิ้ง	4.1 อยู่ด้วยกันเพราะความรักความผูกพันของคำว่าครอบครัว 4.2 สงสาร ห่วงใย หากไม่มีใครดูแล 4.3 อยู่ดูแลเพื่อลูก



ครั้งที่ 5 วันที่ 13 มี.ค. 2561

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
การให้ความหมายของการดูแล ของคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภท	1. การดูแลคือการเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ 2. การดูแลคือส่วนหนึ่งของชีวิตคู่
ประสบการณ์การดูแลของ คูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท 1. ทำความรู้จักและเข้าใจในตัว โรค	1.1 กลัวทุกอย่างจากความไม่รู้ 1.2 เมื่อรู้ว่าป่วยแสวงหาการรักษาทุกรูปแบบ 1.3 เป็นโรคปกติทั่วไป รักษาได้ สามารถเป็นได้กับทุกคน 1.4 ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต 1.5 ปรับความคิดและจิตใจ
2. การเปลี่ยนแปลงและการ ปรับตัวกับการใช้ชีวิตคูเมื่อ เจ็บป่วย	2.1 ความสัมพันธ์ของสามีภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไป 2.2 เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ 2.3 ควบคุมอารมณ์ตนเองให้เร็วที่สุด เมื่อมีเหตุให้ทะเลาะกัน 2.4 เหนื่อยจนท้อจากการดูแล 2.5 หาตัวช่วยในการดูแล 2.6 ภูมิใจที่ทำให้อาการดีขึ้น
3. ปรับเปลี่ยนการดูแลตาม อาการที่เป็น	3.1 สร้างพื้นที่ปลอดภัยเมื่อมีอาการกำเริบ 3.2 พุดคุยสร้างความเข้าใจด้วยถ้อยคำอ่อนโยน เมื่อมีอาการ กำเริบ 3.3 ฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสัญญาณบอกอาการ กำเริบ 3.4 เรียนรู้การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ 3.5 ดูแลไม่ให้เครียด หาสิ่งช่วยให้สบายใจ 3.6 หลีกเลี่ยงสารเสพติดกระตุ้นอาการ
4. สายใยครอบครัวที่ไม่อาจ ทอดทิ้ง	4.1 อยู่ด้วยกันเพราะความรักความผูกพันของคำว่าครอบครัว 4.2 สงสาร ห่วงใย หากไม่มีใครดูแล 4.3 อยู่ดูแลเพื่อลูก

ครั้งที่ 6 วันที่ 16 พ.ค. 2561

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
การให้ความหมายของการดูแล ของคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภท	1. การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ 2. สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง
ประสบการณ์การดูแลของ คูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท 1. ทำความรู้จักและเข้าใจ เกี่ยวกับโรค	1.1 กลัวทุกอย่างจากความไม่รู้ 1.2 เมื่อรู้ว่าป่วยแสวงหาการรักษาทุกรูปแบบ 1.3 เป็นโรคปกติทั่วไป รักษาได้ สามารถเป็นได้กับทุกคน 1.4 ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต
2. การปรับตัวเมื่อคูชีวิต เจ็บป่วย	2.1 ความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไป 2.2 เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ 2.3 ควบคุมอารมณ์ตนเองให้เร็วที่สุดเมื่อมีเหตุให้ทะเลาะกัน 2.4 เหนื่อยจนท้อจากการดูแล 2.5 หาตัวช่วยในการดูแล 2.6 ปรับความคิดและจิตใจ 2.7 ภูมิใจที่ทำให้อาการดีขึ้น
3. การดูแลตามอาการที่เป็น	3.1 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่บอกถึงอาการกำเริบ 3.2 ดูแลความปลอดภัยเมื่อมีอาการกำเริบ 3.3 พุดคุยด้วยถ้อยคำอ่อนโยนเมื่อมีอาการกำเริบ 3.4 เรียนรู้การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ 3.5 หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้อาการกำเริบ

ตารางที่ 6 การตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

วันที่ตรวจ	รายการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย
2 ต.ค. 2560	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล try-out รายที่ 1 และ 2 เพื่อปรับแก้ไขแนวคำถาม อาจารย์เสนอแนะให้ฝึกทำการถอดรหัส (coding)
9 ต.ค. 2560	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสัมภาษณ์ (Transcript) ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 (ID1) เพื่อปรับแก้ไขแนวคำถาม พร้อมกับการถอดรหัส (coding)
13 ต.ค. 2560	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสัมภาษณ์ (Transcript) ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 (ID1) อีกครั้ง อาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะการถอดรหัส (coding) การปรับแก้ไขแนวคำถาม เพื่อให้สามารถเจาะลึกถึงการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และเหตุผลต่างๆ ของคำตอบหรือคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล เพื่อกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป
2 พ.ย. 2560	ส่งบทสัมภาษณ์ (transcript) พร้อมกับการถอดรหัส (coding) และการจัดประเภทข้อมูล (category) ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1-13 (ID1-13)
7 พ.ย. 2560	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการถอดรหัส (coding) และการจัดประเภทข้อมูล (category) อาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะแนวทางการตั้งประเด็น (Theme)
9 พ.ย. 2560	ส่งการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ครั้งที่ 1
16 พ.ย. 2560	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) อาจารย์แนะนำให้จัดกลุ่มประเด็นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเข้าเป็นกลุ่มเดียวกัน แล้วเขียนออกมาเป็นประเด็นหลักที่ประกอบด้วยประเด็นย่อยๆ
15 ธ.ค. 2560	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการแก้ไขบทที่ 1-3
8 ม.ค. 2561	ส่งบทที่ 1-3 ครั้งที่ 1
15 ม.ค. 2561	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการแก้ไขบทที่ 1-3 ส่งการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ครั้งที่ 2
2 ก.พ. 2561	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อส่งบทที่ 1-3 ที่แก้ไขเสร็จสมบูรณ์ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา รับฟังคำแนะนำแนวทางการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ตามที่ส่งไปในครั้งที่ 2
23 ก.พ. 2561	ส่งบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ครั้งที่ 1
12 มี.ค. 2561	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการแก้ไขบทที่ 4 ผลการ

วันที่ตรวจ	รายการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย
	วิเคราะห์ข้อมูล ครั้งที่ 1
16 มี.ค. 2561	ส่งบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ครั้งที่ 2
19 มี.ค. 2561	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการแก้ไขบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ครั้งที่ 2 และรับฟังคำแนะนำการเขียนการอภิปรายผล
23 มี.ค. 2561	ส่งบทที่ 1-5 ครั้งที่ 1
4 เม.ย. 2561	รับรายงานทุกบทที่ขึ้น และดำเนินการแก้ไขการเขียนรายงานบทที่ 1-5 เพิ่มเติมตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา
7 เม.ย. 2561	ส่งทุกบทให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง
11 เม.ย.2561	ส่งเล่มวิทยานิพนธ์ให้คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
28 เม.ย.2561	สอบป้องกันวิทยานิพนธ์ รับฟังคำแนะนำแนวทางการแก้ไขจากคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
16 พ.ค.2561	ส่งวิทยานิพนธ์ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง
21 พ.ค.2561	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการแก้ไขและปรับแก้วิทยานิพนธ์
31 พ.ค.2561	ส่งเล่มวิทยานิพนธ์

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ อ่วมตานี อาจารย์ประจำสาขาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ดร.เบญจวรรณ พิททาร์ต อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี  
ราชบุรี
3. นางอำพัน หิรัญอุทก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) สาขาการ  
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนิภาวรรณ ศรีโยหะ เกิดวันที่ 11 เดือนมีนาคม พ.ศ.2532 อายุ 29 ปี ภูมิลำเนา อยู่จังหวัดมุกดาหาร ศึกษาในระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาตอนต้นที่โรงเรียนบ้านกุดโง้ง จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลายที่โรงเรียนมุกดาหาร เข้าศึกษาต่อระดับปริญญาตรีที่โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จบปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิตปี พ.ศ. 2555 ด้วยเกรดเฉลี่ย 3.49 เกียรตินิยมอันดับสอง จากนั้นปี พ.ศ. 2558 เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างศึกษาได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาจำนวน 1 ทุน และเข้าร่วมประกวดการแข่งขันจัดทำวิดีโอทัศน์หัวข้อสังคมมีวินัยของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับทีม Nursing CU ได้รับรางวัลชมเชย ปัจจุบันปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยให้คำปรึกษาและส่งเสริมสุขภาพ งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY