

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา

๑ แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 2013



รายงานการวิจัย

เรื่อง

ประสบการณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน : ศึกษากรณีตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี

The Experience of Caregivers Caring for Schizophrenic Patients at Home:

Case Study in Khu Bua District, Ratchaburi Province

อาจารย์ปิยะทิพย์	ตินวัร
นายกระพัน	ศรีงาน
นายชัยยศ	ชาวระนอง
นายวรพล	วิแหลม
นายวรเดช	ช่างแก้ว
นายวิโรจน์	พรหมสุด
นายสุชาติ	ใจสถาน

18 ส.ย. 2551

AQ 0050192

เริ่มบริการ

19 พ.ย. 2551

238372

๒๕๓๑๐๐๐๗

ภาควิชาวิจัยและวัดผลการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

พ.ศ. 2550

กิตติกรรมประกาศ

ในสถานะเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน ทำให้คนมีความเครียดมากยิ่งขึ้น การศึกษา
ประสบการณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน : ศึกษากรณีตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ตามประสบการณ์
ของผู้ดูแลหลักในครอบครัว และผู้ดูแลรองในชุมชน อธิบายวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
ในวิถีชีวิตประจำวัน ทางด้านกาย ด้านจิต ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย
เชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl Phenomenology และผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้
คงจะเป็นประโยชน์ในการเข้าใจประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ขอขอบพระคุณ ดร.สุชาติ กรเพชรปณี ที่ให้ความกรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย
และได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้งานวิจัยฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ จนการวิจัยครั้งนี้
สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ขอให้ท่านมีพลังใจในการดูแลผู้ป่วยของท่าน และขอบคุณประโยชน์จากการวิจัยครั้ง
นี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของท่านหายป่วยโดยเร็ว

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก อธิบายวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในวิถีชีวิตประจำวัน ทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserlian Phenomenology ผู้วิจัยคัดเลือกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทแบบเจาะจง จำนวน 7 ครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนามนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ (Verbatim) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลให้ความหมายการดูแลตามการให้ความหมายต่อโรค โดยแยกเป็นให้ความหมายตามความเชื่อดั้งเดิมทางไสยศาสตร์ ก็จะแสวงหาการดูแลรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์โดยพื้หมอพระ หมอผี หรือร่างทรง ให้ความหมายตามลักษณะอาการของโรคว่ามีสาเหตุมาจากความเครียดกับยาเสพติด เมื่อญาติให้การยอมรับและมีความเข้าใจต่อโรค ก็จะแสวงหาการรักษาทางจิต โดยรักษาที่โรงพยาบาล จนมีอาการดีขึ้นสามารถกลับมาดูแลที่บ้านได้ ญาติจะมีวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยให้ดูแลตนเอง การสังเกตอาการกำเริบ หาวิธีการจัดการความเครียดของผู้ป่วย และของตัวผู้ดูแล การเสริมสร้างพัฒนาการทางสังคมของผู้ป่วย ญาติจะดูแลโดยการให้ความรักความเอื้ออาทร การให้รางวัล คำชมเชย กำลังใจกับผู้ป่วย การให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงออกโดย เข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลภายนอก การบำบัดตามความเชื่อทางศาสนา การสร้างความมั่นใจในตนเองและศักยภาพของผู้ป่วย โดยมอบหมายงานให้ผู้ป่วยทำ

ABSTRACT

The purpose of this study was to explain the experience of caregivers caring for schizophrenic patients in a community in four life style aspects: physical, psychological, social, and spiritual. A qualitative research method of Husserlian phenomenology was applied as a methodology. Data were collected using focus group, in-depth interviews, and non-participated observation through seven family-caregivers recruited by purposive sampling. Audio-tape interviews were verbatim transcribed to complete the field notes. The data were then analyzed by Colaizzi's method.

The findings demonstrated that caregivers referred caring due to their perception of illness, as the result of supernatural believes; faith healer was need for caring whereas the patients were cared in the hospital if their caregivers perceived that causes of illness are stress and drug addiction. After discharged, they had to look after patients in community. The experience of caregivers consisted of major themes as following: administering patients' medications, supporting patients' self-care, observing signs of recurrence, managing stress for both patients and themselves, caring with religious believes, developing social skills, and giving love and positive reinforcement to enhance their patients as a part of families and society including to encourage them to have works in order to promote their potency and self-confidence.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญภาพ.....	ช
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
คำถามของการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท.....	6
การรับรู้ของสังคมและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทางจิต.....	18
ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.....	19
แนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา.....	32
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ.....	38
สถานที่ในการวิจัย.....	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	39
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	42
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
ข้อมูลและบริบทส่วนบุคคล.....	46
ประสบการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย.....	58

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติ.....	72
การเสริมสร้างพัฒนาการทางสังคมของผู้ป่วย.....	83
5 สรุปและอภิปรายผล.....	96
สรุปผลการวิจัย.....	96
อภิปรายผลการวิจัย.....	99
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	102
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	102
บรรณานุกรม.....	103
ภาคผนวก.....	107
ภาคผนวก ก.....	108
ภาคผนวก ข.....	109

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 แผนผังเครือญาติผู้ป่วย SC1	47
2 แผนผังเครือญาติผู้ป่วย SC2	48
3 แผนผังเครือญาติผู้ป่วย SC3	49
4 แผนผังเครือญาติผู้ป่วย SC4	50
5 แผนผังเครือญาติผู้ป่วย SC5	51
6 แผนผังเครือญาติผู้ป่วย SC6	52
7 แผนผังเครือญาติผู้ป่วย SC7	53
8 แผนผังสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วย SC1	54
9 แผนผังสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วย SC2	54
10 แผนผังสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วย SC3	55
11 แผนผังสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วย SC4	56
12 แผนผังสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วย SC5	56
13 แผนผังสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วย SC6	57
14 แผนผังสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วย SC7	57
15 แผนภูมิแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน : กรณีตำบลคูบัว	98

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยความรู้สึกและเชื่อว่าปัญญาชงปกติ (WHO, 1992) ผู้ป่วยมักแยกตัว เก็บตัว ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน โดยอาการจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การทำงานและความสัมพันธ์ทางสังคมจะเสื่อมลงอย่างมากและเมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้บ่อย ประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 1 เป็นโรคนี พบในคนทุกเชื้อชาติ ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ส่วนมากเริ่มเป็นกับคนวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2533) จากสถิติของโรงพยาบาลราชบุรีพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุดในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด โดยพบผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษา ในแผนกผู้ป่วยใน ในปี 2544 และ 2545 จำนวน 225 ราย และ 280 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 36.23 และ 39.38 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการ, 2544, 2545) และจากทะเบียนผู้ป่วยของสถานีนอนามัยตำบลคูบัวและสถานีอนามัยคูบัวเฉลิมพระเกียรติ มีผู้ป่วย 34 ราย ได้รับการดูแลจากครอบครัวของชุมชน ขึ้นทะเบียนรักษากับโรงพยาบาลราชบุรีและทางสถานีอนามัยจะเป็นผู้ติดตามดูแลเรื่องการรักษาของผู้ป่วย ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชปัจจุบัน มีนโยบายมุ่งเน้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้อยู่กับครอบครัวและชุมชนมากขึ้น จึงทำให้ครอบครัวเป็นผู้ที่มีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2540) จากการศึกษาของภัทรภรณ์ ทุงปิ่นคำ (Tungpinkom, 2000) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ด้านการจัดการกับอาการของโรค และด้านการบริหารยา

การที่ครอบครัวต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากการได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและกลับมาอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน ครอบครัวจะมีการมอบหมายให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Orem, 1991) ซึ่งผู้ดูแลมักจะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด โดยอาจจะเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์โดยตรงทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องหรือบุคคลอื่นที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด เช่น เพื่อน เป็นต้น

ในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย กิฟเวน และกิฟเวน (Given & Given, 1991) และ วอล์คเกอร์ และคณะ (Walker, et al, 1995) พบว่าประสบการณ์ การตอบสนองและผลลัพธ์การดูแลทั้งใน ทางบวกและทางลบ สำหรับผลลัพธ์ในทางบวกที่ส่งเสริมให้เกิดความผาสุก และความพึงพอใจใน ชีวิตของญาติผู้ดูแลได้แก่ความรู้สึกมีคุณค่า ได้ทำประโยชน์ทดแทนบุญคุณ เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับ ผู้ป่วยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้รับการยอมรับนับถือเพิ่มพูนความสามารถและทักษะในการดูแล ผู้ป่วย เกิดความภาคภูมิใจได้รับการสนับสนุนระดับประจักษ์ด้านจิตใจ ส่วนผลกระทบในทางลบ เกิดสืบเนื่องมาจากการมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นหลายด้านและขาดการสนับสนุนช่วยเหลือ ส่งผลให้ วิธีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก รู้สึกถูกแยกออกจากสังคม ต้องกระทำหลายบทบาท พร้อมกันในเวลาที่ยากัดหรือไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม ตามความคาดหวังของ ตนและผู้อื่นก่อให้เกิดความกดดันสะสมในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านจิตสังคม สุขภาพร่างกาย เศรษฐกิจ รวมถึงระบบครอบครัว เป็นที่มาของความเครียดในบทบาท รู้สึกเหนื่อยล้า เป็นภาวะ สุขภาพทรุดโทรม การดูแลตนเองลดลง

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ในชุมชน จะต้องมีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยรวมถึงการให้ความสำคัญกับชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ การพยายามให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือและให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญที่ ผู้ปฏิบัติงานทางจิตเวชไม่ควรมองข้าม จากการศึกษาของ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ และคณะ(2547) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนสามารถกลับเข้าไปอยู่ในชุมชนได้ สิ่งที่ทำให้ทั้งผู้ป่วย และ ครอบครัวรู้สึกสะเทือนใจ คือถูกรังเกียจและถูกซ้ำเติมจากเพื่อนบ้าน ดังนั้นการให้การดูแลช่วยเหลือ ต้องคำนึงถึงทัศนคติของชุมชนที่มีต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และถ้าจะให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับ ผู้ป่วยจิตเภทจริงๆ การดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยก็มีความสำคัญนอกจากจะเป็น การปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย แล้วยังเป็นการสร้างความร่วมมือในชุมชนให้ ร่วมมือกันช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วย และเป็นการเสริมกำลังใจให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีกำลังใจใน การดูแล

จากความเชื่อว่ามีมนุษย์ต้องมีปฏิสัมพันธ์ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมของสรรพสิ่งที่มี การเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่น ครอบครัว ระบบวัฒนธรรม ระบบสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ในขณะที่เดียวกันมนุษย์จะมีการรับรู้ให้ความหมายในสิ่งต่าง ๆ หรือมีการปฏิสัมพันธ์แตกต่างกันไป ตามบริบทและเงื่อนไข ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทที่บ้านย่อมมีการรับรู้และให้ความหมาย ต่อการดำรงฐานะที่เป็นผู้ดูแลที่บ้านที่แตกต่างกันไปตามประสบการณ์ที่มีอยู่ การที่จะช่วยส่งเสริม

ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสามารถทำบทบาทของตนได้อย่างมีคุณภาพที่ดีได้นั้น จำเป็นต้องค้นหาความจริงว่าบุคคลเหล่านี้ให้ความหมายกับประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างไร

จากการศึกษาของจอร์นัท ซันแจ็ง (2548) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้เป็นมารดา ได้แสดงออกมาในลักษณะที่ทำให้เห็นถึงการรับรู้ที่เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุตรที่ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยการกระทำที่อยู่ภายใต้ความรู้สึกรักอยากให้บุตรหายเจ็บป่วย การกระทำแสดงออกถึงความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย ของแม่ที่มีต่อลูกซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้นการศึกษาถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างลึกซึ้งซึ่งมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้เผชิญกับภาวะพึ่งพาและความผิดปกติทางด้านความคิด และพฤติกรรมของผู้ป่วย ย่อมเกิดการเรียนรู้ และมีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้น จากทั้งอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ลักษณะพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งผู้ปฏิบัติงานทางจิตเวชเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการ ต้องมีความเข้าใจในความคิด ความรู้สึกลึกๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลอย่างแท้จริง ซึ่งการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นรูปแบบการศึกษาที่จะสามารถอธิบายสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตรวจสอบประสบการณ์ของบุคคล และการที่บุคคลผ่านประสบการณ์เหล่านั้นว่าเป็นอย่างไร และจะนำเอาวิธีการที่บุคคลสะสมประสบการณ์และการตีความหมายเกี่ยวกับโลกของเขามาใช้โดยไม่จำเป็นต้องผ่านขั้นตอนการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะทำการศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่เป็นญาติในครอบครัวที่ดูแลหลัก และญาติในชุมชนที่เป็นผู้ดูแลรอง มุ่งเน้นการทำความเข้าใจของการดูแลรายด้านให้ครอบคลุมทั้งองค์รวม ด้านกาย ด้านจิต และพัฒนาการทางสังคม เพื่อทำให้เกิดความรู้ใหม่ การทำความเข้าใจในสิ่งที่ประสบอยู่ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ปฏิบัติงานทางจิตเวช นำไปสู่การบริการที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแล และพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลตามบริบทสังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในแต่ละพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ตามประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัว และผู้ดูแลรองในชุมชน
2. เพื่ออธิบายวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในวิถีชีวิตประจำวัน ทางด้านกาย ด้านจิต และพัฒนาการทางสังคม

คำถามของการวิจัย

1. ญาติเข้าใจโรคจิตเภทอย่างไร หากทางรักษาโรคอย่างไร และยอมรับผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างไร
2. ญาติดูแลชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร
3. ญาติช่วยเสริมสร้างพัฒนาการทางสังคมของผู้ป่วยอย่างไร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งเป็นองค์ความรู้และเป็นแนวทางชี้แนะให้ผู้ที่เกี่ยวข้องพัฒนาการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สอดคล้องตามเงื่อนไขและปัญหาอย่างแท้จริง
2. ด้านการศึกษา สามารถได้องค์ความรู้ที่ช่วยทำให้เกิดความชัดเจนในการจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาลและสังคมสงเคราะห์ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
3. ข้อค้นพบที่ได้ถือเป็นเสียงสะท้อนความจริงจากมุมมองของผู้ดูแลโดยแท้จริง ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐาน สามารถนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาความเข้าใจและอธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลในชุมชนที่เป็นผู้ดูแลรอง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวปรากฏการณ์วิทยา Husserl Phenomenology (Koch, 1995) ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าความเป็นจริงเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีลักษณะเคลื่อนไหวตลอดเวลา มีทั้งความเกี่ยวพันและขัดแย้งทำให้เกิดความแตกต่างที่หลากหลาย ไปตามการเปลี่ยนแปลงทั้งโดยสภาพแวดล้อมเฉพาะสังคมของผู้ดูแล มีความเป็นองค์รวม ไม่สามารถแยกออกเป็นส่วน ๆ และขึ้นอยู่กับบริบท ดังนั้นผู้ดูแลในสังคมเฉพาะนั้นจึงเป็นผู้ที่รู้ข้อเท็จจริงในสังคมของตน ได้ดีที่สุด

สถานที่ในการวิจัย เนื่องจากการศึกษานี้จำกัดขอบเขตการวิจัยอยู่ในบริบททางสังคมวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจของ ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการกิจกรรมทางด้านการศึกษาพยาบาล ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ร่วมกับสถานีอนามัยตำบลคูบัว และสถานีอนามัยคูบัวเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง จากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอยู่ทั้งหมด ในตำบลคูบัว 34 ราย เป็นผู้ที่มิประสบการณืที่เกิดขึ้นจริงและสามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ให้ข้อมูลรอง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ เป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จัดการเกี่ยวกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ตลอดจนจนถึงเรื่องเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลรอง คือ บุคคลผู้ร่วมดูแล ที่เป็นญาติใกล้ชิดบ้าน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ที่อยู่ในชุมชน ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้

บทบาทของนักวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไว้วางใจนักวิจัย สิ่งแรกที่นักวิจัยปฏิบัติ คือ การแสดงตนเองว่าเป็นใครมาจากไหน โดยการจัดประชุมกลุ่มขึ้นเพื่อแนะนำตัวผู้วิจัย และแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ ต้องการศึกษาค้นคว้าอะไรจากผู้ดูแลผู้ป่วย เมื่อทำความเข้าใจแล้ว ดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อเก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อพัฒนาเป็นประเด็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเป็นรายบุคคลต่อไป โดยผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิ์กับผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และมีการเก็บใบยินยอมไว้ในที่ปลอดภัยและปิดกลุ่ม ภายหลังจากจัดสนทนากลุ่มแล้วผู้เข้าร่วมวิจัยมีความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงได้เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเป็นรายบุคคลซ้ำแล้วซ้ำอีกหลายครั้งจนข้อมูลอิ่มตัว

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ที่มารับการตรวจรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ได้กลับสู่ชุมชน และได้รับการดูแลที่บ้าน โดยญาติและชุมชน

ประสบการณ์การดูแล หมายถึง เหตุการณ์ที่ประสบมาจากการที่มีญาติป่วยเป็นโรคจิตเภท และต้องให้การดูแล ซึ่งครอบคลุมถึงการให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่ผู้ดูแลในครอบครัวและชุมชนแสดงออกตามการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และความเชื่อของผู้ดูแล ในการให้การดูแลผู้ป่วย

การดูแลของญาติ หมายถึง กิจกรรมที่บ่งบอกถึง การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงความเอื้ออาทร ห่วงใย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ได้อย่างปกติสุขในขณะที่มีการเจ็บป่วยทางจิต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่เป็นญาติในครอบครัว มุ่งเน้นการทำความเข้าใจของการดูแลในองค์รวม ด้านกาย ด้านจิต ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ เพื่อทำให้เกิดความรู้ใหม่ที่เป็นระบบ นำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย และพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลตามบริบทสังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ ซึ่งผู้วิจัยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าความเป็นจริงเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีลักษณะเคลื่อนไหวตลอดเวลา มีทั้งความเกี่ยวพันและขัดแย้งทำให้เกิดความแตกต่างที่หลากหลาย ไปตามการเปลี่ยนแปลงทั้งโดยสภาพแวดล้อมเฉพาะสังคมของผู้ดูแล ความเป็นองค์รวม ไม่สามารถแยกออกเป็นส่วนๆ และขึ้นอยู่กับบริบท ดังนั้นผู้ดูแลในสังคมเฉพาะนั้นจึงเป็นผู้ที่รู้ข้อเท็จจริงในสังคมของตนได้ดีที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจถึงปรากฏการณ์ของการดูแล รวมถึงแนวความคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในมุมมอง ซึ่งเป็นการป้องกันอคติที่จะเกิดขึ้นจากข้อมูลที่ได้รับการบอกเล่าจากผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของการดูแล และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวน ตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาแบบกว้าง ๆ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. การรับรู้ของสังคม และการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทางจิต
3. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
4. แนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 โรคจิตเภท

1.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

ในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด โรคจิตเภท (Schizophrenia) จัดว่าเป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวชประการหนึ่ง โรคนี้พบได้บ่อยและมักมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังและทำให้สูญเสียหน้าที่หลาย ๆ ด้าน เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542 : 139) จึงได้มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย เช่น

สมภพ เรื่องตระกูล (2545 : 3) ได้กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่มีความผิดปกติของความคิด (Thought) อารมณ์ (Affect) การรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior) เป็นสำคัญ โดยผู้ป่วยยังรู้สึกตัวอยู่ และไม่มีอาการของโรคทางกาย ICD-10 ส่วนปรามอทย์ สุคนิษฐ์ และ มาโมช หล่อตระกูล (2546) ให้ความหมายโรคจิตเภท ว่าเป็นโรคที่มีลักษณะเฉพาะ คือ มีความแปรปรวนทางความคิด ภาษา การสื่อสาร การกำหนดรู้ อารมณ์และพฤติกรรม เป็นโรคที่รู้จักกันมานาน และพบได้ทุกประเทศทั่วโลก มักมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และทำให้เกิดการเสื่อมถอยของหน้าที่หลาย ๆ ด้าน เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ และการทำหน้าที่ทางสังคม และ เกษม ดันติผลาชีวะ (2536, หน้า 332) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ว่าเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือ ความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาวน์ปัญญา มักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรู้ (Cognition) บ้างเมื่อป่วยนาน

1.1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทที่ชัดเจนแต่เชื่อว่ากรรมพันธุ์ และสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุสำคัญ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี สรีรวิทยาและจิตใจ จากการทบทวนเอกสาร พบว่าปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท ผู้ป่วยแต่ละราย อาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแต่ละอย่างไม่เท่ากัน ปัจจัยใหญ่ ๆ ที่เชื่อว่ามีส่วนเป็นสาเหตุสำคัญของโรคจิตเภทมี ดังนี้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536, หน้า 333)

1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic Factors) จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ปัจจัยทางพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภทผลจากการศึกษาโรคจิตเภทของคนในครอบครัว บุตรบุญธรรม หรือฝาแฝด ระบุว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตมีโอกาสดเกิดโรคนี้นสูงกว่าประชากรทั่วไป

2 ความแปรปรวนของสารเคมีประสาท (Neurochemical Disturbances)

2.1 สมมติฐานที่ยอมรับกันคือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine Hypothesis) โดยเชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจากการทำงานมากเกินไปของ Dopamine (Dopaminergic Hyperactivity) ส่งผลให้เกิดอาการทางบวก (Positive Symptoms) ส่วนอาการทางลบ (Negative Symptoms) สัมพันธ์กับการทำงานน้อยลงของ Dopamine (Dopaminergic Hyperactivity)

2.2 กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น ผู้ป่วยบางรายพบที่มีความผิดปกติในระดับของเซลล์บริเวณ Limbic และ Periventricle

3. ปัจจัยด้านจิตสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

3.1 ด้านความขัดแย้งภายในจิตใจ บุคคลไม่สามารถจัดการตนเอง หรือไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองได้ จึงเกิดความขัดแย้งระหว่างความต้องการ และแรงขับที่เกิดจากแรงผลักดันภายใน ที่เรียกว่า สัญชาตญาณ (Instinctual) เป็นผลให้เกิดความ ไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของตนในจิตใจ (Ego Function Deficits) ร่วมกับการใช้กลไกทางจิตชนิดที่ ไม่ช่วยแก้ปัญหา (Primitive Defense Mechanisms) เช่น Projection Denial Regression และ Splitting จากสิ่งเหล่านี้มีผลให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจขึ้น

3.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างมารดา-ทารกที่ผิด จากคำอธิบายที่ว่าทารก แรกเกิดช่วยตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถสนองความต้องการให้กับตนเองได้ ฉะนั้นผู้เลี้ยงดูหรือมารดา จะเป็นบุคคลที่สนองความต้องการให้ทารกทุกอย่าง บุคคลทั้งสองจึงมีความสัมพันธ์ต่อกันเป็น ความผูกพัน ความไม่ปกติเกิดจากการที่เด็กควรพัฒนามาช่วยตัวเองได้ แต่กลับไม่สามารถแยกจาก มารดาได้ ต้องคอยพึ่งพาอาศัยมารดาตลอด พบได้ในกรณีที่ผู้เลี้ยงดูหรือมารดาแสดงให้เด็กเห็นว่า ตนเองมีอำนาจเหนือเด็ก เด็กจึงไม่มั่นใจ ไม่เป็นตัวของตัวเอง ยึดติดมารดามากขึ้น มีผลให้เด็กไม่ พัฒนาในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น ไม่ช่วยตนเอง ยึดติดมารดามากขึ้น มีผลให้เด็กไม่พัฒนา ในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น ไม่ช่วยตนเอง และมีพฤติกรรมถดถอย

3.3 ด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว เชื่อว่าการที่บุคคล เจริญเติบโตมาในสภาพแวดล้อม หรือครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน หรือการสื่อสารต่อกันแบบไม่ สม่าเสมอ ไม่คงเส้นคงวา โดยเฉพาะการโต้ตอบที่เป็นแบบคำพูด และไม่ใช้คำพูด ที่ไม่ตรงไปตรงมา หรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่ ทำให้คนรับข้อมูลแปลไม่ได้ว่าการพูดเช่นนั้น หรือการยิ้มแบบนี้ จะมีความหมาย เช่นเดียวกับการพูดหรือการยิ้มให้ครั้งที่เคยผ่านมาหรือไม่ สร้างความสับสนให้กับบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ทำให้เด็กมีความยุ่งยากในการแยกแยะความจริง ไม่รู้ว่าควรปฏิบัติ อย่างไรให้คนอื่น ๆ พอใจ เกิดเป็นความไม่ไว้วางใจ และมีท่าทีระมัดระวัง ขาดความมั่นใจใน การสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ ในสังคม

3.4 ด้านครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ เด็กเกิดมาในครอบครัวที่ผู้เลี้ยงดูหรือ บิดา มารดา มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีบุคลิกภาพแปรปรวน คิดสุรา หรือคิดยาเสพติด ซึ่งเชื่อว่ามีผล ต่อคุณภาพในการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุตรทั้งทางด้านร่างกาย และ จิตใจได้อย่างเหมาะสม และในบางครั้งพบว่าเด็กถูกระทำรุนแรงทั้งทางด้านร่างกายและทางเพศ เด็กกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะมีปัญหาทางสุขภาพจิตเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

ปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคจิตเภท เกิดจากหลายปัจจัย ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน เช่น ถ้ามีประวัติทางกรรมพันธุ์ โดยพบว่าญาติเป็น โรคจิตเภท จะมีแนวโน้มเป็นโรคนี้นี้ได้ง่ายอยู่แล้ว

โดยได้รับการถ่ายทอดทางยีนส์ที่เป็นโรครมา เมื่อเติบโตขึ้นภายใต้สภาวะที่กดดัน สภาพบีบคั้นทางสังคมก็จะส่งเสริมทำให้เป็นโรคจิตเภทได้ง่ายโดยสามารถสรุปปัจจัยหลักของการเกิดโรคจิตเภทได้ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านชีววิทยา ด้านจิตใจ และด้านสังคมวัฒนธรรม

1.1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการแสดงของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ตามอาการ ได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการทางลบ ดังต่อไปนี้ (จารุวรรณ จินตามงคล. 2541 : 31-32)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptom) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ

1.1 Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน
อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ Persecutory Delusion Delusion of Reference
อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อย ได้แก่ Auditory Hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มีความหมาย

1.2 Disorganization Dimension ได้แก่ Disorganized Behavior และ Disorganized Speech

1.2.1 Disorganized Behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก บางคนปีสสาวะกลางที่สาธารณะ เป็นต้น

1.2.2. Disorganized Speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงให้เห็น โดยการพูด อาการที่แสดงออกมานี้ต้องเป็นมาจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ พูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ การแสดงออกด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งเฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้น มักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

1.1.4 การจำแนกกลุ่มย่อยของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท แบ่งออกตามลักษณะอาการทางคลินิก ออกเป็น 6 กลุ่มย่อย ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล , 2542, หน้า 35)

1. กลุ่ม Paranoid

โรคจิตเภทกลุ่ม Paranoid เป็นกลุ่มย่อยที่ได้รับการวินิจฉัยบ่อยที่สุดในทุก ๆ แห่งในโลก ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักหมกมุ่นอยู่กับความหลงผิดตั้งแต่หนึ่งเรื่องขึ้นไป หรือมีอาการหูแว่วบ่อย ๆ

2. กลุ่ม Disorganized Type

อาการเด่นของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่การพูดจาสับสน พฤติกรรมวุ่นวายไม่เป็นเรื่องเป็นราวและการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสม

3. กลุ่ม Catatonic

การรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างมาก ร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ท่าทางแข็งเกร็ง การตอบสนองโดยรวมลดลง คล้ายการตกอยู่ในภวังค์ หรืออยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน แสดงท่าทางแปลก ๆ อย่างจงใจ

4. กลุ่ม Undifferentiated

ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีอาการเข้าได้กับโรคจิตเภท แต่มีลักษณะอาการต่าง ๆ ไม่เข้าเกณฑ์สำหรับกลุ่ม paranoid Disorganized หรือ Catatonic เมื่อแพทย์ติดตามอาการของผู้ป่วยในระยะหนึ่ง อาจเห็นอาการได้ชัดเจนขึ้นว่าอาการของผู้ป่วยน่าจะเข้ากันได้กับกลุ่มย่อยอื่น ๆ

5. กลุ่ม Residual

ผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 ครั้ง และในปัจจุบันไม่มีอาการโรคจิตให้เห็นชัดเจน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังมีอาการของความผิดปกติอยู่ ส่วนใหญ่เป็นอาการด้านลบ เช่น เก็บตัว เฉื่อยชา และไม่สนใจตนเอง เป็นต้น

6. กลุ่ม Simple

จะพบได้น้อยโดยอาการไม่เด่นชัด หรือรุนแรง แต่อาการจะค่อย ๆ เป็นมากขึ้น โดยมีอาการดังต่อไปนี้ คือ พฤติกรรมแปลก ๆ ไม่สามารถปฏิบัติตามที่สังคมภายนอกคาดหวังได้ การประกอบกิจกรรมต่าง ๆ โดยรวมเสื่อมลง

ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกเป็นกลุ่ม ๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะมีอาการผิดปกติเบื้องต้น เป็นอาการหลักเหมือนกันอยู่ 4 อาการ และมีอาการร่วม 2 อาการ คือ

1. อาการหลัก ประกอบด้วย

- 1.1 ความผิดปกติของความต่อเนื่องของความคิด (Associative Disturbance) หมายถึง มีความคิดไม่ต่อเนื่อง และความคิดไม่เชื่อมโยงหรือไม่สัมพันธ์กัน
- 1.2 ความผิดปกติของอารมณ์แสดงออก (Affective Disturbance) หมายถึง มีการแสดงออกของอารมณ์แปรปรวน ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับสถานการณ์
- 1.3 หมกมุ่นอยู่ในจินตนาการโดยไม่สนใจโลกภายนอก (Autism) หมายถึง การสร้างเรื่องของตนเองขึ้นมา จึงอยู่ในโลกของตนเอง
- 1.4 มีอาการหรือความคิด สองจิตสองใจ (Ambivalence) หมายถึง มีความลังเล ตัดสินใจไม่ได้ ไม่รู้ทำอะไร

2. อาการร่วม ประกอบด้วย

- 2.1 อาการประสาทหลอน (Hallucination)
- 2.2 อาการหลงผิด (Delusion)

1.1.5 การดำเนินโรค

การดำเนินโรคในผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันมาก ต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป เมื่อเป็นโรคแล้วโอกาสจะหายเป็นปกติมีน้อย ส่วนมากผู้ป่วยมักมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ เหลืออยู่มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นปกติ เมื่ออาการดีขึ้นหรือหายจากครั้งแรก โรคมักจะเกิดเป็นใหม่อีก เมื่อรักษาดีขึ้นความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพก็จะดีขึ้น และเมื่อเป็นหลาย ๆ ครั้ง ผู้ป่วยจะผิดปกติมากขึ้นจนเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน บางรายต้องอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นเวลานาน ขาดความสัมพันธ์ตามปกติที่ควรจะมีกับบุคคลในครอบครัว กับสังคมภายนอก มีพฤติกรรมแปลก ๆ รวมทั้งอาการประสาทหลอน หลงผิด โดยทั่วไปได้มีการแบ่งอาการของโรคจิตเภท ตามการดำเนินของโรคออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบ และระยะอาการหลงเหลือ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546, หน้า 12 - 15)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) ระยะนี้เป็นระยะที่มีอาการน้อย ๆ ค่อยเป็นค่อยไป เช่น เริ่มมีอาการแยกตัวออกจากเพื่อน เก็บตัวอยู่ตามลำพัง สัมพันธภาพกับคนอื่นลดลง ไม่ยอมเข้าสังคมจากเดิมที่เป็นคนชอบเข้าสังคม เชื่องช้า ไม่สนใจตัวเอง ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีอาการมาหลายปี ก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดจะรู้สึกว่าคุณป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม จากหลายการศึกษาพบว่าก่อนที่จะเป็นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบ จะพบว่ามีอาการนำมาก่อนเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ ดึงเครียด และวิตกกังวล แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่มีสมาธิ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดีและอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Hrez & Melville, 1980; McCandless- Glimcher et al., 1986; Herz et al., 1989) ระยะนี้

อาจใช้เวลานานหลาย ๆ เดือนถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก หรือเครียดจัด ๆ อาจเห็นชัดขึ้นว่าไม่ค่อยปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นอาการปรากฏชัดในระยะนี้แต่เมื่อได้รับความกดดันทางจิตใจจะแสดงอาการรุนแรงขึ้นทันทีก็มี

2. ระยะอาการกำเริบ (Active Phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือนก่อนที่จะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่บางคนอาจใช้เวลานานหลาย ๆ เดือนก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วจะเกิดอาการกำเริบเมื่อได้รับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น เมื่อเกิดอาการกำเริบจะเกิดอาการโรคจิต เช่น อาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่อาการกำเริบจะเกิดขึ้นเป็นพัก ๆ

3. อาการหลงเหลือ (Residual Phase) ในระยะที่อาการทางจิตสงบผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) หรืออาการทางจิตเริ่มลดลง ขณะที่อาการด้านลบ (Negative Symptoms) จะปรากฏชัดขึ้น เช่น พูดน้อย หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ขาดความกระตือรือร้น ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เนื้อชา เก็บตัว เป็นต้น มีผลให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีความลำบากในการดำเนินชีวิต ในขณะที่อาการโรคจิตสงบลงป่วยจะเกิดความเครียดได้ง่าย มีผลกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเจ็บป่วยได้และอาจมีอาการซึมตามมา อุบัติการณ์ซึมเศร้านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ การฆ่าตัวตายและการทำบาปทหาหน้าที่ได้ไม่ดี อันเป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วย ครั้งเดียวหรือ 2-3 ครั้ง แล้วหายขาด กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วยพบได้น้อย ส่วนใหญ่จะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งอาการหลงเหลือจะยิ่งมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการเด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า ในการติดตามผลในระยะเวลา 5 ปี พบได้ดังต่อไปนี้ (จารุวรรณ จินดามงคล, 2541, หน้า 34)

1. มีอาการเพียงครั้งเดียว แล้วหายขาด พบได้ 22 %
2. มีอาการหลายครั้ง โดยกลับสู่ภาวะปกติหรือเกือบปกติ พบได้ 35 %
3. มีความบกพร่องหลังจากการป่วยครั้งแรก และมีอาการกำเริบเป็นระยะ โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ พบได้ 8 %
4. มีความบกพร่องเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ หลังจากการป่วยแต่ละครั้ง โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติพบได้ 35 %

จากข้อมูลดังกล่าวพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการครั้งเดียวหรือหลายครั้ง สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติ หรือเกือบปกติได้ถึง 57 % ซึ่งการดำเนินโรคของผู้ป่วยในแต่ละระยะจะมีอาการที่แตกต่างกันไป

จากการศึกษาของศรีประภา สมานพันธ์ (2530) เรื่อง “กระบวนการตัดสินใจในการพาผู้ป่วยมารับบริการทางจิตเวช : ศึกษากรณีญาติผู้ป่วยใหม่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา” พบว่าส่วนใหญ่เป็นอาการที่ผู้ป่วยได้รับความเดือดร้อนด้วยตนเอง เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ส่วนการศึกษาของจิรารัตน์ พิมพิศิต (2541) เรื่อง “กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชของแก่น” พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและญาติจะให้การวินิจฉัยผิดปกติเป็น 3 ระยะคือ 1. ระยะอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย 2. ระยะอาการผิดปกติทางจิต “ประสาท” และ 3. ระยะอาการผิดปกติทางจิต “บ้า” หรือ “ป่วย” ส่วนการรับรู้อาการผิดปกติ นั้นจากการศึกษาของมนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน (2544) “สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว” พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยรับรู้อาการผิดปกติของผู้ป่วยด้วยวิธีการสังเกตพบเอง ร้อยละ 70.24 ส่วนการนิยามความผิดปกติว่าเป็นการความเจ็บป่วยทางกายนำไปสู่การรักษาตามอาการและรักษาจากสถานบริการที่รักษาโรคทั่วไปจากการศึกษาของศรีประภา สมานพันธ์ พบว่า ในขั้นตอนนิยามความหมายของความเจ็บป่วยไม่ว่าญาติจะให้นิยามเริ่มแรกและแสวงหาการบริการรักษาลักษณะใดมาก่อน จนกว่าจะนิยามว่าอาการหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต

1.1.6 การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)

การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยแต่ละคนไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง ลักษณะทางคลินิกที่บ่งว่าการวินิจฉัยโรคดีคือ บุคลิกภาพของผู้ป่วยดี มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการปรับตัวดี อาการเริ่มเป็นแบบเฉียบพลัน มีสาเหตุมาก่อนเป็นโรคที่ชัดเจนอาจเป็นสาเหตุทางจิตหรือโรคทางการ มีประวัติญาติสนิทเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนด้วย เช่น เป็นโรคซึมเศร้า มีอาการดังต่อไปนี้เด่นชัด ได้แก่ ตับสน ซึมเศร้า และแมเนีย (มานุษย์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546)

ลักษณะทางคลินิกที่บ่งว่าการพยากรณ์โรคไม่ดี คือ บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยไม่ดี อาการเริ่มเป็นตั้งแต่อายุน้อย ในขณะที่เรียนหนังสือ ไม่มีสาเหตุภายนอกมาก่อน อาการของโรคเป็นขึ้นมาเอง มีประวัติญาติสนิทเป็นโรคจิตเภทชนิดเรื้อรัง อาการเป็นแบบค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไป อารมณ์เรียบเฉย แยกตนเอง ซึ่งเป็นกลุ่มอาการทางด้านลบ (มานุษย์ หล่อตระกูล, 2544) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะต้องมีอาการที่เข้าเกณฑ์ดังนี้

1.1.7 การรักษาโรคจิตเภท

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่เป็นโรคภายในเวลา 2 ปี ยังมีโอกาสรักษาให้ดีขึ้นได้ แต่ถ้าเป็นติดต่อกันนานกว่า 5 ปี โอกาสที่จะดีขึ้นเกือบไม่มีเลย (มาโนชญ์ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546) และหากระยะนี้เป็นอยู่นานจะนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ ผลการรักษาที่มีโอกาสที่จะเป็นไป 5 แบบ คือ 1) หายขาดโดยไม่กลับมาอีก 2) หายโดยกลับเป็นอีก 3) หายไม่สมบูรณ์ โดยพอจะเข้าสู่สังคมได้แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ และอาจต้องได้รับการช่วยเหลือ 4) เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรงโดยระยะเวลา 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และ 5) มีอาการเสื่อมของบุคลิกภาพและพบว่าโรคมักเริ่มต้นเมื่อบุคคลอายุน้อย และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง พบว่าประมาณร้อยละ 25 ที่สามารถรักษาได้ผลดีไม่กลับมาเป็นอีก และร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ด้านต่าง ๆ อย่างมากที่เหลืออีกร้อยละ 50 จะเป็น ๆ หาย ๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็น ๆ หาย ๆ ผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคบ่อยจะก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพได้มาก โดยปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาสม่ำเสมอ บรรยายอาการแสดงอารมณ์ในครอบครัว และเหตุการณ์ในชีวิต (ชะอุทธิพงษ์ อนุตรี, 2536)

มีวิธีการรักษาที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยผู้ป่วยจิตเภทมีหลายวิธี ดังนี้

1. ยาด้านโรคจิต

ยาด้านโรคจิตได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเมื่อประมาณ 40 กว่าปีก่อน ซึ่งช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุดในการลดอาการที่ป่วยอยู่ และช่วยให้กลับมาทำงานได้เกือบเหมือนเดิม แต่ยาที่ยังไม่สามารถรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้หายขาดได้ หรือไม่สามารถรับประกันได้ว่าอาการของโรคจะกำเริบกลับมาเป็นใหม่อีก ด้วยยาและขนาดของยาจะต้องสั่งโดยแพทย์ผู้ชำนาญเท่านั้น จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทถ้าไม่ได้รับยาต่อเนื่องมักมีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคอีก เพราะฉะนั้นส่วนใหญ่จึงจะต้องใช้ยารักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

ยาด้านโรคจิตก็เหมือนยาทั่ว ๆ ไปคือมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ในช่วงแรกหลังจากที่ได้รับยาผู้ป่วยมักจะมีอาการง่วงนอน กระสับกระส่าย ปวดเมื่อย ตัวสั่น ตาพร่ามัว ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถรักษาได้ด้วยยาอีกตัวหนึ่งที่แก้ผลข้างเคียงเหล่านี้

2. การฟื้นฟูสภาพจิตใจ

เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเภทโดยที่ไม่ใช้ยา โดยจะเน้นในด้านการฝึกการเข้าสังคม การฝึกอาชีพเพื่อช่วยผู้ป่วยเอาชนะกับปัญหาที่เกิดขึ้นในด้านของสังคมหรือหน้าที่การงาน ซึ่งโปรแกรมของการฟื้นฟูสภาพจิตใจนี้จะรวมถึงการให้คำปรึกษาในด้านอาชีพ การเข้าสังคม ซึ่ง

เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในด้านนี้หลังจากที่หายจากโรคและเริ่มออกไปใช้ชีวิตในสังคม

3. การทำจิตบำบัด

เป็นการรักษาโดยใช้วิธีพูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ในเรื่องปัญหา ประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึก ความสัมพันธ์ต่างๆ ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและปัญหาของตนเองมากขึ้น และเรียนรู้ที่จะแยกแยะสิ่งที่เป็นความจริงกับที่ไม่ใช่ความจริง

4. ครอบครัวยุติบำบัด

ครอบครัวยุติบำบัดจะเป็นการรักษาที่มีผู้เข้ามาเกี่ยวข้อง คือ ผู้ป่วยญาติพี่น้องและผู้รักษา ซึ่งมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันออกไปหลายอย่าง เช่น ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และปัญหาเกี่ยวกับโรคนี้ ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจวิถีทางที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการลดน้อยลง

5. กลุ่มบำบัด

กลุ่มบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่มีผู้เกี่ยวข้อง คือ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง จำนวนประมาณ 6-12 คน กับผู้รักษา 1-2 คน มาร่วมเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน พร้อมกับช่วยกันแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ผิดปกติต่าง ๆ จากการพูดคุยกันภายในกลุ่ม ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมากในช่วงที่จะต้องกลับไปใช้ชีวิตเหมือนเดิมหลังป่วย ซึ่งอาจจะต้องพบปัญหาต่าง ๆ มากมายในช่วงนั้นจะมีกลุ่มบำบัดอีกประเภทหนึ่งซึ่งผู้ป่วยจัดขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือกันเองโดยไม่มีผู้รักษา แต่ก็มีประโยชน์ เพราะผู้ป่วยแต่ละคนอาจได้รับการช่วยเหลือระดับประคองด้านจิตใจซึ่งกันและกัน และรู้ว่าตนไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียว

1.2 ความเจ็บป่วยทางจิต

ความเจ็บป่วยทางจิตนอกจากจะเป็นภาวะที่ผิดปกติทางจิตใจมนุษย์ ซึ่งยุ่งยากสลับซับซ้อน ไม่อาจมองเห็นหรือพิสูจน์ได้เหมือนอาการผิดปกติทางร่างกาย นอกจากนั้นยังมีลักษณะที่เกี่ยวกับสภาวะทางสังคม ซึ่งขึ้นอยู่กับประเพณี ความเชื่อ การปฏิบัติของสมาชิกในแต่ละสังคมแต่ละยุคสมัย ทั้งยังไม่อาจให้คำจำกัดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้

ความเจ็บป่วย (Illness)

ความเจ็บป่วยนั้นสามารถแบ่งออกได้ดังนี้ คือ

1) ในแง่ที่เป็นสภาวะทางชีววิทยาและกายภาพ หมายถึง ความผิดปกติในด้านการทำงานทางชีววิทยาของร่างกายมนุษย์

2) ในแง่ที่เป็นสภาวะทางสังคม หมายถึง ความเจ็บป่วยนั้นขึ้นอยู่กับประเพณี ความเชื่อ และการกระทำของบุคคลที่อยู่ในสังคม เช่น บุคคล 2 คน เจ็บป่วยมีอาการเหมือนกันแต่

อยู่ในสังคมที่ต่างกัน บุคคลแรกอาจถูกมองว่าเป็นคนป่วยที่ต้องนอนพักและได้รับการดูแลรักษาจากคนในสังคม ในขณะที่อีกคนหนึ่งอาจถูกมองว่าเป็นคนซึ่งเกี่ยวข้องไม่ยอมทำงาน ถูกว่ากล่าวจากคนอื่น ๆ ทั้ง ๆ ที่การดำเนินอาการและการปรากฏของโรคลักษณะทางชีววิทยาเหมือนกัน แต่ถูกประเมินและได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างกันจากสมาชิกในสังคม เมื่อพิจารณาผลทางสังคมที่ตามมา จึงมีความแตกต่างกัน อันเป็นผลมาจากการประเมินเหล่านี้ รายแรกอาจได้รับการดูแลรักษา แต่รายที่ 2 อาจจะนำไปสู่การปล่อยปละละเลยและอาจตายในที่สุด (Freidson, 1973, หน้า 208)

ความเจ็บป่วยในแง่ที่เป็นสภาวะทางสังคม เป็นประเด็นเกี่ยวกับการประเมิน ความเชื่อ และการปฏิบัติต่อกันจากสมาชิกในสังคม จึงเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจ แนวคิดหลักเกี่ยวกับความเจ็บป่วยก็คือ การดำรงอยู่ของบรรทัดฐานชุดหนึ่งอันเป็นบรรทัดฐานกระแสหลักที่แสดงถึงความมีสุขภาพดี (Healthy) ความปกติ (Normality) และวิถีทางต่าง ๆ ที่ควรจะเป็น ดังนั้น สภาวะที่ผิดปกติหรือเบี่ยงเบนออกจากบรรทัดฐานเหล่านี้ก็คือ ความเจ็บป่วยนั่นเอง เนื่องจากการประเมินสภาวะต่าง ๆ ว่าแตกต่างจากสภาวะที่ควรจะเป็นอย่างไรนั้น มีความสัมพันธ์กับบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม ที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละสังคมในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ๆ กล่าวคือ สมาชิกในสังคมจะมีความเห็นพ้องต้องกันว่า สภาวะที่สุขภาพดีเป็นอย่างไร และสภาวะที่สุขภาพไม่ดีหรือเจ็บป่วยนั้นเป็นอย่างไร ดังนั้นสภาวะที่ได้รับการพิจารณาว่ามีสุขภาพดีในสังคมหนึ่งอาจใช้พิจารณาในอีกสังคมหนึ่งไม่ได้ (Miles, 1981, หน้า 2-3) ดังนั้นการป่วยเป็นจิตเภทจึงไม่อาจแยกพิจารณาออกจากมิติทางสังคมที่มีความหลากหลายได้ ประการที่สำคัญ การประเมินสภาวะความเจ็บป่วยเป็น โรคจิตเห็นชัดว่าเกี่ยวข้องกับอำนาจในสังคมนั้น ซึ่งอำนาจนั้นได้ครอบงำทำให้สมาชิกในสังคมส่วนใหญ่ต่างเชื่อถือ ยอมรับและยอมจำนนต่ออำนาจ ดังกล่าว

เมื่อเจ็บป่วยด้วย โรคจิตเภท ผลของการเจ็บป่วยได้ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมากขึ้นแตกต่างกันไป พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น กิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งกายเปลี่ยนไป ไม่สามารถทำงานได้ สัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างลดลง ในรายที่ยังเรียนหนังสือผลการเรียนจะตกต่ำลงเป็นต้น

เมื่อมีอาการเจ็บป่วย การที่บุคคลจะเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ป่วยนั้น บางคน ยอมรับบทบาทผู้ป่วยแต่ไม่ยอมกินยาหรือรักษาอย่างจริงจัง บางครั้งบุคคลไม่สนใจที่ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน เพราะกลัวจะถูกกำหนดว่าเจ็บป่วย แต่หลีกเลี่ยงโดยการรักษาด้วยตนเองหรือรักษาจากผู้มิใช่แพทย์ การถูกกำหนดให้มีสถานภาพเป็นผู้ป่วย บางครั้งก็ไม่ใช่สิ่งที่ต้องการเพราะเป็นการตีตราตามความหมายทางสังคมว่าเป็นคนที่ผิดปกติจากคนทั่วไป เนื่องจากการประเมินสภาวะต่าง ๆ นั้นมีความสัมพันธ์กับบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม ที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละสังคมในแต่ละช่วงเวลา ผลจากการประเมินได้นำไปสู่การควบคุมจัดการกับผู้ป่วยตามมา

2. การรับรู้ของสังคม และการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทางจิต

เพื่อสะท้อนให้เห็นการพัฒนาความคิดของสังคมมนุษย์ในการทำความเข้าใจสาเหตุ และการจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตและผู้ที่สังคมกล่าวหาว่าเป็นผู้ผิดปกติทางจิต โดยการปฏิบัติของสมาชิกต่อผู้ป่วย ในศตวรรษที่ 20 นี้มีแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตหลากหลายมาก การบำบัดรักษาที่มีอิทธิพลมากที่สุดในยุคนี้ ได้แก่ จิตวิเคราะห์ของ Freud การใช้ยาทางจิตเวช และ งานสุขภาพจิตชุมชน

1. จิตวิเคราะห์ของ Freud Sigmund Freud (1856-1939) แพทย์ชาวออสเตรีย ได้ใช้วิธีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) และวิธีจิตบำบัดแบบอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Therapy) ซึ่งเน้นปัจจัยทางจิตวิทยาและการก่อรูปของบุคลิกภาพส่วนบุคคล มาใช้อธิบายความเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะโรคประสาทและปัญหาทางอารมณ์ แนวคิดนี้ได้เป็นรากฐานทางทฤษฎีที่สำคัญทางจิตเวชสมัยใหม่

2. การใช้ยาทางจิตเวช ได้รับการพัฒนาในช่วงศตวรรษ 1960 และได้แพร่หลายมาก เนื่องจากการรักษาแบบจิตวิเคราะห์ของ Freud ใช้เวลานานและเสียค่าใช้จ่ายสูง ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยโรคประสาทเท่านั้น ส่วนพวกที่มีอาการแบบโรคจิตนั้นไม่สามารถรักษาได้ ผลดีของการใช้ยาทางจิตเวชในการบำบัดรักษาคือ จำนวนผู้ป่วยทางจิตต้องอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชลดลง แต่เนื่องจากยาเหล่านี้มีผลในการรักษาในระยะสั้นเท่านั้น เป็นเพียงการควบคุมพฤติกรรมที่ผิดปกติและทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ แต่ยังมีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยในแง่ไม่คิดต่อวิถีคิดและอาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และติดยาได้ นอกจากนี้ยังไม่สามารถรักษาสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ทำให้ละเลยเกี่ยวกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมที่ผิดปกตินั้น (Cockerham, 1981, หน้า 19-32, 82)

เนื่องจากการรักษาด้วยยาได้ผลมากขึ้น จนไม่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลแล้ว แต่ในรายที่มีอาการรุนแรงเท่านั้น แนวคิดการรักษาผู้ป่วยโรคจิตในปัจจุบัน จึงมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวเข้ากับสังคมเดิมของผู้ป่วยได้เร็วที่สุด การที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินไป ไม่ก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วย แต่อาจเป็นผลเสียต่อการปรับตัวในด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมมากยิ่งขึ้น (ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และคณะ, 2544, หน้า 2) ครอบครัวและชุมชนจึงเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการช่วยเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

ในสังคมปัจจุบันที่มีความหลากหลายของกลุ่มคน ความคิด ความเชื่อ และสถาบันต่าง ๆ นัยเชิงประวัติศาสตร์ได้ส่งผลกระทบต่อคนต่างกลุ่ม ต่างความคิด ต่างความเชื่อ และต่างบริบททางสังคม ในลักษณะที่แตกต่างกันไป จะเห็นว่าความเชื่อแบบเดิมๆ ยังดำรงอยู่ในคนบางกลุ่ม บางชุมชน บริบททางสังคม ความคิด ความเชื่อ และสถาบันต่าง ๆ ในสังคมแต่ละยุคสมัยตั้งแต่อดีตจนถึง

ปัจจุบัน ได้มีอิทธิพลอยู่เหนือการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทางจิต ผู้ป่วยจึงได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในสังคมแตกต่างกัน ด้านความเชื่อจากการศึกษาของ สุพล รุจิรพิพัฒน์ และคณะ (2533) ได้ศึกษาเรื่อง “อิทธิพลความเชื่อในท้องถิ่นที่มีต่อบริการสุขภาพทางจิต” โดยการสอบถามญาติและผู้ป่วยโรคจิตทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เคยรักษาทางไสยศาสตร์จำนวน 400 คน ร้อยละ 72.5 เป็นญาติ ร้อยละ 27.5 เป็นผู้ป่วย พบว่าเมื่อมีอาการทางจิตสถานที่ไปรักษาครั้งแรกมากที่สุดคือร้อยละ 54.8 รักษาทางไสยศาสตร์รองลงมาร้อยละ 37.7 รักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช/คลินิกจิตเวช บุคคลที่แนะนำให้ไปรักษาทางไสยศาสตร์คือคนในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 62.25 เพื่อนแนะนำร้อยละ 45.5

การแสวงหารักษาผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับความเชื่อก่อนในขั้นต้น หลังจากนั้นเมื่ออาการของโรคกำเริบมากขึ้นจึงแสวงหาทางรักษาด้วยยาในภายหลัง การศึกษาของชฎาพรรณ รัตนดิگانนท์, สาวิตรี อัมฉัตรภรณ์ชัย และวรัญ ดันชัยสวัสดิ์ (2540) เรื่อง “พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของญาติผู้ป่วยโรคจิต” โดยการสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยโรคจิตจำนวน 47 คน ที่พามารักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นครั้งแรก พบว่าส่วนใหญ่ญาติทราบถึงอาการของโรคจิตแต่ไม่ทราบสาเหตุจำนวนหนึ่งเชื่อว่าเป็นความกดดันและความวิตกกังวล หรือจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ร้อยละ 90 ของผู้ที่สังเกตเห็นความผิดปกติของผู้ป่วยเป็นคนแรกเป็นบุคคลในครอบครัว หลังจากเห็นอาการเพียงหนึ่งในสามของญาติที่ไปพบแพทย์ทันที อีกร้อยละ 62 ไม่ได้พาไปพบแพทย์ทันที (ภายในหนึ่งวัน) ใช้วิธีสังเกตอาการร้อยละ 55 ซึ่อยากกินเองร้อยละ 24 ส่วนการพาไปพบผู้รักษาอื่น ๆ ร้อยละ 28 ใช้วิธีรอดูอาการ โดยหวังว่าจะหายไปเองร้อยละ 38 ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตมาจากญาติและเพื่อนร้อยละ 50

3. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นมีมาก่อนการรักษาในโรงพยาบาล แต่เป็นการดูแลที่ไม่สลับซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีขึ้นเป็นครั้งแรกที่ประเทศเบลเยียม และได้ขยายไปสู่ประเทศสหรัฐอเมริกา หลังจากนั้นจึงมีการดูแลในรูปแบบนี้มาตั้งแต่ปลายปีคริสต์ศตวรรษ 1800 โดยการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันจะเน้นการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด โดยกรมสุขภาพจิตมีนโยบายมุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ขยายระบบบริการด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุม พัฒนาองค์ความรู้ทางสุขภาพจิตและพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อให้บรรลุการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2540)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น ครอบครัวมีส่วนสำคัญที่จะดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ประกอบกับการมีบุคลากรทางจิตเวชไปให้ความช่วยเหลือในคราวที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตน

ในชีวิตประจำวันได้ดี มีความพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลและไม่ต้องพึ่งระบบบริการการรักษามากนัก (ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ, 2536)

การดูแลผู้ป่วย หมายถึง พฤติกรรมระหว่างบุคคล ที่เป็นกระบวนการกระทำที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ และการอยู่รอดของชีวิต หรือ เพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่ง เป็นความรู้สึกร่วม เช่น การดูแลระหว่างบุคคลในครอบครัว การดูแลระหว่างเพื่อน เป็นต้น (ยี่ส่วน ใจดี, 2540, หน้า 25)

ครอบครัวเป็นองค์กรทางสังคมขนาดเล็ก ซึ่งมีลักษณะเป็นองค์กรรวม สมาชิกในครอบครัวจะทำหน้าที่ประสานคล้อยตามกัน เพื่อผลประโยชน์ของครอบครัว มีการแลกเปลี่ยนพึ่งพิงซึ่งกันและกัน เช่นเดียวกับ Grandall (นพคุณ คีตุนันท์, 2538, หน้า 11) ที่ได้อธิบายลักษณะของความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวว่ามีลักษณะคล้ายกับความสัมพันธ์ของกลุ่มปฐมภูมิ ซึ่งมีลักษณะขององค์ประกอบ ดังนี้

1. จำนวนของบทบาท ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันหลายบทบาท เช่น เป็นพ่อ แม่ เป็นผู้สั่งสอน เป็นผู้เลี้ยงดู เป็นผู้ช่วยเหลือสมาชิกครอบครัว มีการปฏิสังสรรค์กันในหลาย ๆ ด้าน ทำให้เกิดความสนใจได้รู้จักค่านิยม ความเชื่อถือ ตลอดจนบุคลิกที่แท้จริงของกันและกัน

2. การสื่อสาร ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิเป็นการสื่อสารแบบเปิด มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระและกว้างขวาง

3. อารมณ์ ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิหรือในครอบครัวก่อรูปขึ้นจากอารมณ์ต่าง ๆ ระหว่างสมาชิก ก่อให้เกิดความรัก ความเข้าใจ ความผูกพันรักใคร่ ความคิดถึง หรือความขัดแย้ง ความโกรธก็ได้

4. ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึก ความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิก่อรูปขึ้นกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งแน่นอน ไม่สามารถที่จะถ่ายทอดไปสู่คนอื่นได้ง่าย ๆ เป็นการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเป็นคน ๆ ไป มีความรู้สึกผูกพันเฉพาะเจาะจงยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้

ครอบครัวจึงเป็นสถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุดและสำคัญมากที่สุด บทบาทที่สำคัญของครอบครัวโดยเฉพาะบทบาทสร้างคนให้มีคุณภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ และสังคม สมาชิกในครอบครัวจะมีความสัมพันธ์ทางอารมณ์และจิตใจ มีความเอื้ออาทรต่อกัน เนื่องจากครอบครัวมีความสำคัญ คณะกรรมการด้านครอบครัว ในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี (สริตา มังคโลปกรณ์, 2544, หน้า 9) ได้ให้ความสำคัญแก่สถาบันครอบครัวไว้หลายประการด้วยกัน คือ

1. ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานแรกที่สุดของมนุษย์และเป็นสถาบันที่เก่าแก่ที่สุดในโลก ทำหน้าที่ในการหล่อหลอมความเป็นมนุษย์ของสมาชิกเกิดใหม่ในครอบครัว อันได้แก่ทารกและเด็ก
2. การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวและการให้การศึกษาที่มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพของคนและบุคลิกภาพ ซึ่งรวมทั้งค่านิยม เจตคติ และพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน วิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อกันและกัน
3. ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมพื้นฐานที่ประกอบด้วยวิถีชีวิตของสมาชิกของครอบครัวทุกคน วิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อกันและกัน
4. ครอบครัวเป็นหน่วยทางเศรษฐกิจที่เล็กที่สุด และเป็นพื้นฐานของสังคมครอบครัว บางครอบครัวมีบทบาทเป็นหน่วยการผลิตทางเศรษฐกิจโดยตรง
5. ครอบครัว ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบต่อกันและกัน ต่างมีกระบวนการวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีการหยุดนิ่ง ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล
6. ปัญหาสังคมหลายประการจะป้องกันได้โดยสถาบันครอบครัว สถาบันครอบครัวที่รวมตัวกัน ได้จะเป็นพลังกลุ่ม/ชุมชนที่สามารถพัฒนาป้องกันและแก้ไขปัญหาของตนเองได้

หน้าที่ของครอบครัว

เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุดแต่มีความสำคัญมาก บทบาทหน้าที่ของครอบครัวที่พึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกในครอบครัวให้สามารถอยู่ในสังคมได้ด้วยดี บทบาทหน้าที่ของครอบครัว ล้วนมีอิทธิพลต่อสังคมทั้งสิ้น ดังนั้นจึงต้องมีผู้กล่าวถึงหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่าง ๆ ไว้ 4 ประการ คือ (ฉัฐไชย ต้นตีสุข, 2533, หน้า 16)

1. หน้าที่ให้ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว
2. หน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัว
3. หน้าที่ในการสืบสกุล
4. หน้าที่ในการอบรม เลี้ยงดูบุตรให้รู้ระเบียบสังคมไทย

การตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การตอบสนองด้านความรักความเอาใจใส่ ซึ่งเป็นหน้าที่ที่สำคัญของครอบครัวในการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก ซึ่งแสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพดี บุคลิกภาพมั่นคง เนื่องจากบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีมีภาพลักษณ์ที่ดี มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว รู้สึกว่าได้รับความรักความอบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้งตลอดจนรู้สึกว่ามีคนช่วยเหลือเมื่อตนเองอยู่ในภาวะลำบาก และครอบครัวยังเป็นต้นกำเนิดของความรัก การยอมรับ การได้รับรางวัลและการสนับสนุนของบุคคล (Friedman & McCown, 1998, 352)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้ผลิตเทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเขียนบทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการไว้ดังต่อไปนี้ (สศส คัมภีร์พยานันต์ และ สุรีย์ บุญเลข, 2546, 17-19)

ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวมีส่วนสำคัญมากที่จะช่วยเหลือแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยจิต สิ่งสำคัญที่สุดคือความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท โดยเฉพาะข้อความที่ว่า “ไม่มีคนใดคนหนึ่งหรือครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคจิตเภท แต่ทุกคนในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยจิตเภท

บทบาทของญาติที่สำคัญ ได้แก่ การช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ทั้งนี้เพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องการเวลายาวนานในการรักษาและเป็นโรคที่มีโอกาสกำเริบได้สูง ซึ่งอาจเกิดการขาดยา ผู้ป่วยมีความเครียด หรือขาดการดูแลเอาใจใส่จากญาติ การป้องกันการกำเริบของโรคทำได้ดังต่อไปนี้

1. ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง

ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีการแยกตัวจากสังคม เฉยชา ไม่มีเป้าหมายชีวิต การดูแลตนเองไม่ดี ทำให้อารมณ์ส่วนตัวไม่ดี ซึ่งอาจทำให้ญาติเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยเกียจคร้าน และทำให้ญาติมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยซึ่งญาติต้องเข้าใจให้ถูกต้องว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นอาการของโรค ญาติควรช่วยเหลือโดยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในบ้าน เช่น มอบหมายให้ล้างถ้วย ล้างชาม กวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นต้น

2. คอยสังเกตอาการกำเริบ

ความช่างสังเกตของญาติในอาการเตือนของผู้ป่วย เช่น ญาติสังเกตได้ว่าผู้ป่วยเริ่มสับสน เริ่มระแวง ไม่ยอมนอน พุดมากขึ้น แยกตัว เก็บตัวเงียบ เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยแพทย์ในการป้องกันการกำเริบได้และจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที่

3. ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย

ความเครียดบางอย่างอาจเป็นปัญหากับผู้ป่วยในช่วงที่กำลังจะดีขึ้น ความเครียดอาจเกิดจากภายในหรือภายนอกครอบครัวก็ได้ซึ่งญาติจะช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบได้โดย

การปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วยให้เหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้ พยายามค้นหาสิ่งที่คุณป่วยสามารถทำได้ แล้วช่วยให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ปรับตัวตามความสามารถ พุดกับผู้ป่วยสั้น ๆ ให้ได้ใจความ อย่าเปลี่ยนแปลงตารางเวลาต่าง ๆ ถ้าไม่จำเป็น และรักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วย

- หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วย

- ลดความตึงเครียดของตัวเอง โดยญาติควรหาเวลาส่วนตัว หรือพักผ่อนบ้าง ด้วยการปลัดก้นให้ญาติคนอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนเพราะถ้าญาติมีความตึงเครียดน้อยลง ผู้ป่วยก็จะเครียดน้อยลงด้วย

4. ค้นหาและสนับสนุนจุดดีของผู้ป่วยแม้จะเป็นจุดเล็ก ๆ ที่ผู้ป่วยจะดีขึ้นก็ตาม สนับสนุนผู้ป่วยให้ค่อย ๆ ปรับตัวโดยไม่เร่งรัด ญาติอาจชมเชยและให้กำลังใจ เช่น ให้ผู้ป่วยอาบน้ำเอง หัดทักทายสวัสดิ์กับคนอื่น เป็นต้น จุดเล็ก ๆ เหล่านี้จะรวมเป็นจุดใหญ่ให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

5. อย่าลืมนดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับยาและให้ผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากโรคจิตเภทต้องการระยะเวลาที่นานพอสมควรในการรักษา ดังนั้น การรับยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าญาติเห็นว่าโรคดีขึ้นแล้ว หรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาแล้วไม่ไปรับยาตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยขาดยา และเกิดปัญหาขึ้นได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนจะหยุดยา และควรดูแลผู้ป่วยให้รับยาอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยทำทีของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวล้วนมีผลต่อผู้ป่วยทั้งสิ้นทั้งทางบวกและลบ คือ ถ้าครอบครัวมีความอบอุ่นสมาชิกมีความเข้าใจ ยอมรับ ให้การช่วยเหลือ จะมีผลต่อการบำบัดรักษาที่เป็นไปในทางที่ดี แต่ถ้าครอบครัวไม่มีความอบอุ่น สมาชิกไม่ให้การยอมรับ แสดงท่าทีรังเกียจ ย่อมส่งผลต่อผู้ป่วยในด้านลบ ดังนั้นบทบาทของครอบครัวจึงมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจากการศึกษาของ Rungreangkulkij และ Chesla (2001) ศึกษามารดาที่ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ประสิทธิภาพการดูแลประกอบด้วย 1) มารดาจะนำผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีพื้นบ้านหลายแห่ง เมื่อไม่หายจึงนำไปโรงพยาบาล 2) การตอบสนองต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยการทำใจ หมายถึง การยอมรับ ยอมรับ เข้าใจ ความสมเหตุสมผล และรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ และ 3) ดูแลด้วยความเป็นมารดา โดย อ่อนหวาน ไม่เผชิญหน้าเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ในการรักษาผู้ป่วยและญาติ เริ่มต้นด้วยการรักษาตนเองก่อน ไปรักษาตามแหล่งต่าง ๆ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและญาติมีการรักษากันเองก่อนเสมอ เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงจะไปรักษากับหมอพื้นบ้าน แพทย์ฝ่ายกาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์ทางจิตเวช และการศึกษาของ Leff และคณะ (อ้างถึงใน ผุสดี พรหมทอง, 2530, หน้า 23) ซึ่งได้ทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 40 กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกภายในระยะเวลา 1 ปี การที่อัตราการกลับเข้ารับการรักษาสูงนั้น คาดว่าเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับการบริการหลังการรักษาซึ่งมีความจำเป็นต่อการอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการบำบัดรักษาด้วยยา เพราะการบำบัดรักษาด้วยยาจะมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น และการได้รับยาบำบัดอาการทางจิตสม่ำเสมอในช่วงแรกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะ

สามารถป้องกันการกลับป่วยซ้ำได้การศึกษาของ Strauss และ Carpenter (1974) (อ้างถึงใน กัทธา ธีรลาภ, 2530, หน้า 42) พบว่า การรักษาความผิดปกติทางจิตเวชด้วยวิธีการใช้ยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ การรักษาที่ให้ความสำคัญกับระบบต่าง ๆ ของการทำงานที่ เช่น การทำงาน การสังคม อาจเป็นที่ต้องการถึงแม้ว่ายารักษาโรคจิตจะมีประโยชน์ในการลดอาการทางจิต แต่ก็อาจไม่พอเพียงถ้าไม่ได้มีการจัดโปรแกรมการทำงานและการรักษาทางสังคมประกอบไปด้วย

เดวิส (Davis, 1974) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยมีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม ผู้ป่วยมีลักษณะต้องพึ่งพิงคนอื่น ไม่มีเพื่อนและมีนิสัยในทางสังคมที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยร้อยละ 33-47 ไม่สามารถจะพบปะคนอื่นได้โดยไม่แสดงพฤติกรรมที่แปลก ๆ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีนิสัยการกินที่ไม่เรียบร้อยและผู้ป่วยจะปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ผู้ป่วยมักจะใช้เวลาว่างในการนั่งเฉย ๆ การทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินจะจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ซึ่งไม่ต้องพบปะสมาคมกับคนอื่น ถ้าจะไปเยี่ยมเยียนคนอื่นจะต้องไปกับสมาชิกในครอบครัว

วิธีการจัดการกับอาการทางจิต เช่น การศึกษาของ Herz & Melville (1980) เรื่อง “การกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทว่าถ้ามีอาการผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นจะอย่างไร ผลพบว่า ร้อยละ 50 ไม่ได้ทำอะไรกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่วนอีกร้อยละ 50 เมื่อมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นจะขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 70 ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทสามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงได้ แต่ร้อยละ 92.6 ของญาติสามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงได้มากกว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสังเกตตนเอง แต่การศึกษาของ McCandless-Glimcher และคณะ (1986) ได้สัมภาษณ์ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในลักษณะที่เคยปฏิบัติจริงขณะมีอาการผิดปกติทางจิตร้อยละ 82 เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเลวลงจะแสดงออกด้านพฤติกรรม 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก ร้อยละ 58 จะใช้ยารักษาตนเอง เบี่ยงเบนความสนใจโดยการทำกิจกรรม และไม่สนใจต่ออาการที่เกิดขึ้น กลุ่มที่ 2 ร้อยละ 26 ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่จิตเวช และกลุ่มที่ 3 ร้อยละ 16 มีการแก้ไขปัญหาคด้วยวิธีช่วยเหลือตัวเองและขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่จิตเวช และยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถบอกได้ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่เลวลงได้ถึงร้อยละ 59

จากการศึกษาของ จารุวรรณ ต.สกุล (2524) เรื่อง “ปัจจัยที่ผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาล” พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำส่วนใหญ่เป็นเพราะมีปัญหาในการปรับตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว ไม่สบายใจในเรื่องหน้าที่การงาน และฐานะทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย ซึ่งส่วนใหญ่ญาติยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ไม่สามารถช่วยผู้ป่วยได้

อย่างเหมาะสม เป็นเหตุให้ผู้ป่วยร้อยละ 63.33 ไม่พอใจ สะท้อนใจ อับอายและมีปมด้อย ในเรื่องการยอมรับพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้รับความเคารพ ยกย่องนับถือจากญาติหรือบุคคลในครอบครัวน้อยกว่าเดิมหรือไม่มีเลย นอกจากนี้จากคำตอบอื่น ๆ ของญาติแสดงให้เห็นว่ามีการกระทำอันสะท้อนอารมณ์ของการไม่ยอมรับผู้ป่วย ได้แก่ คอยติดตามผู้ป่วยอยู่เสมอ มีการกักบริเวณให้ผู้ป่วยอยู่ และอยากให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลต่อไป

การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช นานเกิน 5 ปี พบว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานเกิน 5 ปี เพราะญาติไม่บอกบ้านเลขที่ให้ผู้ถูกต้องหรือบางครั้งให้ที่อยู่ไม่ชัดเจนบางครั้งครอบครัวไม่พร้อมที่จะรับผู้ป่วยไปอยู่ด้วย เกิดความละอายไม่ยอมให้ใครทราบว่ามีญาติป่วยด้วยโรคจิต นอกจากนี้ยังพบว่าญาติและบุคคลในชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ญาติและบุคคลในชุมชนมีทัศนคติและการยอมรับหรือเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชไปในทางลบ เช่น หวาดระแวง กลัว เชื่อว่ารักษาไม่หาย เป็นบุคคลไร้ความสามารถ เป็นภาระและก่อปัญหาให้กับครอบครัว เป็นภัยแก่สังคม (สงวนศรี แต่งบุญงาม, 2537, หน้า 28)

สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีดีหทัย แก้วฉวีรัตน์ (2534) เรื่อง “การศึกษามหาชนของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษากรณี โรงพยาบาลสวนสราญรมย์” พบว่า สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเวชเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีความเฉลี่ยในระดับมาก คือ สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่มาจากลักษณะอาการ และการก่อความเดือดร้อน รุนรวยของผู้ป่วย ในขณะที่เกิดอาการกำเริบและในขณะที่เดียวกันกลับพบว่า สมาชิกในครอบครัวยังมีความรู้สึกสงสารและเห็นใจผู้ป่วยร่วมด้วย

การยอมรับผู้ป่วยของญาติและบุคคลในชุมชนเมื่อพิจารณา พบว่า ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ค่านิยม ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและทัศนคติของบุคคลเหล่านั้นจากการศึกษาของ ศิริวรรณ ฤกษ์ชนะจร, วังรี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ, รพีพร แก้วคอนไทย, พงษ์ศักดิ์ ปัญญาประชุม, และ สุภาณี กิตติสารพงษ์ (2544) เรื่อง “การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน” พบว่า ในกลุ่มญาติผู้ป่วยที่มีทัศนคติด้านลบ ญาติผู้ป่วยจะคิดว่า ผู้ป่วยมีความสามารถไม่เท่ากับคนอื่น ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมช่วยทำงาน การเจ็บป่วยทำให้บทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ญาติจึงรู้สึกว่าเป็นภาระ ส่วนญาติผู้ป่วยที่มีทัศนคติด้านบวก คือ มีความรู้สึกสงสาร พาไปรักษา คิดว่าสังคมยังยอมรับครอบครัวตน โดยให้เหตุผลว่า อาการของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ไม่ได้รุนแรงมากนัก

✧ จากการศึกษาของ Renton (1967) (อ้างถึงใน ศุสดี พรหมทอง, 2530, หน้า 24) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการบำบัดรักษาด้วยยากับการปรับตัวในชุมชนของผู้ป่วย หลังจากได้รับการ

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลจากการศึกษาพบว่า ถ้าผู้ป่วยมีอาการเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะปรับตัวอยู่ในชุมชนไม่ได้ และมีแนวโน้มที่จะกลับมาป่วยอีก ผู้ป่วยจะมีความลำบากในการที่จะติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่น และไม่สามารถจะตัดสินใจอะไรได้เอง นอกจากนี้ยังพบว่า ยาซึ่งเคยใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยได้ผลเป็นอย่างดีเมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนั้นกลับใช้ไม่ได้ผลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี เช่น ต้องอยู่ตามลำพัง หรืออยู่กับญาติที่ไม่เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันทางจิตใจและปรับตัวไม่ได้

การยอมรับหรือไม่ยอมรับผู้ป่วยของญาตินั้นจากการศึกษาที่ผ่านมาจะ พบว่า ขึ้นอยู่กับอาการและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกขณะเกิดอาการ ซึ่งเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แต่จากการศึกษาของ Renton และคณะ พบว่า อาการและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกหรือการกลับป่วยซ้ำนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม การยอมรับเอาใจใส่ของญาติ

สุสติ พรหมทอง (2530) ได้ศึกษา “การเปรียบเทียบพฤติกรรมและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคจิต ระหว่างกลุ่มที่มาติดตามผลการรักษากับกลุ่มที่ไม่ได้มาติดตามผลการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล” พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาหลังจำหน่ายส่วนใหญ่มาติดตามผลเพราะยังมีอาการเจ็บป่วยทางจิต รongลงมาเพราะญาติสนใจและพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ส่วนสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มาติดตามผลการรักษานั้นส่วนใหญ่เพราะไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต รongลงมาเพราะมีปัญหาด้านการเงิน การกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยทั้งกลุ่มที่มาและไม่มาติดตามผลการรักษาพบว่า ผู้ป่วยกระทำหน้าที่ทางสังคมได้ในระดับต่ำ

ไพลิน ปรัชญกุลต์ (2548, หน้า 169-170) ทำการวิจัยการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ครอบครัวและชุมชนส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทใน 3 ด้าน ด้านที่หนึ่งคือการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยครอบครัวให้การสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ การแสดงความเข้าใจ ความเห็นใจ และความดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำความดีและการควบคุมอารมณ์ของครอบครัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดหรือโกรธ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของชุมชน ที่มีต่อครอบครัวและผู้ป่วยในด้านนี้ ที่สำคัญได้แก่ การรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจหรือแก้ไข ปัญหาไม่ได้ ด้านที่สอง คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งครอบครัวมีส่วนสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้และคำปรึกษาเรื่องโรคจิตเภท ซึ่งรวมถึงถึงการให้คำแนะนำในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามคำแนะนำแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลที่ดี การส่งเสริมให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและพักผ่อนที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ

ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้ของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย และครอบครัวที่สำคัญ คือ การกระตุ้นและสังเกตอาการทางคลินิกของผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว ยิ่งกว่านั้น ชุมชนยังให้คำแนะนำในการไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ด้านที่สาม คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของจำเป็นครอบครัวให้การสนับสนุนสำคัญ คือ การจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การจัดหาอาหารและยาไว้ให้ นอกจากนี้ครอบครัวยังพาผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือไปรับยามาให้ผู้ป่วย ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้ของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วย และครอบครัวที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนบ้านให้ความช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร และยา เจ้าหน้าที่สถานอนามัยไปรับยามาให้ผู้ป่วยแทนครอบครัวในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถไปรับยาได้ด้วยตนเอง การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชนทั้งหมดนี้ ก็เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและการรักษาที่ต่อเนื่อง ในที่สุดผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

ปริดีห์ทัย แก้วฉวีรัตน์ (2534, หน้า 73-75) ได้แบ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวออกเป็น 6 ด้าน คือ 1) ด้านเศรษฐกิจพบว่า สมาชิกในครอบครัวมักมีปัญหาทางการเงินเกี่ยวกับการซื้อยาให้ผู้ป่วยบางครั้งตัดสินใจไม่ซื้อยา กู้ยืมเงินมาใช้จ่ายในการดูแล การให้เงินผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายส่วนตัว ซึ่งเมื่อพิจารณาในเรื่องอาชีพและฐานะทางการเงินของผู้ป่วยและครอบครัวจะสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้เนื่องจากประกอบอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ เมื่อต้องเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้ระยะเวลานาน ย่อมสร้างภาระให้กับสมาชิกในครอบครัวและส่งผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วยที่ พบว่า บางครั้งต้องตัดสินใจไม่ซื้อยาหรือต้องกู้ยืมเงินมาใช้ในการรักษา และยังคงรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง (มีน้อย) 2) การดูแลในด้านการรักษา พบว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เอาใจใส่ในเรื่องการดูแลรักษาอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยกินยา และพบแพทย์ตามนัด มีการพาผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล และเป็นธุระในการจัดซื้อยาและกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การรักษา แต่พบว่า การกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่เคยทำก่อนป่วยอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า ส่วนใหญ่ญาติยังสนใจเอาใจใส่ในเรื่องการรักษาพยาบาลเนื่องจากเกรงว่าอาจเกิดการกำเริบรุนแรงถ้าไม่ดูแลในเรื่องการกินยาหรือการพาไปรักษามากกว่าสภาพความเป็นอยู่ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย 3) การดูแลด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า สมาชิกในครอบครัวแสดงความไม่พอใจ และคู่มือผู้ป่วยทำผิดหรือคือไม่เชื่อฟังในระดับค่อนข้างสูง ในขณะที่เดียวกันก็ พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีการชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำดี ทำถูกต้อง และจะให้ความช่วยเหลือให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาไม่สบายใจแต่อยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ญาติมักแสดงอารมณ์ต่าง ๆ อย่างเปิดเผยต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะการแสดงอารมณ์โกรธและไม่พอใจ ซึ่งมีผลกระทบต่อ

สภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ในสังคมทั่ว ๆ ไปเรามักจะพบว่าในแต่ละครอบครัวย่อมมีการแสดงอารมณ์ต่าง ๆ อย่างเปิดเผยมากน้อยต่างกัน แต่สำหรับผู้ป่วยจิตเภทยอมรับกับสภาพหรือการแสดงออกทางอารมณ์ได้ไม่เท่าบุคคลปกติเมื่อสมาชิกในครอบครัวแสดงอารมณ์ไม่พอใจบ่อย ๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่บ้าน 4) การดูแลด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง พบว่า สมาชิกในครอบครัวจะเข้าไปพูดคุยได้ถามทุกข์สุขอย่างเอาใจใส่เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึม พูดน้อยลง หรือแยกตัวเองและมีการจัดหางานที่เหมาะสมภายในบ้านให้ผู้ป่วยทำ กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือผู้อื่นเท่าที่จะทำได้และที่พบว่า อยู่ในระดับน้อยคือ ในเรื่องที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดหาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีงานที่เหมาะสมเป็นรายได้ของตนเอง ความสัมพันธ์ในลักษณะเครือญาติของสังคมไทย ทำให้การได้ถามทุกข์สุขซึ่งกันและกันยังมีอยู่มาก เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมหรือท่าที่แปลกไป สมาชิกในครอบครัวยังให้ความสนใจ พูดคุยแต่ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยทำงานในบ้านหรือนอกบ้าน เพราะคิดว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นคนป่วยอยู่ตลอดเวลา เมื่อยังต้องรักษาต้องกินยา ก็แสดงว่ายังมีความเจ็บป่วยต้องอยู่เฉย ๆ ไม่ต้องทำอะไรเลย จึงมักพบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับบ้านผู้ป่วยจะมีหน้าที่นั่ง ๆ นอน ๆ กินยาและอยู่บ้านเท่านั้น 5) การดูแลในด้านความเป็นอยู่ พบว่าสมาชิกในครอบครัวจะมีความรู้สึกยุ่งยากใจ เมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านรวมทั้งการหาล้างของที่ผู้ป่วยต้องการและของใช้ที่จำเป็นให้ผู้ป่วย แต่ต้องช่วยดูแลในเรื่องการจัดหาที่พักให้เหมาะสม การดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยให้เป็นระเบียบอยู่ในระดับน้อยสอดคล้องกับลักษณะอาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการเป็นบางครั้ง รongลงมา คือ หายเป็นปกติทำให้การดูแลในด้านความเป็นอยู่มีไม่มากนัก เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากพอควร 6) ในเรื่องการดูแลด้านสังคม พบว่า สมาชิกในครอบครัวให้ความสนใจในการชักชวนและพาผู้ป่วยออกไปเที่ยวเตร่หรือสังสรรค์กับเพื่อนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้เล่นกีฬาและออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า การสนับสนุนและเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยได้พบปะพูดคุยและมีเพื่อนอยู่ในระดับน้อยข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า สมาชิกไม่ค่อยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น ๆ เนื่องจากเกรงว่าผู้ป่วยจะพูดผิดหรือแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นที่น่าอาย น่ารังเกียจหรือสร้างความรำคาญให้แก่เพื่อนบ้าน ผู้พบเห็น จึงไม่ค่อยสนับสนุนให้ผู้ป่วยออกนอกบ้าน

จากการศึกษาพบว่า การกระตุ้นทางด้านสังคมของผู้ป่วยจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนและสิ่งแวดล้อมนอกโรงพยาบาลได้ และการที่ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้ดียิ่งขึ้น

ส่วนการศึกษาเรื่อง “ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน” ของ จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, ยาใจ สิทธิมงคล, วาสนา แฉล้มเขตร และไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน 3 ด้าน คือ 1) ในด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคม พบว่า การไม่มีรายได้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดในระดับมากร้อยละ 39.29 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเซอร์บันและแซมซันที่พบว่า การไม่มีงานทำและการไม่มีรายได้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดในระดับมาก ที่ผลการศึกษาเป็นเช่นนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99) เป็นผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (20-60) ปี เป็นวัยที่ต้องทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงตนเองและครอบครัว การทำงานช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของสังคม การไม่มีงานทำหมายถึงการไม่มีรายได้ดังนั้นจึงรู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม การไม่มีงานทำหมายถึงการไม่มีรายได้ดังนั้นจึงรู้สึกว่าคุณค่า

2) ด้านปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 37.73 เมื่อสมาชิกในครอบครัววิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิติเตียนการกระทำของผู้ป่วยจะมีความเครียดในระดับมาก รองลงมาคือสมาชิกในครอบครัวแสดงท่าทีหรือคำพูดที่ไม่เป็นมิตรและสมาชิกในครอบครัวก้าวก่ายการกระทำหรือจู้จี้ มีความสัมพันธ์กับการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท 3) ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่มีอาการคงที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสามารถที่จะสื่อสารและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ทำให้เป็นที่ยอมรับและสามารถทำงานร่วมกับเพื่อนบ้านและชุมชน กลุ่มตัวอย่างเผชิญความเครียดด้วยการพยายามทำใจและการปลงเกือบร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้วิธีนี้กับสถานการณ์ด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคมและด้านปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ในขณะที่ร้อยละ 22 ใช้วิธีนี้กับสถานการณ์ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมที่กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการนี้กับสถานการณ์ในลักษณะดังกล่าวเป็นเพราะอิทธิพลของศาสนา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98) นับถือศาสนาพุทธ แต่การเผชิญความเครียดโดยการพยายามทำใจ และการปลงนี้เป็นลักษณะของการยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ได้ทำอะไรเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ทั้งนี้อาจเคยได้แก้ไขกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมาแล้วแต่ไม่สามารถแก้ไขได้หรืออาจเป็นเพราะสถานการณ์ดังกล่าวเป็นเหตุการณ์ที่จะต้องเกิดขึ้นเป็นประจำไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จึงอาจมีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง การพยายามทำใจและการปลงเปรียบเสมือนกลไกทางจิตที่ทำให้บุคคลสามารถหยุดพลังทางความคิดเพื่อปรับสภาพจิตใจให้สมดุลเพื่อที่จะค้นหาแนวทางในการแก้ไขที่มี เป้าหมายมุ่งแก้ไขตนเองในอนาคต

การให้การยอมรับผู้ป่วยนั้นถ้าสมาชิกในครอบครัว ชุมชน สังคมให้การยอมรับผู้ป่วยจะมีผลทำให้อาการของผู้ป่วยดี จากการศึกษาของไพลิน โพร้สุวรรณ และคณะ (2544) เรื่อง “องค์ความรู้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชนจังหวัดสกลนคร” พบว่าจากการที่ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสนใจ เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสามารถทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนตามปกติ รวมทั้งผู้ป่วยเองให้ความร่วมมือในการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถทำให้อาการทางจิตหายเร็วขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ญาติจะให้นิยามเริ่มแรกและแสวงหาการบริการรักษา ลักษณะใดมาก่อน จนกว่าจะนิยามว่าอาการหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต จึงนำไปสู่การบำบัดรักษาซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อในสาเหตุของความเจ็บป่วยเป็นตัวกำหนดแหล่งรักษา และเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช กลายเป็นผู้ป่วยทางจิตแล้ว ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว สมาชิกในบางครอบครัวไม่เข้าใจผู้ป่วย ไม่เข้าใจพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกความไม่เข้าใจนี้เองได้นำไปสู่การไม่ยอมรับซึ่งและปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรค และกลับมาป่วยซ้ำได้อีก จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในสังคมหลังการบำบัดรักษาโดยตรงยังมีน้อย จึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าว

การดูแลผู้ป่วยด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) นั้น เป็นแนวคิดที่ได้รับการกล่าวขานถึงอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นแนวคิดที่กล่าวถึงการดึงพลังที่มีอยู่ในตนเอง หรือพลังที่มีอยู่ของกลุ่มมาใช้ในการพัฒนาบุคคลกลุ่ม หรือชุมชน เพื่อให้บุคคล กลุ่มชุมชน ได้ตระหนักถึงความสามารถ ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล กลุ่ม ชุมชน และนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่ประสบเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ

กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น อาจจะใช้เวลาตลอดช่วงชีวิตหรืออาจปรากฏในระยะเวลาสั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจจะต้องเริ่มที่การสร้างความรู้สึกของการมีพลังอำนาจในตัวบุคคล (Sense of Personal Power) ก่อน โดยการสร้างความเข้มแข็งของจิตใจ เพื่อให้บุคคลสามารถพัฒนาความรู้สึกที่ต้องต่อสู้หรือเอาชนะตนเองในการเริ่มกิจกรรมใหม่ๆ ลดการตำหนิตนเอง (Reducing Self-blame) โดยการปรับเปลี่ยนจุดเน้นจากการมองเฉพาะปัญหาตนเองหรือกล่าวโทษตนเองให้เป็นการนำปัญหามาพูดคุยในกลุ่ม จะช่วยให้บุคคลที่มีปัญหา รู้สึกเป็นอิสระจากสถานการณ์ทางลบที่ตนประสบอยู่ โดยบุคคลจะต้องรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงอนาคตของตน เพื่อจะได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังและรู้สึกถึงพลังอำนาจของตนเองในการมุ่งมั่นที่จะแก้ไขปัญหาของตน และปรับเปลี่ยนสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

Gibson (อ้างถึงใน จารุวรรณ จินดามงคล, 2541, หน้า 13-14) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจในลักษณะของการดูแลผู้ป่วยมีขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นหาความจริง (Discovering Reality) หมายถึงการจัดให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมในการผ่อนคลายความคับข้องใจ ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น และตัดสินใจได้ถูกต้อง
2. พิจารณาและไตร่ตรอง (Critical Reflection) หมายถึง การจัดการให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รับรู้ปัญหาและความต้องการของตนเองรวมทั้งแนวทางการแก้ไข

3. ความสามารถเป็นผู้ดำเนินการ (Taking Charge) หมายถึง การจัดให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการปฏิบัติต่อตนเอง และสิ่งแวดล้อมเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของตน และจัดการกับปัญหาของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การรักษาความรู้สึกมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ (Holding On) หมายถึง การจัดให้ผู้ป่วยได้มีความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

กระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการส่วนบุคคล ซึ่งแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย

1. ได้รับความรู้ที่จำเป็น
2. เพิ่มพูนความสามารถและความมั่นใจ
3. มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นความรู้สึก
4. ได้รับการยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน
5. ได้ฝึกฝนการแสดงความสามารถที่จำเป็น

การนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจในตนเองมาใช้ในการงานสังคมสงเคราะห์

แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) สามารถนำมาใช้ในทางสังคมสงเคราะห์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (กิตติวิภา สุวรรณรัตน์, 2545, หน้า 58)

1. สามารถอธิบายตัวผู้ให้บริการได้ แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถอธิบายในเรื่องของความเชื่อ ทักษะ และค่านิยมของผู้ให้บริการแต่ละคนได้ โดยจะแสดงออกมาในรูปแบบความคิด การกระทำเกี่ยวกับตนเอง การให้คุณค่าเกี่ยวกับตนเอง และความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้ให้บริการแต่ละคน นอกจากนี้ยังเป็นการสะท้อนถึงประสบการณ์ในอดีตได้ว่าผู้ให้บริการคนนั้นมีประสบการณ์เช่นไร ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ให้บริการแต่ละคนจะมีความสามารถในการดึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเองออกมาใช้ได้ไม่เท่ากัน

2. สามารถเป็นกลยุทธ์ในงานสังคมสงเคราะห์ การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองเป็นกลยุทธ์หนึ่งในงานสังคมสงเคราะห์ กล่าวคือ นักสังคมสงเคราะห์ต้องพยายามดึงเอาประสบการณ์เชิงบวกในชีวิตของผู้ให้บริการมาใช้ในการเสริมพลัง เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและลดการนำเอาประสบการณ์เชิงลบมาดำเนินตนเอง โดยนักสังคมสงเคราะห์ก็เป็นผู้หนึ่งที่สนับสนุนความสามารถในการเพิ่มพลังให้แก่ผู้ให้บริการ เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ใหม่ในชีวิตของผู้ให้บริการ หรือกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์ควรเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากร การแนะนำการให้บริการของหน่วยงาน การให้ทางเลือกแก่ผู้ให้บริการ โดยต้องพยายามสร้างความรู้สึกว่า ผู้ให้บริการมีศักยภาพและมีพลังในตนเอง สามารถนำพลังที่มีอยู่มาใช้ได้ ให้ผู้ให้บริการได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ช่วยให้ผู้บริการรู้เท่าทันปัญหาที่จะเกิดขึ้น ไม่ตกเป็นผู้ถูกกระทำทางสังคม เป็นต้น

3. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นจุดมุ่งหมายในงานสังคมสงเคราะห์ กล่าวคือ เมื่อบุคคล กลุ่ม หรือชุมชนรู้จักการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองแล้ว จะทำให้บุคคลเหล่านี้สามารถใช้ความรู้ความสามารถของตนเองได้อย่างเต็มที่ เป็นการส่งเสริมการสร้างและพัฒนาศักยภาพให้มีความสามารถในการเผชิญและแก้ไขปัญหาของตนที่เกิดขึ้นได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้ระบบต่าง ๆ ในสังคมดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุนิติภาวะที่ต่อสังคมเพราะการที่บุคคลแต่ละคนสามารถดึงพลังศักยภาพที่มีอยู่ในตนมาใช้ได้อย่างเต็มที่แล้วจะทำให้การทำงานที่ต่าง ๆ ในสังคมสามารถดำเนินไปได้อย่างมีระบบ ระเบียบ และมีประสิทธิภาพ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงนโยบายสังคมทุกระดับ เพื่อสนับสนุนให้คนและระบบต่าง ๆ ในสังคมมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

การนำการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้กับผู้ป่วยทางจิตนั้น เนื่องจากเชื่อกันว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นโดย กระบวนการทางสังคม ดังนั้นการให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในสังคม การให้กำลังใจ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเองได้ดีขึ้น ยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่ามีความเกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตมีผลกระทบต่อทักษะในการแก้ปัญหา ลักษณะนิสัยในการทำงาน การเข้าสังคม การทำกิจกรรมในยามว่าง และการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ดังนั้นนักสังคมสงเคราะห์จึงให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่จำเป็น ได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ตัดสินใจ มีส่วนร่วมในสังคม เสริมสร้างทักษะในการแก้ปัญหา พัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหา จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

4. แนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) หรือ ปรากฏการณ์วิทยา เป็นคำมาจากภาษากรีก (Phianomenon) แปลว่า Appearance หรือการปรากฏให้เห็น และ logos แปลว่า Reason หรือ เหตุผล (Moran & Mooney, 2002 อ้างถึงใน จอนพะจง เฟ็งจาด, 2547) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความรู้โดยมีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยา และจิตวิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตตามการรับรู้ในปรากฏการณ์ธรรมชาติ (Streubert & Carpenter, 1993, หน้า 43) ความรู้และความหมาย (Meaning) เป็นเรื่องของความสัมพันธ์ ระหว่างตัวผู้รู้หรือมนุษย์ (Subject) กับสิ่งที่อ้างว่ารู้หรือ โลกวัตถุ (Object) นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่า ความรู้ คือสิ่งที่จริง (Knowledge is that the reality) เกิดจากการให้ความหมายต่อโลก (Gives meaning to the world) ของบุคคลผู้มีประสบการณ์ ไม่สามารถศึกษาโดยแยกบุคคลออกจากประสบการณ์ได้ (Omery & mark, 1995, หน้า 141) เพราะความรู้ที่ลึกซึ้งเกิด

ของมนุษย์ที่มีต่อโลก ที่เก็บสะสมไว้เป็น “ประสบการณ์” ในรูปของจิตสำนึกในเรื่องนั้น ๆ เอ็ดมันด์ ฮัสเซอร์ล (Edmund Husserl, 1859-1938) เจ้าสำนักปรากฏการณ์วิทยา เรียกว่า “Consciousness” ส่วนลูกศิษย์ของฮัสเซอร์ล พัฒนาต่อมาในรูปของการศึกษา “โลกทรรศน์” (life-World) และ “ประสบการณ์ร่วม” หรือ “การรับรู้ร่วม” (Typification) ผู้วิจัยเสนอแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ดังต่อไปนี้

ความหมายของปรากฏการณ์

Husserl กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตโดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อน เกี่ยวกับความจริงของสิ่งรอบตัว (Objective Reality) ของประสบการณ์นั้น

ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง ศาสตร์ที่มีจุดประสงค์อธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีความเฉพาะเจาะจง หรือลักษณะที่ปรากฏของสิ่งใด ๆ ในลักษณะประสบการณ์ชีวิต (Lived Experience) (Streubert & Carpenter, 1999)

Merleau-ponty (1962) (cited in Streubert & Carpenter, 1999) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาองค์ประกอบสำคัญ (Essences) และสิ่งที่เกี่ยวข้องเพื่อหาความหมายขององค์ประกอบที่เป็นอยู่เพื่อเข้าใจมนุษย์ (Man) และโลก (World) ตามความเป็นจริง (Facticity) ของเขาเอง

Omery (1983) ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การค้นหาและอธิบายปรากฏการณ์ประสบการณ์ของมนุษย์ตามที่เกิดขึ้นจริง ตามการให้ความหมายของผู้มีประสบการณ์

Jasper (1994) ปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ได้จากการอธิบายของผู้มีประสบการณ์ในบริบทนั้นเท่านั้น

กล่าวโดยสรุป การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาที่มีจุดประสงค์เพื่อศึกษา สืบค้น วิเคราะห์ การให้ความหมายหรือตีความ และอธิบายประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่อยู่ในบริบทนั้น ๆ ตามความเป็นจริง และความรู้สึกลึกซึ้ง

ปรัชญาและแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยา มีวิวัฒนาการตามระยะที่แตกต่างกัน เป็นผลให้มีแนวปฏิบัติ วิธีการให้ความหมาย การเลือกผู้ให้ข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลที่แตกต่างกัน การนำแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserlian Phenomenology) มาเป็นแนวทางศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยเน้นการให้ความหมายโดยผู้ดูแลเอง ปราศจากการตีความของผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจวิธีการศึกษา

แนวคิดและปรัชญาพื้นฐานปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl

Husserl ถือว่าเป็นบุคคลที่ได้รับยกย่องว่าเป็นผู้ให้กำเนิดแนวคิดปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา เป็นปรัชญาและนักคณิตศาสตร์ชาวเยอรมัน มีมุมมองบนพื้นฐาน ว่าบุคคลไม่สามารถแยกร่างกาย และจิตใจออกจากกันได้ (Dualism) แต่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จึงศึกษาเพื่ออธิบายว่าจิตใจ กระทำอย่างไร (Mental Act) สิ่งรอบตัวเป็นอย่างไร (Intentional Object) และมีความสัมพันธ์กัน อย่างเป็นอย่างไร (Relationship) โดยเน้นการให้ความหมายด้วยตัวเองของบุคคลที่มีประสบการณ์ต่อสิ่ง นั้น ๆ (To the Things Themselves) (Drew, 1993) แนวคิดปรัชญาของ Husserl ประกอบด้วย หลักการ 4 ด้าน คือ (จอณพะจง เฟื่องจาด, 2546)

1. ความเชื่อเกี่ยวกับความเป็นศาสตร์หรือระบบความรู้ (The Rigor of Science) Husserl เชื่อว่าศาสตร์หรือระบบความรู้ ต้องมีความเข้มแข็ง และปรัชญาจะช่วยเสริมสร้างความ เข้มแข็งของศาสตร์โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความกระจ่างเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานและ ข้อตกลงเบื้องต้น และก่อให้เกิดการเชื่อมโยงของแนวคิดเกี่ยวกับบุคคลและศาสตร์
2. แนวคิดเกี่ยวกับจุดเริ่มต้นของความรู้ (Philosophic Radicalism) Husserl เชื่อว่า ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลประกอบด้วย โครงสร้างที่มีความหมาย ปรัชญาให้แนวคิดในการทำ ความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยใช้ Epistemology เป็นกรอบในการเรียนรู้โดยเฉพาะ วิธีการ แหล่งอ้างอิงและความน่าเชื่อถือ การศึกษานำเน้นการเข้าถึงจุดเริ่มต้นหรือแก่นและ การกันความคิดที่มีก่อนการศึกษา หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การศึกษาที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจใน ปรากฏการณ์หนึ่ง ๆ ต้องเข้าไปถึงจุดเริ่มต้น หรือแก่นของความรู้ของปรากฏการณ์นั้น ๆ โดย ปราศจากอคติ ซึ่งก็คือ ความคิดหรือความรู้ที่มีอยู่เดิม
3. ความเชื่อเกี่ยวกับการมีสิทธิในตนเอง (Autonomy) โดยเชื่อว่าบุคคลต้องมีความ รับผิดชอบในตนเองและต่อสังคมวัฒนธรรมที่ตนเองเป็นสมาชิก
4. การให้ความสำคัญต่อการมีข้อสงสัย (Respect of Wonder) บุคคลต้องมีความ ตระหนักถึงการเป็นอยู่ (Being) ของตนเองและของบุคคลอื่น ๆ และมุ่งที่จะหาคำตอบของ ข้อสงสัยที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของบุคคล

นักปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่า ความจริงของการศึกษาได้จากประสบการณ์ชีวิต (Omery & Mack, 1995) ปรากฏการณ์วิทยาจึงศึกษาเพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตตามความหมาย ของผู้มีประสบการณ์ จึงควรทำความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิต ซึ่ง Streubert และ Carpenter (Streubert & Carpenter, 1999, หน้า 44) ให้ความหมายของประสบการณ์ชีวิต หมายถึง สิ่งที่แสดง ความเป็นบุคคลซึ่งเป็นจริงในชีวิตผู้นั้น เป็นความหมายที่บุคคลให้กับการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม เป็นผลมาจากปัจจัยภายใน และภายนอกของแต่ละบุคคล

ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

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

1. การบรรยาย (Descriptive Phenomenology) เกี่ยวข้องกับการสืบค้นโดยตรง (Direct exploration) การวิเคราะห์ (Analysis) และการบรรยาย (Descriptive) โดยปราศจากการคาดเดาเพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล (Richness) รายละเอียด (Fullness) และความลึกซึ้ง (Depth) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1.1 การหยั่งรู้ (Intuiting) จะเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้หลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

1.2 การวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้เกิดภาพความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเป็นแก่น (Essences)

1.3 การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสาร เพื่อการบรรยายหรือการเปรียบเทียบให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวที่ต้องการนำเสนอ

2. การสืบค้นแก่นความรู้ (Study of Essences) เป็นการสืบค้นข้อมูลแบบเจาะลึก เพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

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

ดังนั้น กระบวนการศึกษาด้านแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl สามารถสรุปหลักการที่สำคัญได้ ดังนี้

1. เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Descriptive Phenomenology) โดยผู้วิจัยตั้งคำถามวิจัยที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาดังวิธีนี้ และความรู้ลึกและประสบการณ์ที่ศึกษาจะเข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของมนุษย์ (Omery, 1983, หน้า 55) ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหา วิเคราะห์ และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Participants) โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมินหรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

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

3. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ (Researcher as Instrument) ต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง จึงต้องมีทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึง

ความรู้สึกที่เล่าที่เป็นจริง มีรายละเอียดมากที่สุด (Depth and Richness of the Information) (Drew, 1993, หน้า 346) การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสนทนาเชิงแลกเปลี่ยนไม่ วิชาการวิจารณ์ การสร้างความไว้วางใจและความสนิทสนม การติดต่อสื่อสารและการนัดหมาย เป็นผู้เคารพในสิทธิและความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ไว้วางใจต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษเป็นอย่างดี เน้นความสัมพันธ์ เชิงแลกเปลี่ยนมากกว่ามุ่งควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา (Benoliel, 1988 cited in Streubert & Carpenter, 1999, หน้า 58) การสัมภาษณ์ควรเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยไม่ชี้หน้าหรืออภิปราย โดยใช้คำถามปลายเปิด คำถามเพื่อความกระจ่าง (Clarifying Questions) และสังเกตท่าทางของ ผู้ให้ข้อมูล ควรหยุดสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยเกินไป ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ กระบวนการสัมภาษณ์ถูกต้องตรงกับผู้วิจัย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ เป็นผู้ฟัง อย่างตั้งใจ (Listen Attentively) ไม่ถามคำถามในลักษณะชักจูง แต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ จริงใจ และสนใจอย่างแท้จริง (Streubert & Carpenter, 1999)

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

ผู้วิจัยเป็นผู้บอกได้ว่า เมื่อใดที่ข้อมูลเพียงพอ ข้อมูลอิ่มตัวแล้ว (Saturation) คือ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญเกิดขึ้น และข้อมูลเริ่มซ้ำ ทั้งนี้จะไม่ใช้เวลานานเกินไป เพราะข้อมูล อิ่มตัวได้จากกลุ่มผู้ใช้ข้อมูลส่วนหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไป มีการเปลี่ยนแปลงภูมิหลัง อายุ สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

5. การจัดการกระทำกับข้อมูล (Data Treatment) วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์มี รูปแบบการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลแตกต่างกัน Van Kaam จะกำหนดประสบการณ์กว้าง ๆ ทำ การสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อน แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือกประเด็นที่สำคัญในกลุ่มผู้ให้ ข้อมูลนั้น ส่วน Giorgi จะให้ความหมายประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาง่าย ๆ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ มีประสบการณ์ที่ต้องศึกษาจึงสัมภาษณ์ และวิธีของ Colaizzi เน้นที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล และอาจใช้การสังเกต การบันทึกภาคสนามร่วมด้วย วิธีของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ข้อมูลตรวจสอบก่อนและระหว่างเก็บข้อมูล แทนที่จะรอข้อมูล ทั้งหมดก่อนไปให้ตรวจโครงสร้างองค์ประกอบเพื่อให้ข้อมูลให้ความเห็น และความมั่นใจของ

ข้อมูลก็ได้ (Omery, 1983) การเลือกใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบใด ขึ้นอยู่กับผู้วิจัยที่คิดว่าวิธีใดเหมาะสมกับปัญหาการวิจัยของตนมากที่สุด

ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์อย่างละเอียด เพื่อแยกองค์ประกอบที่ปรากฏ หาความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงขององค์ประกอบกับสิ่งแวดล้อมหรือปรากฏการณ์ โดยต้องศึกษาข้อมูลอย่างลึกซึ้ง (Dwelling) จนแน่ใจว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องแน่นอน

ผู้วิจัยต้องพักความคิดของตน ไม่คิดว่าตนรู้แล้ว เข้าใจแล้ว แยกจากคำอธิบายของผู้ดูแล จนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น (Knaack, 1984) กระทำโดยอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำ ๆ ทำการจำแนก และดึงข้อความหรือประโยค ที่มีความสำคัญให้รหัส หรือบันทึกใน Index Cards แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผลการศึกษา และนำเสนอโดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล

6. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) ขึ้นอยู่กับคำถามผู้ให้ข้อมูล ความถูกต้องของระเบียบวิธีวิจัย และปรับแก้ไขเพิ่มหรือลดตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอก (Streubert & Carpenter, 1999) ซึ่งได้มาจากความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัย และการยึดถือว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รู้จริง ในประสบการณ์นั้นมีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับทีม เพื่อป้องกันการจัดกระทำข้อมูล และเกิดการแปลความที่หลากหลาย ป้องกันการเกิดอคติของผู้วิจัย และอยู่บนข้อตกลงพื้นฐานว่าข้อมูลที่ได้มาจากความเป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลจึงเชื่อถือได้ และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Participant Validation) (Jasper, 1994)

ผู้วิจัยป้องกันการเกิดอคติในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกประสบการณ์ อคติ หรือการตัดสินใจล่วงหน้าของตนออกหรือเก็บไว้ ผู้รู้ความหมายของประสบการณ์ที่ดีที่สุด คือ ผู้ให้ข้อมูลความเชื่อถือได้ของข้อมูลจะบอกได้ด้วยตัวของข้อมูลที่ปรากฏให้เห็นได้เอง (Letting the Facts Speak for Themselves) และการให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย

7. ผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่อาจสามารถถ่ายโอนหรือปรับใช้บริบทที่ใกล้เคียงกัน ขึ้นกับความต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มอื่น ๆ ของผู้อ่านผลการวิจัย (Jarper, 1994, หน้า 313)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาดัวยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา Husserl Phenomenology เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้วิธีการการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) และการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัย เป็นญาติผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้เพื่อให้ได้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง จึงต้องมีการสัมภาษณ์จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลโดยตรง สามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วนตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้การเก็บข้อมูลเป็นไปตามความสนใจของผู้วิจัย จึงจำเป็นต้องมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง ที่มีประสบการณ์ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ดังนี้

1. เป็นญาติ ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นหลัก เป็นประจำ เป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จัดการเกี่ยวกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ตลอดจนถึงเรื่องเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี
2. สามารถพูดคุย สื่อสาร กับผู้วิจัยได้
3. มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ตามแบบการขอความร่วมมือ และคุ้มครองสิทธิในการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

นอกจากผู้ให้ข้อมูลหลักแล้ว ยังมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลรอง คือ บุคคลผู้ร่วมดูแล ที่เป็นญาติใกล้ชิดบ้าน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ที่อยู่ในชุมชน ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้

2. สถานที่ในการวิจัย

เนื่องจากการศึกษานี้จำกัดขอบเขตการวิจัยอยู่ในบริบททางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจของ ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการกิจกรรม

ทางการศึกษาพยาบาล ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ร่วมกับสถานีอนามัยตำบลคูบัว และสถานีอนามัยคูบัวเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Approach) ที่มุ่งศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือและกลยุทธ์ที่สำคัญ ในการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ เพราะในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะต้องเข้าไปสัมภาษณ์ สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม กับผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิด ในสถานการณ์ที่เป็นจริง

บทบาทของนักวิจัย เพื่อเป็นการให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไว้วางใจนักวิจัย สิ่งแรกที่นักวิจัยต้องแสดงตนเองว่าเป็นใคร ต้องการศึกษาระยะใดจากผู้ดูแล ในการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยได้แสดงตนในฐานะนักศึกษาที่ต้องการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ เพื่อนำความรู้ไปใช้ในการทำงานร่วมกับชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มอื่น ๆ เมื่อทำความเข้าใจกับผู้ให้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิ์กับผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และมีการเก็บใบยินยอมไว้ในที่ปลอดภัยและปิดกลุ่ม ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น จากนั้นได้เข้าเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล จนข้อมูลอิ่มตัว นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญแล้ว ยังมีเครื่องมือประกอบอื่น ๆ ที่จะต้องใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. เครื่องบันทึกเสียง
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถบอกเล่าเรื่องราวหรือประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้ง

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 วิธี คือ

1. การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เทคนิควิธีการสนทนากลุ่มโดยการเชิญผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญมาร่วมสนทนากลุ่มใช้เทปบันทึกเสียง เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) แบบมีแนวสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลัก โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยตระหนักเสมอว่าผู้ให้ข้อมูลถือเป็นผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยต้องให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการศึกษา และเคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ ใช้แบบบันทึกภาคสนาม เทปบันทึกเสียง เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม ผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตการณ์ถึงบริบท สภาพแวดล้อม พฤติกรรม ปฏิสัมพันธ์ การดูแล การดำเนินชีวิต เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้กล้องบันทึกภาพ แบบบันทึกการสังเกต เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อขอทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลคูบัว สถานีอนามัยบ้านคูบัว สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ตำบลคูบัว เพื่อยืนยันสถานะที่แท้จริงของผู้วิจัย ให้เป็นที่ไว้วางใจขององค์กรต่าง ๆ ข้างต้นที่จะให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้ประสานงานทาง อสม. เพื่อนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลอย่างเป็นทางการ ในการจัดสนทนากลุ่ม ในขั้นแรก เพื่อเป็นการแสดงตนในบทบาทของผู้วิจัยว่าเป็นนักศึกษา ที่ต้องการเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของญาติ การประสานงานนัดหมายในครั้งแรก ประสานงานผ่าน อสม. เพราะ อสม. เป็นที่เชื่อถือของผู้ป่วยและญาติที่ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี เพราะ อสม. ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยมาโดยตลอด อาศัยความคุ้นเคยของ อสม. เป็นตัวเชื่อมประสาน แนะนำให้ญาติเกิดความไว้วางใจในผู้วิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งแรก เก็บข้อมูลโดยการจัดสนทนากลุ่ม ในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2549 ซึ่งผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มประกอบด้วย อสม. ซึ่งรับผิดชอบผู้ป่วยแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 4 ท่าน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย 8 ท่าน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม แนะนำตัว คณะผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล หลังจากนั้นขออนุญาตบันทึกเทป ถ่ายภาพและจดบันทึกการสนทนา เพื่อเป็นข้อมูลในการนำมาวิเคราะห์และพัฒนาประเด็นในการสัมภาษณ์ต่อไป โดยผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกท่านยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล เป็นอย่างดี โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 3 ชั่วโมง และร่วมรับประทานอาหารกับญาติผู้ป่วย และคณะ อสม. เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีจากนั้นผู้วิจัยได้นัดหมายญาติผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูล สังเกต สัมภาษณ์ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2549 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 คณะผู้วิจัยแยกย้ายเดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยการสังเกต การดูแลผู้ป่วยของญาติ และสัมภาษณ์ประสบการณ์การดูแล

ผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก และจากบุคคลแวดล้อม ได้แก่ ญาติพี่น้อง บุคคลที่อยู่บ้าน ใกล้เรือนเคียง บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ กลับจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในตอนคำ ทณะผู้วิจัย รับผิดชอบข้อมูลลงในบันทึกภาคสนาม บันทึกบทสรุปและการสะท้อนความรู้สึก ความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ จากนั้นประชุมร่วมกัน เพื่อสรุปประเด็น และพัฒนาประเด็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไป

ในระหว่างช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 ทำการถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ออกมาเป็นบทสนทนา จากนั้นอ่านบทสนทนาเพื่อทำความเข้าใจซ้ำแล้วซ้ำอีก หลังจากนั้น ประชุมร่วมกันเพื่อตีความข้อมูลและพัฒนาประเด็นถึงประเด็นสำคัญและซ้ำ ๆ กันมาวิเคราะห์ตีความ เตรียมการที่จะเข้าสู่สนามเพื่อเก็บข้อมูลครั้งต่อไป ในข้อมูลที่ยังบกพร่องหรือที่ต้องการความชัดเจนเพิ่มเติม

วันที่ 11 ธันวาคม 2549 เข้าสู่สนามครั้งที่ 2 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ในประเด็นที่ต้องการความชัดเจนเพิ่มขึ้น จนได้รายละเอียดที่เพียงพอหลังจากสัมภาษณ์แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ถอดข้อความจากเทป ออกเป็นบทสนทนาด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นกลับมาประชุมเพื่อสรุป เสนอประเด็น ความคิดเห็น และวิเคราะห์ข้อมูล ตีความข้อมูล สรุปข้อมูล และข้อมูลที่ไม่ชัดเจนวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไป โดยกลับไปสัมภาษณ์เพิ่มเติมครั้งต่อไปในรายเดิม

วันที่ 6 และ 7 มกราคม 2550 เข้าสู่สนามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนจากผู้ดูแล จากญาติ จากชุมชนแวดล้อม จนเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลและได้ข้อมูลที่มีความอิมตัว คือมีแบบแผนข้อมูลซ้ำกัน ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น นำเสนอข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษา และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้เลือกวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1987) อ้างถึงใน Streubert & Carpenterr, 2002) ซึ่งเชื่อในปรัชญาการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl โดยให้ความสำคัญกับผู้วิจัย มีขั้นตอน ดังนี้

1. ถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายแบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา (Transcribe) จากนั้นอ่านบทสนทนาเพื่อทำความเข้าใจ
2. อ่านบทสนทนาพร้อมกับฟังเทปซ้ำ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นอ่านบทสนทนาซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ (Make sense) ร่วมกับบันทึกในภาคสนาม เพื่อทบทวนเหตุการณ์และเพิ่มเติม (Supply) ข้อมูลที่อาจขาดหายไป

3. อ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัด แล้วให้รหัสข้อมูล โดยจัดประเภทของรหัสข้อมูลที่ได้มา เป็นคำรหัสสำหรับบริบทต่างๆ สิ่งแวดล้อม กำหนดรหัสนิยามสถานการณ์ รหัสกระบวนการ รหัสกิจกรรม รหัสเหตุการณ์

4. ดึงข้อความที่สำคัญ (Extracting Significant Statement) ที่กล่าวซ้ำ ๆ กันออกมา พยายามให้ความหมายที่เป็นไปได้ของแต่ละข้อความสำคัญ หรือประโยคนั้นให้ชัดเจนขึ้น (Try to Spell Out the Meaning)

5. ดีความข้อมูล จัดระบบความหมายของข้อความ เป็นกลุ่มประเด็น (Formulate Means into Cluster of Themes) โดยเขียนอธิบายประเด็นเป็นความเรียงอย่างละเอียด

6. เขียนบรรยายประเด็นที่ได้เป็นความเรียงให้มีความต่อเนื่อง กลมกลืน เพื่อให้เห็นถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล ซึ่งได้มาจากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการประชุมกลุ่มย่อย

7. กลับไปหาผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและตรวจสอบการแปลความหมายของผู้วิจัย แล้วกลับมาแก้ไขข้อมูลตรวจสอบ เขียนประเด็นข้อมูลและการแปลความหมายของผู้วิจัยเป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อึดตัว

8. เขียนสรุปรายงานวิจัย อธิบาย เชื่อมโยงระหว่างข้อมูลที่ได้ออกเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustwor Thiness)

การวิจัยครั้งนี้สามารถตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยดูจากรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility)

1.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัวและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ข้อมูลเข้าใจ

1.2 วางแผนและดำเนินงานตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวัง และมีขั้นตอน

1.3 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันและลดอคติจากผู้วิจัยตลอดเวลา โดยระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้พยายามจัดกรอบแนวคิด (Bracketing) เก็บความรู้ที่มีอยู่เดิมเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.4 นำข้อมูลกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย เปิดโอกาสให้อธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจน และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เก็บไม่ครบ

1.5 มีการตรวจสอบการดำเนินการวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งได้แก่อาจารย์ที่ปรึกษา โดยผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เริ่มตั้งแต่ นำข้อมูลที่บันทึกในแบบบันทึกการถอดความ ซึ่งได้มาจากการถอดความคำต่อคำ รวมทั้งการให้รหัสเบื้องต้น ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบการสัมภาษณ์และการให้รหัส แล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป และระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ ได้ พร้อมทั้งทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบ เป็นระยะ หลังจากที่ข้อมูลอิมตัว นำข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งผลการวิเคราะห์ไปให้อาจารย์ตรวจสอบ และปรับปรุงตามคำแนะนำ

2. การใช้เกณฑ์พึ่งพา (Dependability) ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและอธิบายให้เห็นถึง การทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน นำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนและครอบคลุมทำให้ผู้อ่านสามารถ ติดตามกระบวนการในการทำการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะการให้รหัส การสร้าง ประเด็นซึ่งได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

3. การยืนยันผลการวิจัย (Conformability) ประกอบด้วย

3.1 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และบันทึกไว้อย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit Trail) ทั้งการบันทึกข้อมูล การสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง การถอดเทป การสัมภาษณ์ แบบคำต่อคำ ข้อมูลการสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการอ่านบันทึก การถอดความพร้อมกับการฟังเทปซ้ำ

3.2 มีการทำ Field Note ในแบบบันทึกภาคสนาม โดยจดบันทึกความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามเป็นรายวัน เพื่อนำมาเตือนความทรงจำ เกี่ยวกับเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ ใช้ในการตีความ และวิเคราะห์ ข้อมูลตามความเป็นจริงที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล

3.3 อ้างคำพูด (Direct Quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล โดยการใช้ ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด เมื่อมีความจำเป็นต้องตัดคำพูดบางคำของผู้ให้ข้อมูลไป ผู้วิจัยมี ความประสงค์ในการกระทำเพื่อให้มีการสื่อความหมายที่กระชับชัดเจนขึ้น โดยที่ความหมายเดิม ไม่เปลี่ยนแปลง

3.4 การสรุปข้อมูลในขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การให้รหัสข้อมูล (Coding) การจัด กลุ่มข้อมูล (Category) การสรุปประเด็น (Theme) ได้รับการทบทวนจากอาจารย์ที่ปรึกษา และ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

4. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) งานวิจัยนี้ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่อาจนำผลการวิจัยไปปรับใช้กับกลุ่มที่มีบริบทใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ของผู้อ่านผลการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มแบบ Group Discussion คือการพูดคุยกันเป็นกลุ่มทั้งผู้รวบรวมข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลหลายๆ คน โดยไม่มีการสรุป การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) และการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จนข้อมูลอิ่มตัว และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ตามแบบของ Colaizzi (1987) ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ส่วน คือ ข้อมูลและบริบทส่วนบุคคล ประสบการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย ประสบการณ์ด้านพฤติกรรมในการดูแล และการเสริมสร้างพัฒนาการทางสังคมของผู้ป่วย การศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทนี้เป็นประเด็นที่ Sensitive ดังนั้น เพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล จึงต้องใช้รหัสผู้ให้ข้อมูลแทนชื่อที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

SC	แทน	ผู้ป่วยแต่ละราย
ID	แทน	ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก
SO	แทน	แทนผู้ดูแลรองซึ่งได้แก่ญาติ หรือสังคมแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละราย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูล และบริบทส่วนบุคคล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแล
2. สภาพบริบทสถานที่อยู่ของผู้ป่วย และผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย

1. การให้ความหมายกับโรคจิตเภท
2. ทักษะต่อโรค และการแสวงหาการรักษา
3. การยอมรับอาการป่วยทางจิต และรักษาด้วยยา
4. การยอมรับผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติ

1. การดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่ง
2. การส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง

3. การสังเกตอาการกำเริบ
4. ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย
5. การลดความตึงเครียดของผู้ดูแล

ส่วนที่ 4 การเสริมสร้างพัฒนาการทางสังคมของผู้ป่วย

1. การให้ความรักความเอื้ออาทรห่วงใย
2. การให้รางวัล คำชม และกำลังใจ
3. การให้โอกาสผู้ป่วยในการแสดงออก
4. การบำบัดตามความเชื่อทางศาสนา
5. งานกับการสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย

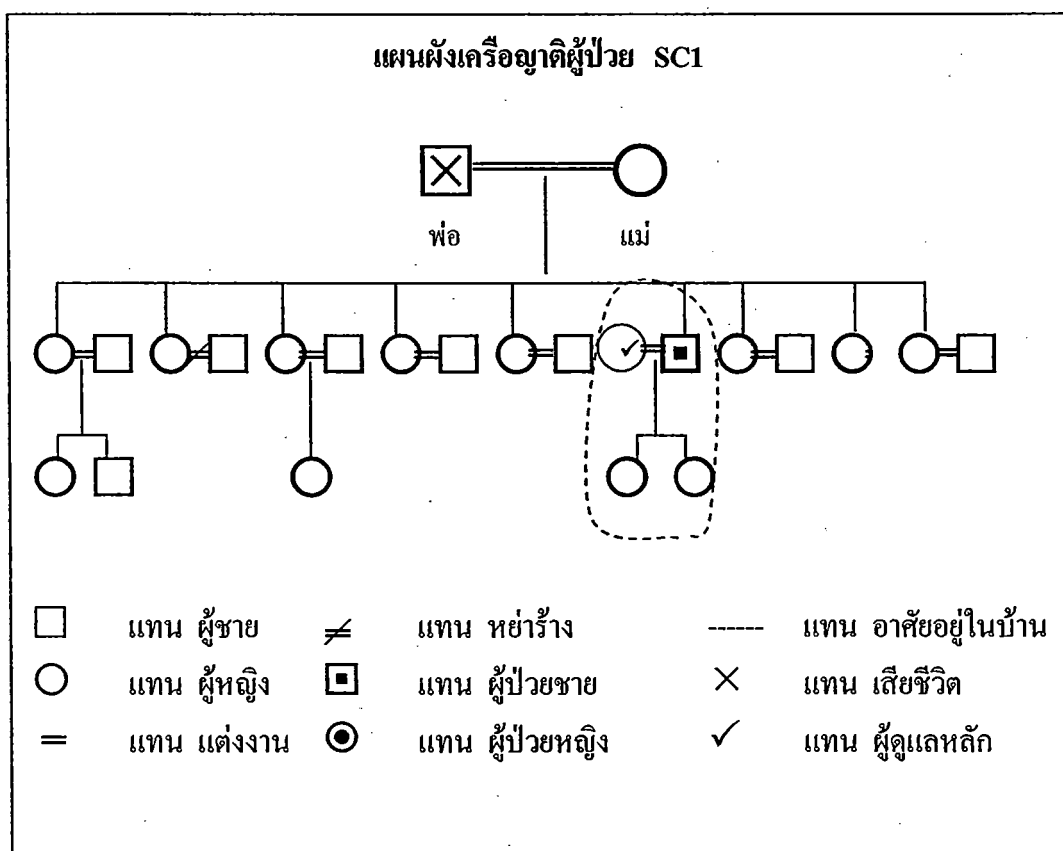
ส่วนที่ 1 ข้อมูล และบริบทส่วนบุคคล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแล

จากการศึกษาญาติของผู้ป่วย จำนวน 7 ครอบครัว ซึ่งได้นำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และญาติของผู้ป่วย ดังรายละเอียด ดังนี้

SC1 เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 49 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ สมรสแล้ว เริ่มมีอาการป่วยประมาณ 3 ปี ที่ผ่านมา สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยมีประวัติติดสารเสพติดประเภทยาบ้า เมื่อประมาณ 10 ปีก่อน และเสพยาอยู่ประมาณ 8 ปี หลังจากเลิกเสพยาประมาณ 2 ปี ประสบอุบัติเหตุโดนรถปิกอัพชน ทำให้ต้องออกจากงาน ขาดรายได้ และมีลูกซึ่งกำลังอยู่ในวัยเรียน 2 คน ทำให้เกิดอาการเครียด ส่งผลให้มีอาการทางจิต มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน กลัวคนใส่ยาพิษในกาแฟ อาละวาด จนภรรยานำส่งโรงพยาบาล ปัจจุบันผู้ป่วยรู้ตัวดี พยายามช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น สามารถประกอบอาชีพโดยทำขลุ่ยอยู่กับบ้าน มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นน้อย ไม่ค่อยออกสังคม

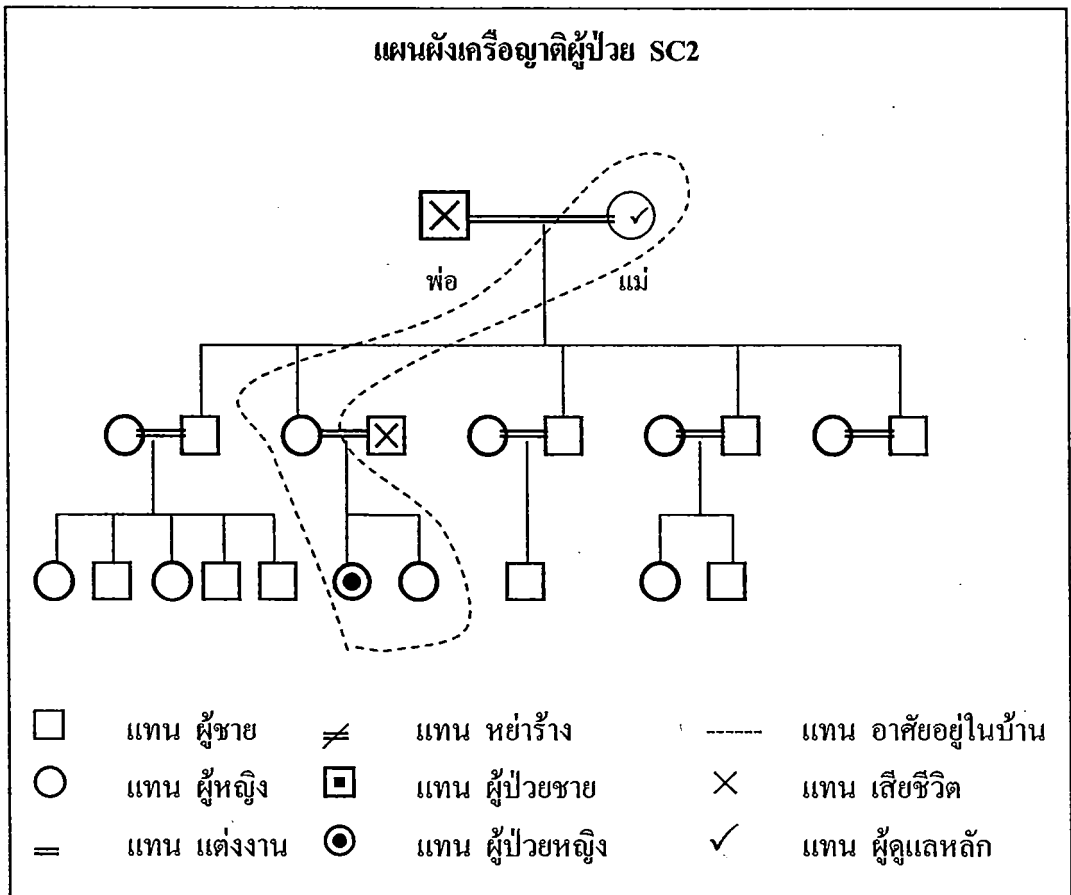
ID1 ผู้ดูแลผู้ป่วย SC1 เป็นหญิง อายุ 42 ปี ซึ่งเป็นภรรยาผู้ป่วย เรียนจบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพอุตสาหกรรมในครัวเรือน ทำขลุ่ยขาย ให้การดูแลผู้ป่วยมา 3 ปี ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิก 4 คน คือ ผู้ป่วยและภรรยาผู้ป่วย(ผู้ให้ข้อมูล) และลูกสาว 2 คน อายุ 16 และ 18 ปี ตามลำดับ ID1 เป็นผู้ดูแลหลัก ลูกสาว 2 คน เป็นผู้ดูแลรองและให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยมีญาติพี่น้องของผู้ป่วยซึ่งอยู่บ้านใกล้เคียงคอยให้กำลังใจครอบครัวอีกแรงหนึ่งด้วย ดังแผนผังความสัมพันธ์ของเครือญาติผู้ป่วย ดังนี้



ภาพที่ 1 แผนผังเครือญาติผู้ป่วย SC1

SC2 เป็นผู้ป่วยหญิง อายุ 38 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันประกอบอาชีพรับจ้างทำของขั้ว เป็นโสด เริ่มมีอาการป่วยประมาณ 5 ปี ที่ผ่านมา สาเหตุเกิดจากผิดหวังด้านความรัก จนเกิดอาการเครียด มีอาการก้าวร้าวอะอะไว้วาย ทำลายข้าวของ หูแว่ว พูดคนเดียว คุณยายจึงนำส่งโรงพยาบาล ปัจจุบันกินยาติดต่อกันจนไม่มีอาการหูแว่ว ไม่ก้าวร้าว ไม่ทำลายข้าวของ เชื่องช้า มีสมาธิสั้น สามารถดูแลตัวเองได้ ช่วยเหลืองานคุณยาย หารายได้เล็กๆ น้อยๆ ได้

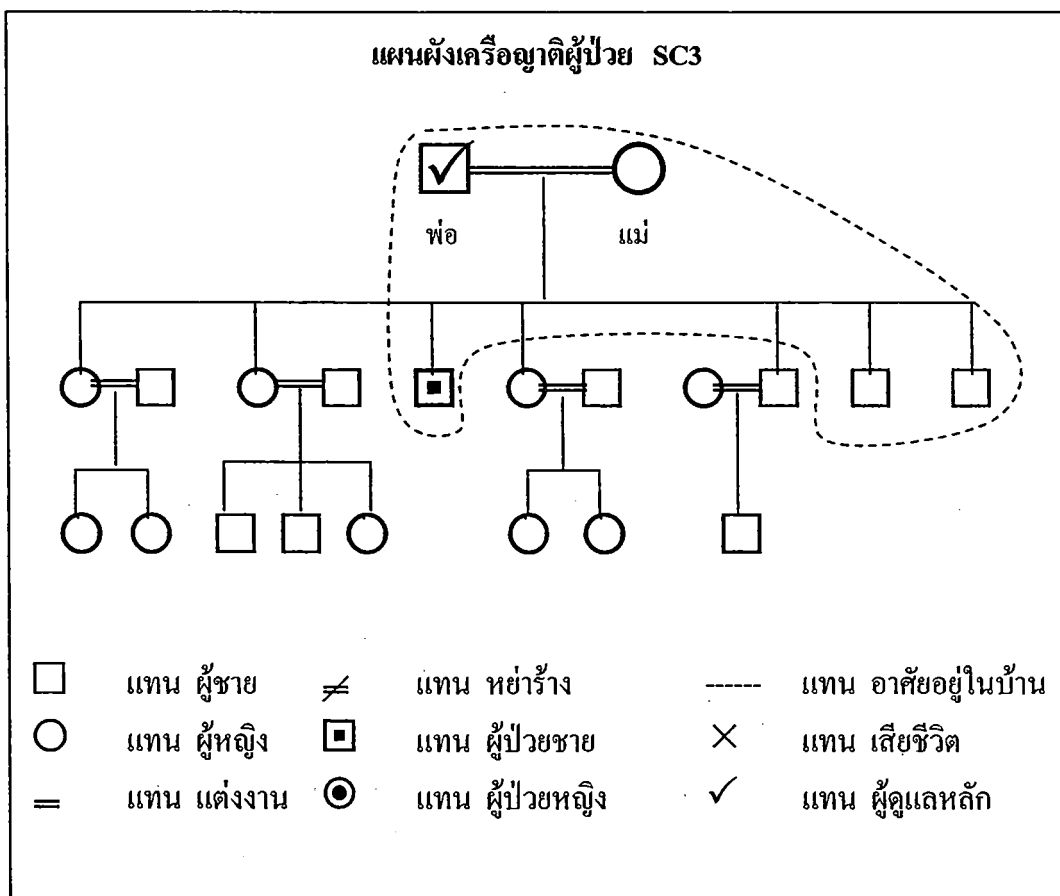
ID2 เป็นผู้หญิง อายุ 73 ปี มีศักดิ์เป็นยายของผู้ป่วย SC2 ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นครอบครัวใหญ่ ประกอบด้วย ญาติๆ อยู่บ้านติดกัน ประกอบด้วย บ้านของผู้ป่วย และญาติรวมกัน 4 หลัง พ่อของผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วผู้ป่วยอยู่ด้วยกันกับยาย แม่ น้องสาว แม่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และก่อสร้าง ยายปลูกผักเล็กๆ น้อยๆ ยายได้ดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่เด็ก น้องสาวผู้ป่วยเป็นครูพี่เลี้ยงเด็กของ อบต. ในหมู่บ้าน รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,000-4,500 บาท/เดือน ระดับฐานะทางเศรษฐกิจในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากชุมชนเป็นอย่างดี โดยเฉพาะบ้านใกล้เรือนเคียง ซึ่งเป็นญาติของแม่และยาย ที่เห็นใจและเข้าใจผู้ป่วยเป็นอย่างดี ดังแผนผังความสัมพันธ์ของเครือญาติ ดังนี้



ภาพที่ 2 แผนผังเครือญาติผู้ป่วย SC2

SC3 เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 37 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นโสด เริ่มมีอาการป่วยประมาณ 5 ปี ที่ผ่านมา สาเหตุเกิดจากติดสารเสพติด ภายหลังจากไปเกณฑ์ทหาร และรับจ้างทำงานต่างจังหวัด ผู้ป่วยมีภาวะเครียด หูแว่วกลัวคนจะมาทำร้าย เห็นภาพหลอน พูดคนเดียว พอนำส่งโรงพยาบาล ปัจจุบันกินยาติดต่อกันจนไม่มีอาการหูแว่ว เชื่องช้า มีสมาธิสั้น ชอบเก็บตัว สามารถดูแลตัวเองได้

ID3 เป็นพ่อของผู้ป่วย SC3 ซึ่งดูแลผู้ป่วยเป็นหลักมาโดยตลอด และยังมีน้องชาย ซึ่งเป็นผู้ดูแลรอง ที่บ้านยังมีคุณแม่ซึ่งอายุมาก เดินไปไหนมาไหนไม่สะดวกอีก 1 คน ผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และปลูสัตว์ ผู้ป่วยสามารถช่วยงานเล็กๆ น้อยๆ ในบ้านได้ หากผู้เป็นพ่อ ไข้ให้ทำ เมื่อมีเวลาว่างก็จะเก็บตัวเงียบอยู่คนเดียว ดังแผนผังความสัมพันธ์ของเครือญาติผู้ป่วย ดังนี้

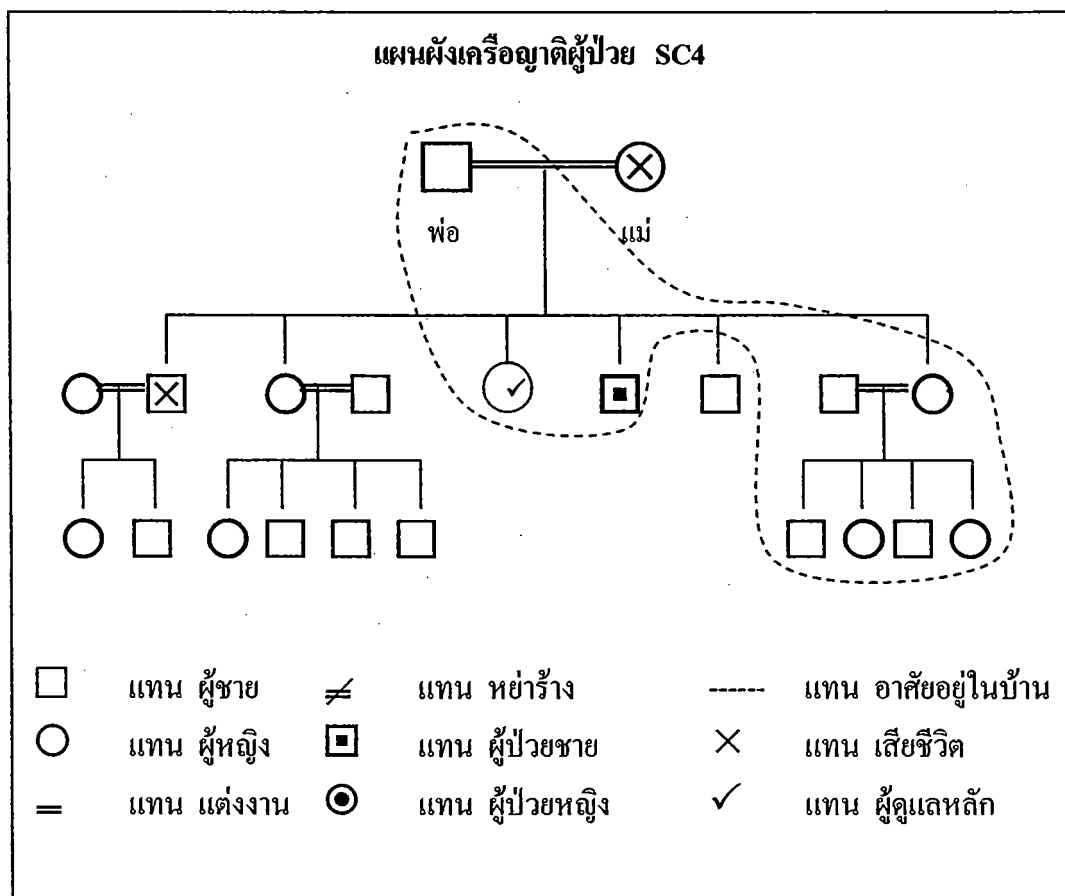


ภาพที่ 3 แผนผังเครือญาติผู้ป่วย SC3

SC4 เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 46 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นโสด เริ่มมีอาการป่วยประมาณ 10 ปี ที่ผ่านมา สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยมีภาวะเครียด หลังจากมาศึกษาต่อที่มหาวิทยาลัยรามคำแหง มีอาการก้าวร้าวอะอะโวยวาย ทำลายข้าวของ หูแว่ว พูดคนเดียว พี่สาวจึงนำส่งโรงพยาบาล และรับยาไม่ต่อเนื่องทำให้ต้องไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลอีกหลายครั้ง ปัจจุบันกินยาติดต่อกันจนไม่มีอาการหูแว่ว ไม่ก้าวร้าว ไม่ทำลายข้าวของ เชื่องช้า มีสมาธิสั้น สามารถดูแลตัวเองได้

ID4 ผู้ดูแลผู้ป่วย SC4 เป็นพี่สาวของผู้ป่วย อายุ 48 ปี มีอาชีพเกษตรกร (ปลูกผักและเลี้ยงวัว) ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการพาไปหาหมอที่โรงพยาบาล และรับกลับมาอยู่บ้าน ต้องอยู่กับผู้ป่วย นอนกับผู้ป่วย ดูแลทั้งวันทั้งคืน จนปัจจุบันสามารถช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆ น้อยได้บ้างแล้ว ในครอบครัวเป็นครอบครัวใหญ่ มีพ่อแม่พี่น้องและหลาน ๆ อยู่ด้วยกัน 9 คน แต่มีเพียง

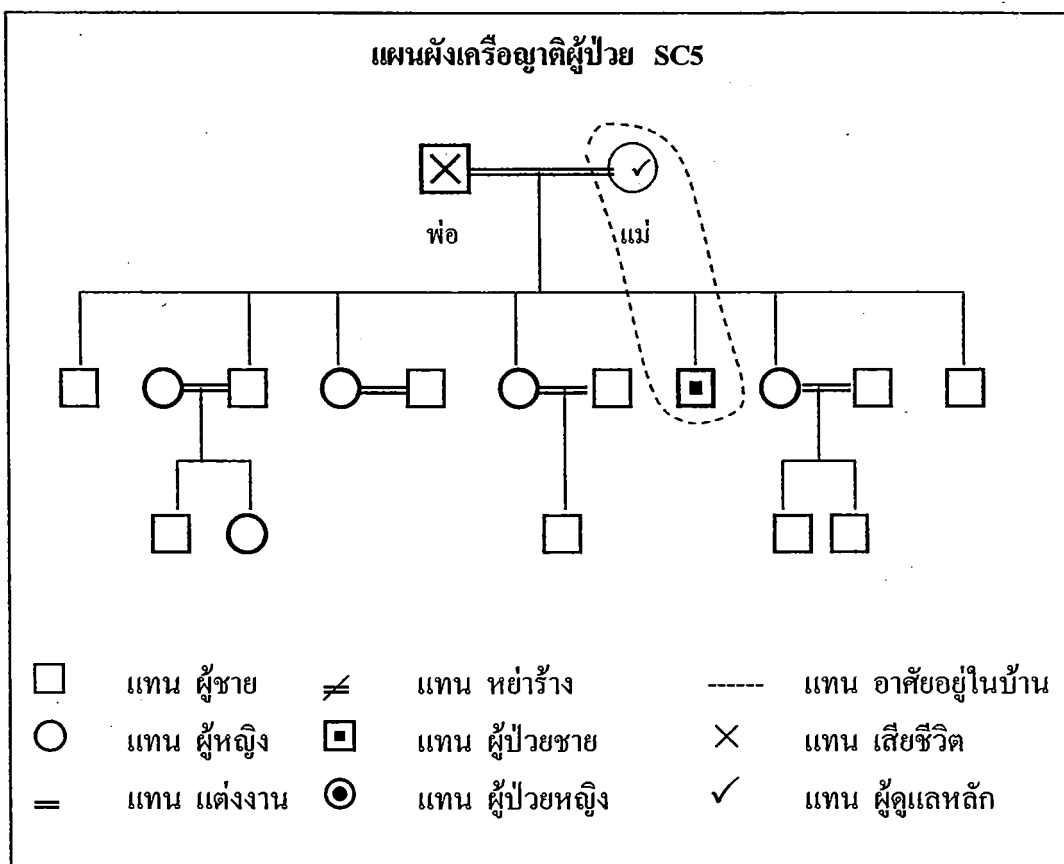
พี่สาวเท่านั้นที่ดูแลหลัก ทั้งยังต้องดูแลพ่อซึ่งอายุมากด้วย ส่วนหลาน ๆ ไม่ให้ความสนใจและยังมีอาการรังเกียจผู้ป่วยอยู่ ดังแผนผังแสดงความสัมพันธ์ของเครือญาติผู้ป่วย ดังนี้



ภาพที่ 4 แผนผังเครือญาติผู้ป่วย SC4

SC5 เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 48 ปี จบการศึกษาระดับ ปวช. ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นโสด เริ่มมีอาการป่วยประมาณ 8 ปี ที่ผ่านมามีประวัติเคยเสพยาบ้า มีอาการเครียดสาเหตุเกิดจากผู้ป่วยมีความเสียใจหลังจากพ่อเสียชีวิต จนกลายเป็นคนเก็บตัว มีภาวะเครียดง่าย ชอบทำลายข้าวของ หูแว่ว พูดคนเดียว จนญาติต้องนำส่งโรงพยาบาล ปัจจุบันต้องกินยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการหูแว่ว ไม่ก้าวร้าว ไม่ทำลายข้าวของ เชื่องช้า มีสมาธิสั้น สามารถดูแลตัวเองได้

ID5 ผู้ดูแลผู้ป่วย SC5 เป็นแม่ของผู้ป่วย อายุ 63 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันประกอบอาชีพรับจ้างทำของขั้วญ เริ่มดูแลผู้ป่วยประมาณ 5 ปี อยู่กับผู้ป่วยและพี่สาวของผู้ป่วยอีกหนึ่งคน มีบ้านญาติที่อยู่ในบริเวณที่ใกล้กัน 4 ครอบครั้ว ผู้ป่วยเป็นที่รักและเอ็นดูของญาติ ๆ ดังปรากฏในแผนผังแสดงความสัมพันธ์ของเครือญาติผู้ป่วย ดังนี้

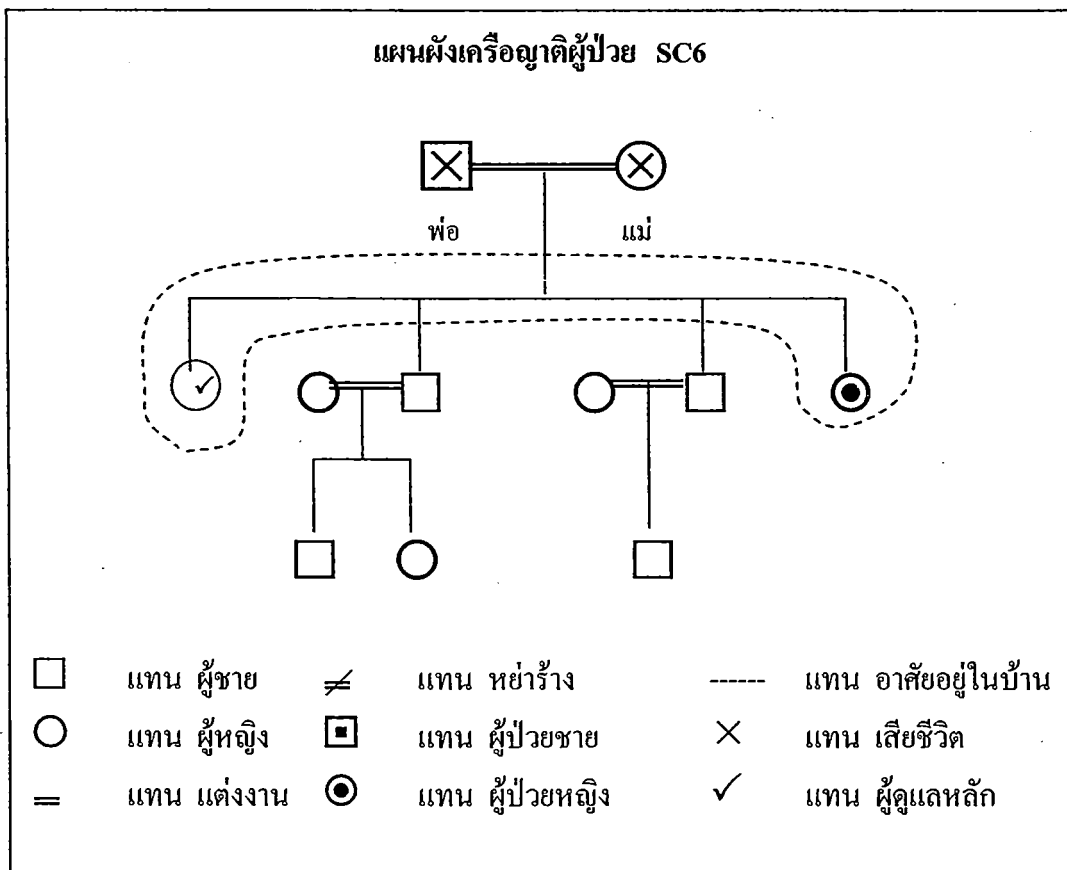


ภาพที่ 5 แผนผังเครือญาติผู้ป่วย SC5

SC6 เป็นผู้ป่วยหญิง อายุ 40 ปี จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ สถานภาพโสด เริ่มมีอาการผิดปกติทางจิตชนิดซึมเศร้า เมื่อ 2 ปีที่ผ่านมา มีภาวะเครียดนอนไม่หลับ หิวแหว่ ไม่ยอมมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ยอมออกจากบ้านไปไหน มีความวิตกกังวลสาเหตุของการเจ็บป่วย เนื่องจากไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงจากภาวะที่ต้องรับผิดชอบต่อครอบครัว รู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า ทำให้ป่วยเป็นโรค เมื่อมีอาการดีขึ้น ก็ได้ไปทำงานโรงงานกึ่งจังหวัดสมุทรสาคร ทำงานได้ 2 เดือน ก็ออกมาช่วยทำงานที่บ้าน มาอยู่บ้านก็เริ่มมีอาการ หิวแหว่ นั่งร้องไห้ ญาติพาปรึกษาตัวที่โรงพยาบาล ไม่ยอมรับประทานยา เมื่ออาการมากขึ้น จึงเริ่มรับประทานยา ปัจจุบันรับยาที่โรงพยาบาลราชบุรีมาตลอด สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันส่วนตัวได้

ID6 ผู้ดูแลผู้ป่วย SC6 เป็นพี่สาวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นโสด อายุ 46 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ผู้ดูแลผู้ป่วยมาประมาณ 5 ปี ตั้งแต่เริ่มมีอาการป่วย อยู่ที่บ้าน ช่วงแรกที่ป่วย ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง ทั้งการดูแลร่างกาย จิตใจ และ

เศรษฐกิจของครอบครัว จนปัจจุบันสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และสามารถประกอบอาชีพได้เล็กน้อย โดยแกะผักมะขามเปียกป็น ส่งขายได้เงินพอเลี้ยงตัวเองได้ ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยกันกับพี่สาวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ดังแผนผังแสดงความสัมพันธ์ของเครือญาติผู้ป่วย ดังนี้

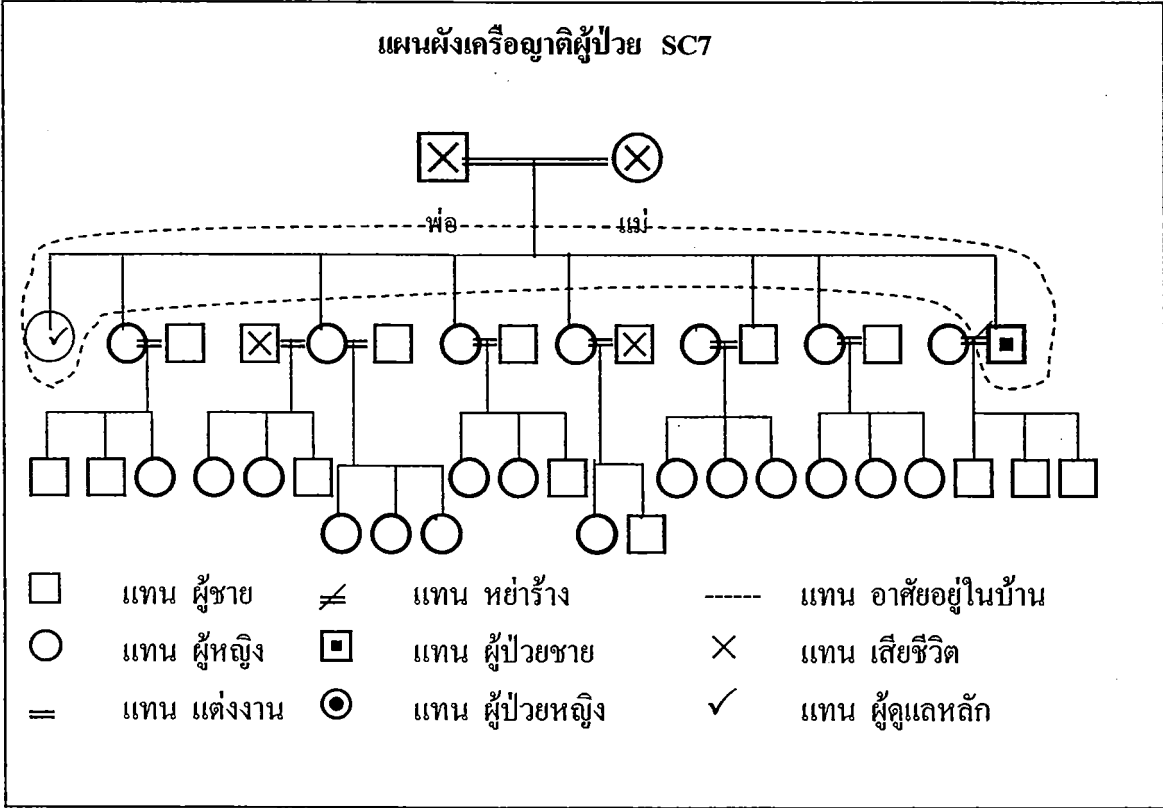


ภาพที่ 6 แผนผังเครือญาติผู้ป่วย SC6

SC7 เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 50 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ สมรสแล้ว มีบุตร 3 คน เริ่มมีอาการป่วยประมาณ 10 ปี ที่ผ่านมา สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยมีประวัติติดสุรา เนื่องจากภาวะเครียดที่ต้องแยกทางกับภรรยา ต่อมามีอาการก้าวร้าวอะอะไว้วาย ทำลายข้าวของ นูแ่วว พุดคนเดียว ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล และรับยาไม่ต่อเนื่องทำให้ต้องไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลอีกหลายครั้ง ปัจจุบันยังมีอาการนูแ่วว ไม่ก้าวร้าว ไม่ทำลายข้าวของ เชื่องช้า มีสมาธิสั้น

ID7 เป็นผู้หญิง อายุ 72 ปี มีศักดิ์เป็นพี่สาวของผู้ป่วย SC7 ประกอบอาชีพทำนา และรับจ้างทั่วไป ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิต อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับภรรยา และพี่สาว

ซึ่งพี่สาวและภรรยา มีปากเสียงกันบ่อย ทำให้ต้องแยกทางกันกับภรรยา ID7 อยู่ด้วยกันกับผู้ป่วย SC7 ได้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ต้น เป็นระยะเวลากว่า 2 ปี มีลูก ๆ หมุนเวียนกันมาเยี่ยมและนำเงินมาให้ใช้จ่าย เกือบทุกสัปดาห์ ซึ่งความสัมพันธ์ในเครือญาติของผู้ป่วย ดังปรากฏในแผนผัง ดังนี้



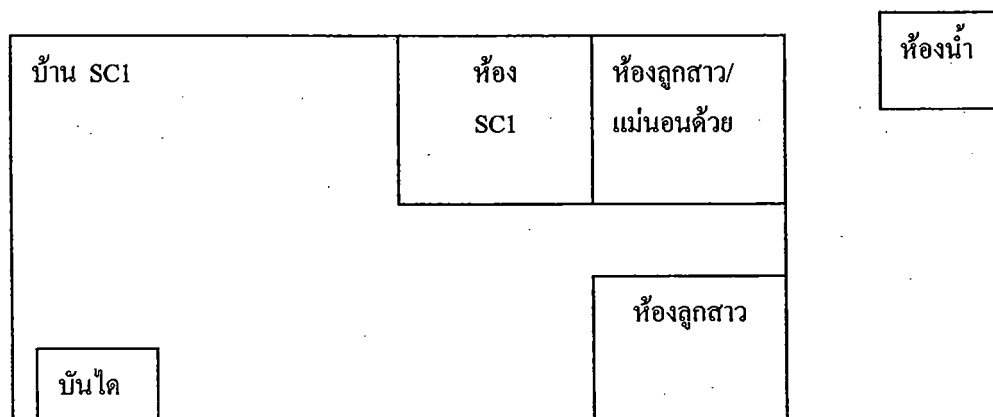
ภาพที่ 7 แผนผังเครือญาติผู้ป่วย SC7

จากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นญาติที่ใกล้ชิด เมื่อดูจากแผนผังความสัมพันธ์ในเครือญาติของผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลหลัก ได้แก่ พ่อแม่ พี่สาว และยาย ซึ่งจากการสังเกตจะพบว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มากกว่าผู้ชาย นอกจากผู้เป็นพ่อ จะให้การดูแลหลักกับผู้ป่วยบางราย ส่วนบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยเป็นผู้ดูแลรอง นอกจากนี้ยังมีญาติพี่น้องที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด ยังเป็นผู้ดูแลรองในชุมชน ซึ่งมักจะอาศัยอยู่ในบริเวณบ้านที่ใกล้เคียงกัน

2. สภาพบริบทของสถานที่อยู่ของผู้ป่วย และผู้ดูแล

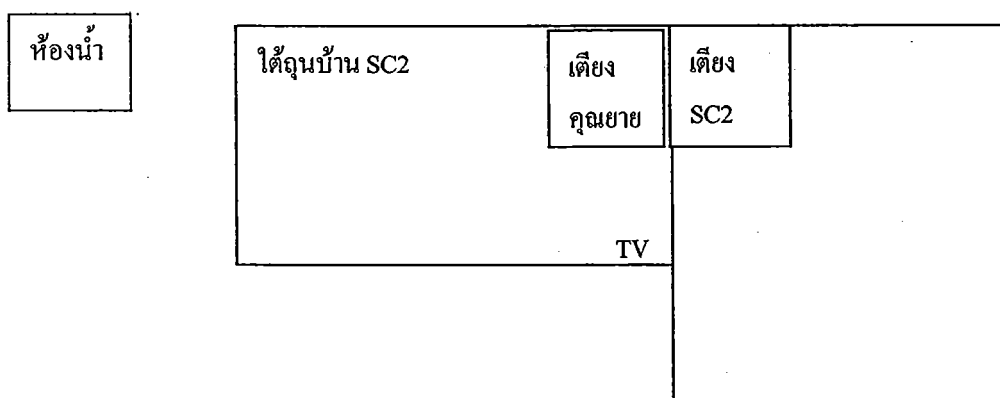
จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต พบว่า ผู้ป่วย SC1 อาศัยบ้านไม้ 2 ชั้น ได้ถุนสูง ซึ่งผู้ป่วยจะนอนอยู่ชั้นบนซึ่งเป็นห้องที่กั้นด้วยผ้าม่าน ปูเสื่อ กางมุ้งเล็ก ๆ สำหรับคน 1 คน

และภรรยาจะนอนอยู่กับลูกสาว เหตุเพราะผู้ป่วยหงุดหงิดง่าย โมโหร้าย พุดจาเสียงดัง บางครั้งก็จะพยายามทำร้ายร่างกายคนรอบข้าง ภรรยาจะคอยห้ามปรามอยู่เป็นประจำ ซึ่งสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนบ้านของผู้ป่วย ปรากฏดังแผนภาพ ดังนี้



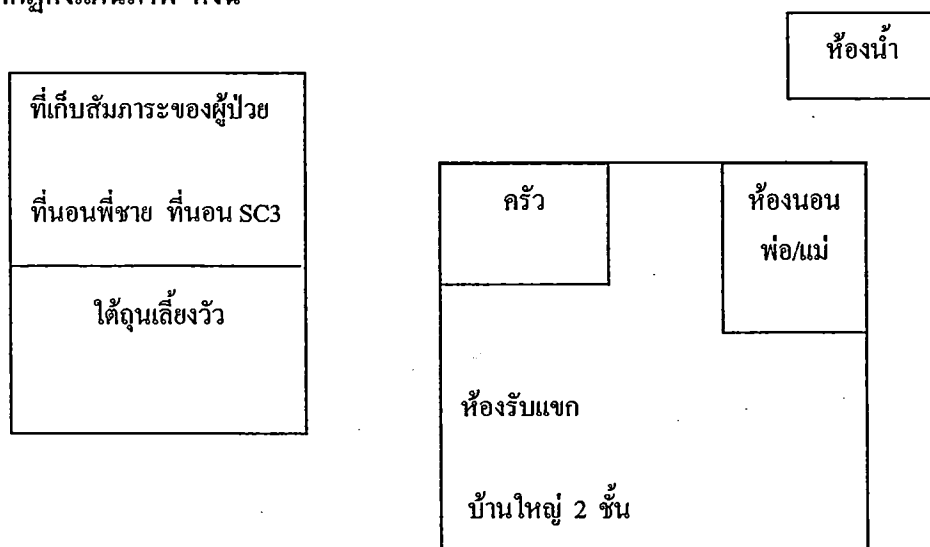
ภาพที่ 8 แผนผังสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วย SC1

SC2 อาศัยอยู่กับคุณยาย ซึ่งเป็นบ้านไม้ ใต้ถุนสูง โดยจะกางมุ้งนอนอยู่ที่ใต้ถุนบ้านกับคุณยาย ส่วนแม่กับน้องสาวจะนอนในห้องที่บนบ้าน ยายจะคอยดู คอยสังเกตอยู่โดยตลอด พอลุกขึ้น คุณยายก็จะถามว่าจะลุกไปไหน ไปปีสสาวะ โดยปกติก็จะไม่ลุกจากที่นอน บางครั้งคุณยายจะนอนจับมือไว้ เพื่อไม่ให้เครียด ซึ่งสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนบ้านของผู้ป่วย ปรากฏดังแผนภาพ ดังนี้



ภาพที่ 9 แผนผังสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วย SC2

SC3 อาศัยอยู่ในกระท่อมเล็ก ๆ กับพี่ชาย ซึ่งบ้านใหญ่เป็นบ้านไม้ราคาแพง 2 ชั้น 1 หลัง ชั้นบนปล่อยให้ว่างไม่มีคนอยู่ ชั้นล่าง พ่อแม่ของผู้ป่วยอาศัยอยู่ มีห้องรับแขก และห้องครัว ส่วนผู้ป่วยกับพี่ชายอาศัยอยู่ในกระท่อมเล็ก ๆ ซึ่งด้านล่างเป็นที่ผูกวัวในตอนกลางคืน ด้านบน พี่ชายกับผู้ป่วยใช้หลับนอน โดยจะมีมุ้งอยู่ คนละ 1 หลัง เนื่องจากผู้ป่วยมีโลกส่วนตัวสูงมาก ไม่ชอบอยู่ด้วยกับคนอื่น ชอบเก็บตัวเงียบอยู่คนเดียว แม้ตอนกลางวันหากไม่มีงานทำ หรือพ่อไม่ใช้ให้ทำงาน ก็จะนอนอยู่บนที่นอนของตนเอง ซึ่งสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนบ้านของผู้ป่วย ปรากฏดังแผนภาพ ดังนี้

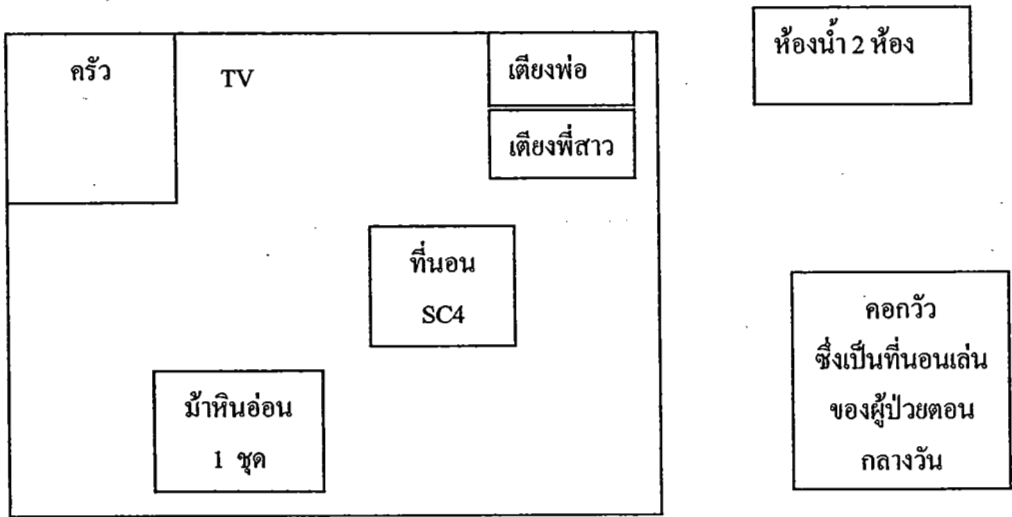


ภาพที่ 10 แผนผังสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วย SC3

SC4 อาศัยอยู่ในครอบครัวใหญ่ อาศัยบ้านไม้ 2 ชั้น มีใต้ถุนสูง ที่บ้านมีพี่สาว 2 คน หลาน ๆ 4 คน พ่อ พี่สาว และหลานอีก 4 คน อาศัยอยู่บนบ้าน ส่วนพี่สาวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น นอนใต้ถุนบ้านกับผู้ป่วย ซึ่งใต้ถุนบ้านมีเตียง 2 เตียง เตียงหนึ่งเป็นของพ่อของผู้ป่วย ซึ่งเป็นซึ่งชรามากแล้ว ไม่สามารถขึ้นไปนอนบนบ้านได้ ส่วนอีกเตียงเป็นของพี่สาวผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนตัวผู้ป่วยเองนั้น ใช้เสื่อปูกับพื้นดิน และใช้มุ้งเล็ก 1 หลัง กางนอนกันยุง ผู้ป่วยชอบนอนกับพื้นดิน จะไม่ยอมนอนบนเตียงเหมือนคนอื่น ๆ และที่นอนผู้ป่วยจะมีหมอนหนุน 1 ใบ หมอนข้าง 1 ใบ ไม่มีผ้าห่ม เพราะผู้ป่วยจะไม่ชอบห่มผ้า โดยให้เหตุผลว่าอึดอัด ID4 เล่าให้ฟังว่า

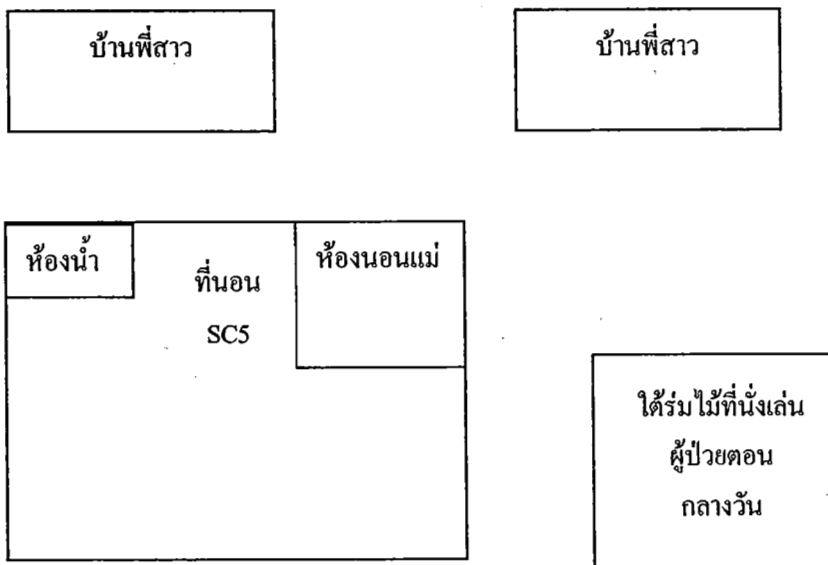
“SC4 ตั้งแต่เขาป่วยมา เขาจะไม่ชอบนอนบนบ้าน หรือนบนเตียง เขาบอกว่ามันอึดอัด นอนไม่สบาย เขาจะปูเสื่อนอนบนพื้นดิน เขาบอกว่าเย็นสบาย บางครั้งจะไม่กางมุ้ง แต่เราเห็นว่ากลัวยุงจะกัด จึงให้เขากางมุ้ง ก็ชอบอยู่มอมแมมอย่างนี้แหละ นี่ที่นอนของเขา” (ID4, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2550)

ซึ่งสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนบ้านของผู้ป่วย ปรากฏดังแผนภาพ ดังนี้



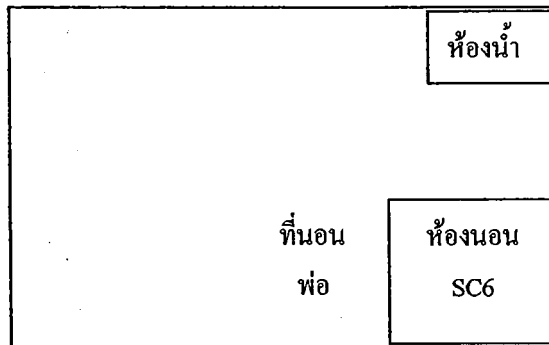
ภาพที่ 11 แผนผังสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วย SC4

SC5 ซึ่งอาศัยอยู่กับแม่ วัย 63 ปี ซึ่งบริเวณใกล้ ๆ มีบ้านของพี่สาวอีก 2 คน 2 หลังคาเรือน ตัวผู้ป่วยเองอยู่บ้านคอนกรีต ชั้นเดียว กับแม่ 2 คน ซึ่งแม่ของผู้ป่วยจะนอนในห้องนอน ส่วนตัวผู้ป่วยเองหลังจากการเจ็บป่วยแล้ว ก็นอนข้างนอกมาโดยตลอด เพราะข้างในห้องนอนร้อนอบอ้าว ผู้ป่วยนอนไม่หลับ ซึ่งลักษณะบ้านและที่นอนของผู้ป่วย เป็นดังนี้



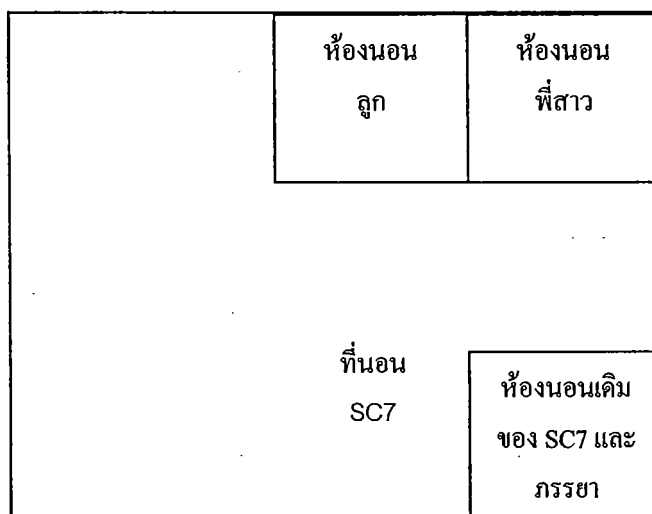
ภาพที่ 12 แผนผังสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วย SC5

SC6 อาศัยอยู่ในบ้านกับพ่อวัย 64 ปี ซึ่งผู้ป่วยชอบเก็บตัวอยู่คนเดียวที่บ้าน ไม่ค่อยออกไปไหน บ้านของผู้ป่วยเป็นบ้านคอนกรีตชั้นเดียว ผู้ป่วยจะนอนชั้นบนกับพ่อ โดยผู้ป่วยจะนอนอยู่ในห้องคนเดียว และพ่อจะนอนอยู่ข้างนอก เพื่อสังเกตผู้ป่วยไม่ให้ออกไปไหน จะได้คอยระมัดระวังได้ ซึ่งลักษณะบ้านและที่นอนของผู้ป่วย ซึ่งสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนบ้านของผู้ป่วย ปรากฏดังแผนภาพ ดังนี้



ภาพที่ 13 แผนผังสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วย SC6

SC7 อาศัยอยู่กับพี่สาว 2 คน โดยบางครั้งจะมีลูก ๆ หมุนเวียนมาเยี่ยมและพักด้วยที่บ้าน ลักษณะบ้านของผู้ป่วยเป็นบ้านไม้ 2 ชั้น ทุกคนจะนอนบนบ้าน โดยจะมีห้องของพี่สาว ห้องของลูก ส่วนผู้ป่วยเองนั้น จะนอนด้านนอก จะไม่ชอบนอนในห้อง ซึ่งสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนบ้านของผู้ป่วย ปรากฏดังแผนภาพ ดังนี้



ภาพที่ 14 แผนผังสภาพแวดล้อมที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วย SC7

จากการสังเกตจะเห็นได้ว่าที่อยู่หลับนอนของผู้ป่วยถูกแยกออกจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว มีเพียงผู้ดูแลหลักที่หลับนอนอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งดูเหมือนว่าผู้ป่วยจะเป็นที่รังเกียจของสมาชิกในครอบครัว แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวพบว่าพบว่ ภายหลังจากมีอาการป่วยแล้ว ผู้ป่วยจะไม่ชอบนอนในห้องนอน ซึ่งเดิมเคยนอนอยู่ ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยมีความรู้สึกอึดอัด คับแคบ ร้อนรุ่ม จึงมักจะมานอนข้างนอกห้อง หรือใต้ถุนบ้าน ซึ่งบ้านส่วนใหญ่เป็นบ้านไม้ใต้ถุนสูง จึงมีลมพัดผ่านได้สะดวก โปร่ง เย็นสบาย แต่ก็จะมีผู้ดูแลหลักให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยจะกินอยู่หลับนอนด้วยกันกับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์ด้านการรับร้การเจ็บป่วย

การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไรนั้น ต้องผ่านการให้ความหมายต่ออาการของโรค การให้ความหมายต่อโรคจิตเภท และการให้ความหมายหรือทัศนคติต่อการรักษา จึงจะนำไปสู่การปฏิบัติตามความหมายที่ได้ให้ไว้

1. การให้ความหมายกับโรคจิตเภท

การทำความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติ

การเจ็บป่วยทางจิตเป็นความเจ็บป่วยที่อยู่ภายใน ยากที่จะรับรู้ถึงอาการ และการเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน ซึ่งจะแตกต่างจากการเจ็บป่วยทางกายที่ญาติและตัวผู้ป่วยเองสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน ส่วนความผิดปกติทางจิตนั้นญาติที่มีความใกล้ชิดจะเป็นผู้มีส่วนในการรับรู้และตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงได้มากกว่าตัวผู้ป่วย การที่ญาติจะสังเกตและรับรู้ว่าการกระทำหรือพฤติกรรมแบบใดจัดว่าเป็นการกระทำหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยญาติรับรู้ถึงการกระทำหรือพฤติกรรมนั้นได้ ดังต่อไปนี้

ก. อาการหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากชีวิตประจำวัน ได้แก่ การดำเนินชีวิตประจำวันหรือปกตินิสัยของผู้ป่วยที่มีความเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในทางที่แตกต่างจากปกติเป็นอันมาก เช่น อาการที่นอนไม่หลับในเวลากลางคืน การเดินไปเดินมาตลอดทั้งคืน ไม่ใส่ใจในการดูแลตนเองในเรื่องของความสะอาด กลัวไม่กล้าออกจากบ้านหวาดวิตกกังวลจะมีใครมาทำร้าย ถูกรีดผ้าอยู่ตลอดเวลา เก็บตัวอยู่คนเดียว พูดคนเดียว หูแว่วได้ยินเสียงที่น่ากลัวที่คนอื่น ๆ ไม่ได้ยินด้วย ญาติได้สะท้อนอาการขั้นต้นของผู้ป่วยที่เริ่มมีความผิดปกติ ที่แตกต่างกัน เช่น

“สามีนอนไม่หลับมา 3-4 วัน ตาตุกโพรง ตาแข็ง แต่ดูลอย ไม่ยอมหลับ
ติดต่อกันหลายวันหงุดหงิดไม่ยอมทำอะไร แรกกินข้าวยังไม่อยากกินเหมือนคน

“ไม่มีความรู้สึกอะไรเลย ถามก็ไม่ยอมพูดด้วย เดินไปมาเหมือนกลัวหรือวิตกกังวลอะไรอย่างมาก” (ID1, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

“เขาไม่ยอมนอน เดินไปเดินมาทั้งคืน บอกว่ามีคนจะมาทำร้าย เดินถือมีดตลอด เพราะเขากลัวคนทำร้าย กลัวจะถูกจับส่งตำรวจ มีแต่ที่เท่านั้นที่เขาฟัง คนอื่นไม่กล้าเข้าใกล้ เพราะกลัวเขา (ผู้ป่วย) ทำร้ายเอา เพราะเขาถือมีดและเดินบนพรมพริ้วตลอดเวลา” (ID4, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

“อยู่ ๆ เขาก็ไม่ยอมอาบน้ำเลย แรก ๆ ก็ไม่ได้ใส่ใจอะไร แต่เขาเก็บตัวเงียบ ไม่ยอมอาบน้ำเป็นเดือน อารมณ์หงุดหงิดง่าย โวยวาย หนักเข้าก็ ทำลายข้าวของ และระแวงจะทำร้ายทุกคนที่อยู่ใกล้จนน่ากลัว” (ID5, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ลูกผมตั้งแต่กลับจากทหารมาชอบเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่ยอมพูดจากับใคร เมื่อมีอาการจะดำทุกคนที่เข้าใกล้ แม้แต่พ่อแม่ โวยวายทุบโต๊ะ ทุบตู้ เสียหายหมด” (ID3, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

“ไม่ยอมออกไปไหน อยู่แต่ในห้องอากาศก็ร้อนแต่ยังเอาผ้าห่มมาห่ม บอกว่ากลัวคนจะมาทำร้าย” (ID6, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

ข. ความผิดปกติของการสื่อสารและการกระทำ การที่ไม่สามารถสื่อสารหรือทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือกระทำได้ ญาติรับรู้ว่าการผิดปกติจากลักษณะดังกล่าว เช่น พูดคนเดียว พูดเพื่อเจอ พูดไปเรื่อยญาติไม่สามารถเข้าใจได้ว่าพูดอะไร

“หลานชายไม่ยอมนอนเวลากลางคืน ถือไม่ยันอนอยู่ที่หน้าประตูบ้าน เมื่อถามก็บอกว่า มีคนจะเข้ามาขโมยของในบ้าน บางครั้งก็พูดคนเดียว ถามเขา เขาก็บอกว่าคุยกับเทพ” (ID5, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

“เขาชอบเก็บตัว และมักจะนั่งคุยอยู่คนเดียวเป็นเวลานาน ๆ คุยเรื่อยเปื่อยไม่รู้เรื่อง เมื่อหลาน ๆ เข้าไปใกล้ก็จะแสดงอาการเกลี้ยกราดใส่ จนไม่มีใครกล้าเข้าใกล้นอกจากพี่” (ID4, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“สังเกตพบว่าเขาแต่งตัวจะไม่เข้าชุดกันแต่งหน้าทาปากแดงแจ๋ไม่เหมือนคนปกติ คุยไม่รู้เรื่อง เหมือนคุยอยู่คนเดียว คนอื่นถามหรือจะพูดด้วยก็พูดไม่รู้เรื่อง หากบอกว่าพูดไม่รู้เรื่องก็จะพาลโกรธ” (ID6, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

ในส่วนของผู้ป่วยเอง แต่ละรายได้กล่าวถึงประสบการณ์ที่ตนประสบในขณะที่ถูกมองว่าผิดปกติไปต่าง ๆ กันและกล่าวว่าประสบการณ์ที่ตนประสบนั้นเป็นเรื่องจริง แต่คนอื่น ๆ ไม่เข้าใจ ซึ่งเขาได้เล่าให้ญาติผู้ที่มีความใกล้ชิด และเข้าใจเขา รับฟังเขา และเป็นคนที่เขาเชื่อถือใจที่สุด ได้รับฟัง

“ลูกเล่าให้ฟังว่า เขารู้สึกตัวว่ามีอาการประสาทหลอน เวลาได้ยินเสียงหออรรถ ตำรวจมาจะกลัว กลัวตำรวจ กลัวคนใหญ่คนโตจะมาจับ เขาจะหลบเข้าห้อง หรือหนีไปไกล ๆ ผมคิดว่าน่าจะเกิดจากการสับสนมาก ตั้งแต่สมัยที่เป็นทหารเกณฑ์” (ID3, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“เครียดนอนไม่หลับหลายวัน เมื่อมีอาการได้ยินเสียงน่ากลัว เหมือนมีคนสั่งให้ทำร้ายตัวเอง เราได้ยินแต่คนอื่นไม่ได้ยิน”(ID5, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

“เขาบอกว่า มีคนจะทำร้าย เขากลัวที่จะกินกาแฟ เพราะกลัวว่าจะมีใครเอายาพิษมาใส่ให้เขากิน ตอนนอนกลางคืน เขาก็นอนไม่หลับ กลัวว่าจะมีใครมาทำร้าย เขาบอกว่าเขาได้ยินเสียงคนจะเข้ามาทำร้ายเขา เมื่อเขานอนหลับ เขาก็ไม่กล้านอน” (ID1, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

จากการสนทนากลุ่ม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่สถานีอนามัย ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม พูดตรงกันว่า รู้ได้ว่าผู้ป่วย มีอาการป่วยทางจิตเพราะพฤติกรรมที่เขาแสดงออกผิดปกติ

“มีอาการเหม่อลอย จะเห็นสิ่งโน้นสิ่งนี้ ทุกอย่างดูน่ากลัวไปหมดสำหรับเขา ไม่ยอมนอน เพราะเขาบอกว่ากลัว ได้ยินเสียงที่ไม่มีใครได้ยิน เขาเคยบอกให้เราฟังดู แล้วถามว่าได้ยินไหม ตอนหลังเราถึงรู้ว่าเป็นอาการของโรคหูแว่ว” (ID2, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ลูกชาย เขาจะไม่ยอมอาบน้ำ เป็นโรคกลัวน้ำไปเลย จากที่เคยดูแลตัวเองสะอาด กลับเป็นคนไม่ดูแลตนเอง ทำตัวมอมแมมสกปรก ผมก็ไม่ยอมตัด ปัจจุบันก็ต้องหลอกล่อว่าพยาบาลสาวจะมาตรวจเขาถึงจะยอมตัดผม อาบน้ำแต่งตัวบ้าง” (ID5, Focus Group 14 พ.ย. 2549)

“จะไม่กินอาหารจากคนอื่น เพราะกลัวคนจะใส่ยาเบื่อในอาหาร เขาเป็นโรคหวาดกลัว หวาดระแวงทุกอย่างแม้กระทั่งคนในครอบครัว เข้าใกล้ไม่ได้จะเอาของขว้างปาใส่”(ID1, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

การบรรยายถึงประเภทของสาเหตุเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตของญาติซึ่งเป็นบุคคลนัยสำคัญ มีแนวโน้มที่อธิบายว่า สาเหตุสำคัญคือปัญหาในชีวิตประจำวันและความเชื่อเดิมในเรื่องสิ่งลึกลับ ขณะที่ญาติผู้ป่วยพยายามอธิบายว่าอาการต่าง ๆ มาจากสาเหตุภายนอกตัวผู้ป่วย จะเห็นว่าญาติตีความ “อาการหรือพฤติกรรม” อย่างสงสัยและไม่เข้าใจ ว่าเกิดอะไรขึ้นซึ่งเป็นพฤติกรรมแปลกไปกว่าพฤติกรรมปกติที่เคยปฏิบัติอยู่ จึงพยายามหาเหตุผล หากคำอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมดังกล่าว ว่าเป็นอะไรหรือเป็นเพราะอะไรซึ่งการอธิบายที่พบคือพยายามอธิบายถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย ซึ่งญาติได้กล่าวถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย ซึ่งพบว่ามีสาเหตุหลัก 3 ประการ ดังนี้

1. ไสยศาสตร์
2. ความเครียด
3. ยาเสพติด

1. ไสยศาสตร์ เมื่อพบอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับญาติของตน ญาติสันนิษฐานว่าเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดจากสิ่งเร้าลับเหนือธรรมชาติ โดยเชื่อว่า โคนของ โคนคุณไสย ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในระยะแรกของการเจ็บป่วย โดยในระยะแรกนี้ ผู้ให้ข้อมูลจะสังเกตเห็นถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ที่ผิดไปจากปกติชีวิตประจำวัน ผิดปกติไปจากนิสัยที่แท้จริงของผู้ป่วย เมื่อไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง หากคำอธิบายกับอาการผิดปกติไม่ได้ จึงอธิบายด้วยความผิดปกติเหนือธรรมชาติตามความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับไสยศาสตร์ เช่น โคนของ โดยคุณไสยผีเข้า ดังคำกล่าวของผู้ดูแล

“ตอนแรกเข้าใจว่า เขาโดนของหลังจากกลับมากจากทหาร เพราะอยู่ดี ๆ เขาก็ออกมาขี้นิ่งตากแดด ไม่ยอมพูดจากับใคร เดียวก็หัวเราะ เดียวร้องไห้”
(ID3, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

“แรก ๆ ยายคิดว่าผีเข้า เขาพูดอยู่คนเดียว ยายถามก็บอกว่าพูดอยู่กับเทพ มีเทพมาคุยด้วยกับเขา สั่งเขาให้ทำงานให้ บอกให้กำจัดคนชั่วให้หมดไปเขาได้ ยินเขาเพียงคนเดียว พูดคุยกับ ญาติ ๆ ก็เข้าใจว่าโดนของ หรือโดนผีเข้า”
(ID5, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

ไม่มีเงิน มักจะบ่นว่าเป็นภาระของครอบครัว เครียดจัด วิตกกังวล จนเก็บตัวเงียบ อยู่คนเดียว ไม่ยอมออกไปไหน” (ID6, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“เขามีปัญหาทะเลาะกับเมียบ่อย ๆ เพราะเขาเชื่อพี่สาว เขาอยู่บ้านเดียวกันกับ พี่สาวและเมีย จนเมียเขาทนพี่สาวเขาไม่ได้ เลยเลิกกัน หลังจากเลิกกับเมียแล้ว เขาก็เครียด เก็บกด เก็บตัวอยู่คนเดียว ดื่มเหล้า ตอนหลังลูก 2 คน ก็ไปอยู่กับเมีย ทำให้เขาเครียดหนักจนเสียสติไปเลย” (SO7, สัมภาษณ์ 7 ม.ค. 2550)

ภาวะความเครียดซึ่งเกิดจากความผิดหวังเป็นความกดดันทางจิตใจทำให้เกิดอาการ ผิดปกติทางจิตขึ้นได้ โดยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้อง แปรกับความกดดันต่าง ๆ จากการที่ต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อประสบปัญหาไม่มีงานทำ ภาระครอบครัวมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสะสมความเครียดเพิ่มมากขึ้น และบวกกับปัญหาอื่น ๆ ที่รุมเร้าเข้ามา เช่น ปัญหาความรัก ปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว จนทำให้มีอาการผิดปกติ ทางจิตเกิดขึ้นในที่สุด

3. ยาเสพติด เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิตที่ญาติสามารถอธิบายถึงสาเหตุของการป่วยได้อย่างชัดเจน พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกกับญาติถึงแม้ว่าจะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หูแว่วแต่ญาติไม่ตีความพฤติกรรมนั้น ๆ ว่ามีเหตุเป็นอย่างอื่นนอกจากผลของการเสพสิ่งเสพติด เมื่อมีความผิดปกติทางจิตขึ้นญาติได้นำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาในทันที

“เขาไม่ใช่คนบ้า เขาเป็นบ้าเพราะยาเสพติด ที่บ้านก็ไม่มีใครเป็น เขาหัวอ่อน เชื้อคนง่าย เขาติดกา ยาม้า ตอนป่วยใหม่ๆ อาการโวยวาย ไม่นอนอาทิตย์หนึ่ง เขาจำใครไม่ได้เหมือนคนเมา เราตกใจ คิดว่าเกิดจากยาเสพติดก็ยาม้านั้นแหละ ทำให้เขาประสาทไม่ดี” (ID3, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“เขาเสพยาเกือบทุกอย่าง ยาบ้า กัญชา พง ช่วงหลังใช้ยาบ้ามาก สมองก็เลย ฟุ้งซ่านไปเลย เหมือนสติไม่ค่อยดี ประสาทหลอนนะ เกิดจากฤทธิ์ยานะ หลอนว่าจะมีใครมาทำร้าย หูแว่ว ได้ยินเสียงคนจะทำร้าย ทีนี้ทำให้เครียดไปใหญ่ ก็ประสาทมันหลอนอยู่นั้นแหละ เพราะเสพยาไปมากทำให้ประสาทไม่ดี” (ID1, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“เหตุที่เข่าป่วย เพราะเขาติดยา เสพยามากจนประสาทหลอน ควบคุมตัวเองไม่ได้”(SO1, สัมภาษณ์ 7 ม.ค. 2550)

ยาเสพติด เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย เพราะสารเสพติดเมื่อนำเข้าสู่ร่างกายแล้ว ก็จะมีผลกระทบต่อระบบประสาท ซึ่งบางประเภทก็เข้าไปกล่อมประสาท บางประเภทก็กระตุ้นประสาท เมื่อได้รับสารเสพติดเข้าไปในปริมาณที่มาก หรือติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้ระบบประสาทผิดปกติ เช่น เกิดภาพหลอน หูแว่ว เป็นต้น

ในส่วนของญาตินั้นเมื่อประสบกับพฤติกรรมแปลก ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกญาติได้นำไปเปรียบเทียบกับพฤติกรรมของคนปกติ เมื่อพฤติกรรมแปลก ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงนั้นระยะแรกผู้ดูแลซึ่งไม่มีประสบการณ์มักเข้าใจผู้ป่วยไปต่าง ๆ นานา ตามความเชื่อของตน หรือเหตุผลที่สามารถจะอธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกตินั้นได้ โดยญาติเข้าใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ในขั้นต้น ญาติอาจเข้าใจว่าโดนของหรือผีเข้า หรือโดนคุณไสยต่าง ๆ ตามความเชื่อ บางกลุ่มที่เห็นความผิดปกติที่เกิดจากความเครียดก็จะอธิบายความผิดปกตินั้นด้วยความเครียด และอีกกลุ่ม ซึ่งรับรู้พฤติกรรมการเสพยาเสพติดของผู้ป่วยตั้งแต่ต้น ก็จะเข้าใจว่าเป็นเพราะติดยา จึงสามารถสรุปได้ว่า ญาติรับรู้ความหมายของโรคจิตเภท ด้วยความเข้าใจขั้นต้นว่าเป็นสาเหตุมาจากไสยศาสตร์ ก่อนที่จะเข้าใจว่าแท้จริงนั้น เป็นเพราะ ความเครียด และยาเสพติด

ต่อมาเมื่อพฤติกรรมผิดปกติเริ่มมากขึ้น และญาติรู้สึกว่ามีอาการมากขึ้น จนรบกวนการดำเนินชีวิตของตน และเริ่มรู้สึกว่าการหรือพฤติกรรมนั้นไม่ปกติต้องแก้ไข ญาติจึงได้แสวงหาวิธีการบำบัดรักษาตามความเชื่อ ความเข้าใจต่อโรคต่อไป

2. ทศนคติต่อโรค และการแสวงหาทางรักษา

ทศนคติต่อโรคจิตเภท สะท้อนจากการแสวงหาทางรักษาโรคจิตเภท ทศนคติต่อโรคนั้นขึ้นอยู่กับทำให้ความหมายต่ออาการผิดปกติที่พบเป็นสำคัญ หากเห็นว่า เป็นเพราะไสยศาสตร์ ก็จะมีทศนคติต่อการรักษาทางไสยศาสตร์ เช่น การพรมน้ำมนต์ การรักษาโดยพระสงฆ์ หมอผี จ้าวเข้าทรง เป็นต้น

ญาติของผู้ป่วยหลายรายมักจะพาผู้ป่วยไปรักษาตามสถานที่ต่าง ๆ ตามความเชื่อของตนก่อนเมื่อญาติทำพิธีและทำตามคำแนะนำแล้วยังไม่สามารถรักษาอาการป่วยได้จึงจะนำผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี ในรายที่ญาติตีความพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าเป็นเพราะถูกคุณไสย ผีเข้า จึงนำผู้ป่วยไปรักษาตามความเชื่อของตนก่อน

“ตอนแรกคิดว่าถูกของหรือเปล่านั้นป่วยเป็นอะไร มีแต่คนบอกถูกนั้นถูกนี้ เคยไปหาหมออาจารย์ที่เป็นคนทรงที่ต่างจังหวัด เหมารถกันไป ท่านบอกว่าโดน

ของนิดหน่อย ไม่เป็นไร ท่านให้ทำสังฆทาน ทำบุญทำทานจะเดี๋ยวก็หาย”
(ID3, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

การที่ญาตินำผู้ป่วยไปบำบัดรักษาตามสถานที่ต่าง ๆ นั้นขึ้นอยู่กับทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้ความเข้าใจในสาเหตุของการเจ็บป่วย เช่น เข้าใจว่าลักษณะของการเจ็บป่วยทางจิตไม่ใช่โรค

“คนเป็นโรคนี้เขาไม่นึกว่ามันเป็นโรค เขาคิดว่ามันเป็นคนบ้า “คนบ้า” มันไม่ใช่โรคถูกไหม ไม่รู้จะรักษาอย่างไร ก็ต้องไปหาเจ้าหาพระ เพื่อให้สะเดาะเคราะห์ ให้พระพรมน้ำมนต์ให้ ไม่ไปหาหมอ เพราะไม่คิดว่าเป็นโรคอะไร เลยไม่ไปหาหมอ” (ID6, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

การแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเป็นเหตุผลหนึ่งของการนำผู้ป่วยไปบำบัดรักษาตามวัด หรือตามสถานที่ ๆ ญาติรู้สึกว่าจะทำให้คนมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย เช่น

“การเจ็บป่วยของเขาดอนแรกคิดไปทุกที่ ใครบอกให้ไหว้ต้นไม้ก็ไหว้ มันหาที่เกาะที่พึ่ง ที่ไหนดี ที่ไหนเคารพก็พาไปหมด แต่ว่าก็ไปเพื่อให้มันสบายใจเพราะเราหาที่ยึดที่เกาะ ให้มีความสบายใจ เพราะตอนนั้นมันเดือดร้อนเหลือเกิน”
(ID3, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

ความเกรงใจก็เป็นอีกเหตุผลหนึ่งของการพาผู้ป่วยไปบำบัดรักษาตามความเชื่อ เช่น

“เวลาถูกป่วย ทุกทางที่จะทำให้กลับมาได้ ยอมทุกอย่าง ญาติพาไปรดน้ำมนต์ เราไม่เชื่อ แต่ไม่ขัดทุกคนหวังดี เขาหาว่าโดนของต้องถอนของ”
(ID5, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ฟังคนรอบข้างบอกว่าผีเข้าต้องพาไปวัด ไปอาบน้ำมนต์ก็ไปทำ”
(ID6, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

การพาผู้ป่วยไปวัดไปรดน้ำมนต์นั้นญาติไม่ได้ทำเฉพาะก่อนนำผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรีเท่านั้น แม้หลังจากบำบัดอาการทุเลาลง ญาติก็ยังพาผู้ป่วยไปโดยให้เหตุผลว่า

“ตัวเราเองต้องยอมรับว่า เราต้องทำทุกอย่างเพื่อให้หายแต่มันเป็นกำลังใจแค่นั้น เจอคนเขาแนะนำให้ไปก็ไปไม่เสียหายอะไร ไปยกมือไหว้พระไหว้เจ้าไม่เสียหายอะไร แต่ยาเรื่องใหญ่” (ID7, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

“พยายามหาทางรักษา แม้จะรักษาที่โรงพยาบาลอยู่ ก็มันทำบุญทำทาน เพราะคิดว่าที่ไม่หายอาจจะเพราะเวรกรรม หากทำบุญมาก ๆ อาจจะทำให้ดีขึ้นได้ อย่างน้อยเราก็มีความสุข เขาเองก็ชอบ” (ID3, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

การนำผู้ป่วยไปวัดไปรดน้ำมนต์ ญาติยอมรับว่าเป็นกำลังใจ ทำให้มีความหวัง ในขณะที่ญาติยังให้ความสำคัญกับการให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งจะเห็นว่าญาติให้ความสำคัญกับทางเลือกในการบำบัดรักษาผู้ป่วยซึ่งมีหลากหลายทางเลือก ในความคิดของญาตินั้น การรักษาผู้ป่วยควรทำทั้งรักษาอาการป่วยและจิตใจไปพร้อม ๆ กัน ในการรักษาอาการป่วยนั้น คือ เน้นการรับประทานยาแต่ในทางจิตใจนั้น ได้พาผู้ป่วยไปวัดไปนั่งสมาธิ ไปไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ตามสถานที่ต่าง ๆ เป็นการแสวงหากำลังใจให้กับทั้งผู้ป่วยและญาติในการเผชิญกับโรคจิตเภท และการที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการดูแลรักษา

การแสวงหาการรักษาตามความเชื่อนี้เป็นพฤติกรรมที่ญาติพยายามปรับตัว ดันรน เพื่อให้พ้นจากสภาวะเดิม คือ พฤติกรรมที่น่าสงสัยและสร้างความทุกข์ให้แก่ญาติ โดยการแสวงหาการรักษาตามความเข้าใจของตนและคนใกล้ชิด ไม่ได้คิดว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นอาการของโรคจิตเภท หรือรับรู้ว่าเป็นโรคจิตเภท แต่ก็ไม่เข้าใจวิธีการรักษาโรคจิตเภท หรือเข้าใจว่าไม่มีหนทางที่จะสามารถรักษาได้ ดังนั้นในระยะเริ่มแรกของการบำบัดรักษาจึง พบว่า ญาตินำผู้ป่วยไปรับการรักษาตามความเชื่อของตนก่อน เมื่อการรักษานั้นญาติประเมินว่าไม่ได้ผล คือ อาการแปลก ๆ ยังคงปรากฏอยู่จึงพาผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี นับว่าเป็นการสูญเสียโอกาสของผู้ป่วยที่ญาติปล่อยให้อาการรุนแรงแล้วจึงนำมารักษา มีผลต่อการรักษาที่ต้องใช้เวลานานยิ่งขึ้น

เมื่อการรักษาด้วยวิธีการตามความเชื่อไม่ได้ผล อาการของผู้ป่วยหนักขึ้น ตามลำดับด้วยความไม่เข้าใจของบุคคลในครอบครัว เป็นอีกแรงกดดันหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดมากยิ่งขึ้น จนอาการหนักขึ้นถึงขนาดทำลายข้าวของ ทำร้ายร่างกายบุคคลรอบข้าง การดูแลเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไป มีการล่อมโซ่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำลายข้าวของ หรือไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น

“เรามีอาการกำเริบรุนแรงมาก ทำลายข้าวของทุกอย่างที่ขวางหน้า ปาหลังคา ชาวบ้านที่อยู่ใกล้ ๆ หว่าเราจะพาดำรงมาจับ เมื่อเขาเกิดอาการเครียดจัด แล้วเราก็มารู้ว่าเมื่อไหร่เขาถึงจะกำเริบ กลัวคนในครอบครัวโดนทำร้าย เราจึงต้องล่ามเขาไว้ เพื่อไม่ให้ทำร้ายคนอื่น” (ID4, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“คนป่วยกำเริบ รุนแรง ชอบทำลายข้าวของ จนญาติ ๆ ต้องจับมัดไว้ เพราะกลัวจะทำร้ายหลาน ๆ ทำร้ายคนข้างบ้าน ช่วงที่เป็นหนัก ๆ มักออกมายืนด่าข้างบ้าน เขาล่ามโซ่ไว้หลายปีเหมือนกันกว่าจะไปหาหมอแล้วอาการดีขึ้นแล้วปล่อย ตอนนี้ออกมาซื้อของที่ร้านเองได้ ไม่ระแวงแล้ว พูดคุยเรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้างแต่ก็ไม่ทำร้ายใครแล้ว” (SO4, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“ล่ามเขาอยู่เกือบปี เพราะอาการเขาน่ากลัวมาก ช่วงแรกเขาหูแว่วกลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย เขาเดินถือมีดพร้าทั้งคืน แล้วเดินบ่น ทุกคนในบ้านกลัวว่าเขาจะทำร้าย โดยเฉพาะลูกกลัวมากไม่กล้าอยู่บ้าน จนพี่ ๆ น้อง ๆ ต้องล่ามเขาไว้กว่าจะพาไปหาหมอที่โรงพยาบาล” (ID1, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“เขาเป็นคนหน้าตาดี สักเต็มตัว ช่วงที่เขมีอาการหนักหน้ากลัวมาก ญาติ ๆ ข้างบ้านก็กลัวจะทำร้าย เพราะเขาน่ากลัวอยู่แล้ว ชาวบ้านก็แนะนำให้ล่ามโซ่ไว้” (SO1, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“เขาเป็นคนโมโหร้ายตั้งแต่ไม่ป่วยแล้ว ชอบด่าคนอื่น ทำให้ไม่ค่อยมีใครยุ่งด้วยเท่าไร เมื่อเขาป่วย ก็โดนญาติล่ามโซ่ไว้ ล่ามไว้เป็นปีนะ ก่อนที่จะมี อสม. หมู่บ้านมาพบแล้วก็ให้ไปรักษาที่โรงพยาบาล จนตอนนี้ก็ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้แล้ว แต่ก็ห้ามพูดถึงเรื่องเมียนะ เขาจะบ้ำจิ้นมาทันทีที่พูดถึงเมีย” (SO7, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“เมื่อเรามีอาการคลุ้มคลั่ง เราจะทำลายข้าวของ และก็ทำร้ายแม่ พี่ชาย ที่บ้านต้องล่ามโซ่เขาไว้” (ID3, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ลูกเคยตีหัวพี่ชายแตก และเคยอาละวาดทำร้ายคนอื่น โคนพวกเขาเริ่มทำร้ายเกือบตาย เรากลัวเขาอาละวาดอีก จึงต้องล่ามโซ่ เพื่อป้องกันเวลาเขาเกิดอาการ” (ID5, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“เคยตีหัวผมแตก แรก ๆ ก็ไม่มีใครอยากล่ำมโซ้เขาหรอก สงสารเขา แต่เมื่อเขาคลุ่มคลั่งไม่มีใครเอาเขาอยู่ เขาควบคุมตัวเองไม่ได้ จึงต้องล่ำมโซ้เขาไว้ เพื่อไม่ให้เป็นอันตรายกับคนรอบข้าง โดยเฉพาะเด็ก ๆ เพราะเด็ก ๆ ชอบหยอกล้อเขากลัวว่าเมื่อเขาเครียดจะทำร้ายเด็กได้” (ID5, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

การล่ำมโซ้ผู้ป่วย เป็นการหยุดอาการรุนแรงของผู้ป่วย เพราะญาติหรือผู้ดูแลต้องการปกป้องข้าวของ ปกป้องบุคคลอื่นในครอบครัวไม่ให้ผู้ป่วยทำร้าย และปกป้องตัวผู้ป่วยเองด้วยไม่ให้ไปทำร้ายคนอื่น หรือโดยผู้อื่นทำร้าย จึงต้องมีการผูกมัดไว้

3. การยอมรับอาการป่วยทางจิต และการรักษาด้วยยา

เมื่อญาติให้การยอมรับว่าอาการผิดปกติของผู้ป่วย เป็นอาการป่วยทางจิต ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ด้วยยา ซึ่งการยอมรับอาจเป็นเพราะแสวงหาทางอื่นรักษาจนหมดหนทางรักษาแล้ว และไม่สามารถรักษาให้หาย ทำให้ญาติหันมาหาทางรักษาด้วยยา หรือเพราะเหตุปัจจัยอื่นใดก็ตาม ญาติจะต้องมีความหวังว่าการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันสามารถรักษาอาการป่วยทางจิตได้ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ญาติได้หาวิธีการรักษาวิธีอื่น ๆ ตามความคิดความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวก่อน จากนั้นเมื่อวิธีต่าง ๆ ที่ผ่านการรักษาไม่ได้ผล ผู้ป่วยมีอาการและพฤติกรรมที่ก้าวร้าวมากขึ้น สิ่งต่อการที่จะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สินและสมาชิกในครอบครัว ก็จะมีการล่ำมโซ้ผู้ป่วยไว้ หรือหาทางรักษาด้วยยา ซึ่งส่วนใหญ่ญาติจะได้รับคำแนะนำให้รักษาด้วยยาจาก อสม. ซึ่งมีอยู่ประจำทุกหมู่บ้าน และจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนะนำให้ญาติของผู้ป่วยพาผู้ป่วยไปรักษาด้วยยา ดังคำให้สัมภาษณ์ของ SC4

“ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิต ตอนแรกก็ไม่เข้าใจว่าเป็นโรค เข้าใจว่าโดนของมากกว่า ก็ไม่รู้จะรักษาอย่างไร เมื่อเขาอาละวาดมากเข้า เพื่อนบ้านเข้าใกล้บ้านไม่ได้ เอมิดไล่ฟัน เราก็ล่ำมโซ้ไว้ จนมีคนบอกกับ อสม. โชคดี อสม. เขามาให้ความรู้และแนะนำว่าสามารถรักษาได้ เขาก็พาไปรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรี” (ID1, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

“อสม. ซึ่งอยู่ในหมู่บ้าน แนะนำให้ลองไปรักษาที่โรงพยาบาลราชบุรีดู ตอนแรกเราก็ไม่คิดว่าจะรักษาได้นะ แต่ก็ลำบากมาากแล้ว เลยลองไปรักษาดู ตอนแรกเขาใช้ไฟฟ้าช็อต ก็สงสารเหมือนกันนะ แต่ก็ได้ผลดี เขาสงบลงมาก หลังจากนั้นเอายามาให้ทาน ก็ดีขึ้น” (ID7, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“สังเกตเห็นว่าเมื่อเขามีอาการ เขาจะเครียดก่อน พี่สาวเขาแนะนำว่าให้ไปหาหมอ ลองเอายามากินดู อาจจะได้ดีขึ้นได้ ก็ไปหาหมอ ถึงรู้ว่าเป็นโรค ก็มีความเข้าใจมากขึ้น เขากินยาต่อเนื่องก็ดีขึ้น จนสามารถทำงานได้อย่างที่เห็น” (ID2, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“แต่ก่อนเขาเป็นคนขยัน จึงเป็นที่รักของทุกคนในบ้าน เมื่อเขาติดยา และมีอาการป่วย ก็ไปเอายาที่โรงพยาบาลมากิน ช่วงเขาคลุ้มคลั่ง ญาติ ๆ มัดเขาไปหาหมอ ก็โดนไฟฟ้าช็อต อาการคลุ้มคลั่งเขาก็หายไประยะหนึ่ง และได้กินยาต่อเนื่องจนสามารถทำงานได้ ” (ID1, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

จากคำให้สัมภาษณ์ของ อสม. ที่จะคอยให้คำแนะนำในการรักษาผู้ป่วยกับญาติ เพื่อให้ญาติเกิดการยอมรับผู้ป่วย และดูแลรักษาผู้ป่วยได้ถูกวิธีมากยิ่งขึ้น โดย อสม. เป็นกลไกสำคัญในการให้ความรู้และประสานระหว่างโรงพยาบาลกับญาติของผู้ป่วย

“ไปพบผู้ป่วย ที่ญาติล้ามไว้ เพราะกลัวจะทำร้าย เราก็แนะนำเขาว่าเขาเป็นผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ ไม่ควรล้ามไว้แบบนี้ สงสารเขา ควรหาทางรักษาที่ถูกวิธี จนญาติมีความรู้ความเข้าใจและยอมพาผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล” (อสม., สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

“คอยเข้าไปเยี่ยมเยียนไปหาเขาบ่อย ๆ เพื่อไม่ให้ญาติรู้สึกโดดเดี่ยว เขาจะขาดกำลังใจ ทางโรงพยาบาลจะมีนักศึกษาฝึกงานเข้าไปเก็บข้อมูลเสมอ เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วย และเพื่อให้ญาติไม่รู้สึกโดดเดี่ยว” (อสม., สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

เมื่อญาติได้นำผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง ทำให้การรักษาผู้ป่วยเห็นผลเป็นที่น่าพอใจ แต่ก็มีผู้ป่วยบางรายที่เข้าใจว่าสามารถรักษาได้หายแล้ว หรือเห็นอาการดีขึ้นแล้ว คิดว่าผู้ป่วยหายแล้ว จึงไม่สนใจที่จะให้ผู้ป่วยกินยาตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งอาจจะเป็นเพราะภาระทางอาชีพของผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำได้อีก

4. การยอมรับผู้ป่วยจิตเภท

การที่สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งได้รับการเจ็บป่วย หน้าที่ของครอบครัว คือ การดูแลเอาใจใส่ให้การรักษาให้สมาชิกกลับสู่สภาวะปกติเหมือนเดิม ครอบครัวจึงเป็นสถานที่ที่ได้รับการคาดหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดี เพราะผู้ป่วยก็คือสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว

ความเชื่อนี้ได้นำไปสู่การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก คือ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล จนพบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถระดับหนึ่งที่ญาติจะสามารถดูแลต่อได้ที่บ้าน ประกอบกับแนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวจะเป็นการดีกว่าที่จะให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนาน ๆ เพราะผู้ป่วยที่กลับสู่สังคมได้เร็วขึ้น จะมีผลต่อการปรับตัวให้อยู่กับสังคมสิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริง ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนาน ๆ จากการศึกษาพบว่า ญาติของผู้ป่วยต่างให้การยอมรับผู้ป่วยโดยให้เหตุผลว่า

“มันไม่ใช่ภาระแต่มันเป็นหน้าที่ ปัญหา คือ ตัวเราต้องยอมรับก่อน คนไข้ขณะนี้รักษาได้ ถ้าพ่อแม่ญาติไม่ยอมรับ โรคนี้อาจไม่หาย ที่ยอมรับต้องมีคนใดคนหนึ่งเป็นผู้นำที่จะทำให้คนในครอบครัวรู้ว่าคนเป็นอยู่อย่างนี้โรคนี้อาจหายได้ ต้องพ่อแม่ ญาติยอมรับว่าโรคนี้อาจไม่ใช่โรคติดต่อ สกปรก น่ารังเกียจ คนไข้โรคจิตไม่น่ารังเกียจ” (ID1, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“แต่ก่อนก็รับไม่ได้นะที่ลูกชายป่วย รักเขามาก เราเหมือนจะบ้านะ ก็ปรับตัวมากเหมือนกันกว่าจะรับสภาพได้ คิดว่าเป็นเวรเป็นกรรมทั้งของเราและของลูก” (ID3, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

บทบาทของครอบครัวประการหนึ่งคือการอบรมเลี้ยงดู ช่วยเหลือสมาชิกของครอบครัว ดูเหมือนเป็นบทบาทหลักที่ครอบครัวจะต้องให้การเอาใจใส่ดูแลสมาชิก แม้แต่สมาชิกที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท การที่ญาติกล่าวว่าตนเป็นผู้ทำให้เขาเกิดมาเป็นหน้าที่ที่ตนจะต้องรับผิดชอบดูแล การดูแลจึงเป็นไปตามหน้าที่ การกล่าวว่า “ยอมรับ” จึงเป็นเพียงการยอมรับงานต่อบทบาท และค่านิยมของสังคมมากกว่าเนื่องจากเป็นที่รับรู้กันว่า พ่อแม่ต้องให้การดูแลลูกหลาน และลูกหลานต้องให้การดูแลพ่อแม่ของตน คู่สมรส คือสามีต้องดูแลภรรยา และภรรยาก็ต้องดูแลสามีไม่ทอดทิ้งกัน กรณีที่ลูกป่วยหรือคู่ครองป่วย พ่อแม่ พี่น้อง หรือคู่ครองจึงต้องให้การดูแลบุคคลผู้เจ็บป่วย ดูเหมือนว่าการกล่าวว่า “ยอมรับ” ผู้ป่วยนั้นอาจไม่ใช่การยอมรับอย่างแท้จริง แต่เป็นการจำยอมมากกว่า เนื่องจากผู้ดูแลกล่าวว่าตนเป็นหน้าที่ดังนั้นตนเป็นพ่อแม่ ต้องดูแลลูกที่ป่วย จึงทำหน้าที่ดูแลเพื่อป้องกันสังคมประณาม ว่ากล่าว

“ระยะแรกรับไม่ได้เลยกับการที่น้องป่วย แล้วอาละวาด ชาวบ้านใกล้ ๆ ก็รำคาญ พี่ ๆ น้อง ๆ ก็รำคาญ หลาน ๆ ก็กลัว พ่อแม่ก็แก่ ไม่มีใครดูแลเขาได้ ตกเป็นภาระ

ของเรา แรก ๆ รับไม่ได้เลย เครียดมากเหมือนจะเป็นบ้านเสียเอง”

(ID5, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

สำหรับ ID4 แล้วพบว่า ในระยะแรกนั้นตกอยู่ในภาวะของการจำยอมมากกว่า การยอมรับผู้ป่วย ต่อมาจากภาวะจำยอมกลายเป็นการยอมรับผู้ป่วยอยากแท้จริงจากการที่ได้ดูแล ใกล้ชิดมีเวลาให้กับน้องชายที่ป่วย เห็นพัฒนาการในทางที่ดีขึ้น การได้รับความรู้ในเรื่องของโรค อย่างถูกต้องจากแพทย์ จาก อสม. ประจำหมู่บ้าน จนท้ายที่สุดแล้ว ID4 เข้าใจว่า โรคนี้มีโอกาส ที่จะหายได้ ไม่ใช่โรคติดต่อ สกปรก น่ารังเกียจ คนไข้โรคจิตไม่น่ารังเกียจ

นอกจากบทบาทที่ผู้เป็นพ่อแม่พี่น้อง สามีภรรยา จะต้องดูแลกันและกันแล้ว การดูแล หลานสาวที่บ้าน แล้วมีงานเล็ก ๆ ที่บ้าน และหุ้มนเทศการดูแลหลานอย่างเต็มที่ เพื่อให้เขาสามารถ อยู่ได้เองเมื่อไม่มีตนเองอยู่ ก็เป็นอีกความหวังหนึ่งซึ่งขยาย ตั้งใจที่จะดูแลหลานสาวที่ป่วยเป็นอย่างดี

“ใหม่ ๆ ก็ยังไม่ยอมรับเพราะพฤติกรรมของเขาเป็นแบบก้าวร้าว โวยวายเราก็ใช้ ความรุนแรงกับเขาบ้าง ต่อมาเริ่มรู้สึกว่าเขาเป็นอย่างนี้เพราะเราเป็นต้นเหตุจึง กลับมาสนใจดูแลเพราะต้องการได้หลานสาวคนเดิมที่ก่อนป่วยจะน่ารักคุยเก่ง กลับมา ยอมหมดทุกอย่าง ยอมเหนือดูแลรักษาไม่เคยคิดกลัวหรือรังเกียจเขาเลย เวลาเขามีอาการเราจะเตือนตัวเองว่าเขาป่วยนะ อาการแสดงนั้นเป็นเพราะเขาป่วย ก็ใจเย็นลง เวลานี้สงสารเขาเวลานอนเขาจะนอนจับมือเรา เหมือนกลัวว่าเราจะทิ้งเขา เรามองเขาแล้วสงสารน้ำตาไหลเมื่อก่อนเขาไม่เป็นอย่างนี้”

(ID2, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

ในการรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ในความรู้สึกของญาติ พ่อแม่ให้การดูแล ผู้ป่วยมากกว่าพี่น้องของผู้ป่วย ที่เป็นเช่นนั้นเป็นเพราะความรักความผูกพันระหว่างพ่อแม่ มีมากกว่า แต่ถ้การยอมรับนั้นเป็นเพราะกลัวสังคมประณามหรือทำตามหน้าที่ของผู้ให้กำเนิดนั้น ไม่ใช่การยอมรับด้วยความเต็มใจหรือพี่น้องที่ต้องดูแลผู้ป่วยตามคำสั่งของพ่อแม่ ภาวะการณ์ยอมรับ บทบาทของผู้ดูแลจึงเป็นแบบจำยอมมากกว่าที่ยอมรับด้วยความเต็มใจ

สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีทั้งญาติที่มีความรักไม่ละอายให้การยอมรับและญาติ ที่รังเกียจ ละอายไม่ยอมรับผู้ป่วย พบว่าในกลุ่มญาติที่ยอมรับนั้นจะดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยและพาผู้ป่วย เข้าสู่สังคมอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการปรับตัวเข้ากับสังคม ส่วนในกลุ่มญาติ ที่ไม่ยอมรับนั้นจะไม่สนใจผู้ป่วย บางรายถึงกับกักขังผู้ป่วยไว้ในบ้าน เก็บผู้ป่วยไว้ทำเหมือนกับว่า

ไม่มีผู้ป่วยอยู่ด้วย การกระทำดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการพัฒนาศักยภาพตนเอง กลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังเพราะขาดการเอาใจใส่ดูแลรักษาอย่างถูกต้อง

จากการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกิจและกฤตยา แสงเจริญ เรื่อง “ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช” พบว่า ญาติที่ดูแลและมารับผู้ป่วยกลับเป็นญาติที่มีความสัมพันธ์สายตรง เป็นญาติที่ใกล้ชิดที่สุดมักเป็นผู้รับผิดชอบดูแล นั่นคือ คู่ชีวิตจะต้องเป็นคนดูแลอีกฝ่าย เมื่อไม่มีคู่ชีวิตมักเป็นหน้าที่ของพ่อแม่และถ้าพ่อแม่ป่วยลูกจะเป็นผู้ดูแลเสมอ แม้ว่าญาติเหล่านี้จะมีความขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตใจด้วยลักษณะบังคับทางสังคมจึงทำให้ญาติใกล้ชิดต้องมารับผิดชอบดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นนอกจากเพราะความรักแล้ว ยังพบว่าการที่จะต้องมาดูแลนั้นอาจเป็นเพราะลักษณะบังคับทางสังคมก็ได้ที่ทำให้ญาติใกล้ชิดต้องมารับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งถ้าเป็นเพราะกลัวสังคมจะมองไม่ดีนั้นการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยก็จะทำด้วยความไม่เต็มใจเนื่องจากตกอยู่ในภาวะจำยอม

การบอกว่าจากญาติว่าตน “ยอมรับอาการเจ็บป่วยทางจิต” ของบุคคลในครอบครัวของตนนั้นเป็นการตีความการยอมรับของญาติแต่ละคนที่มีต่อผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ทั้งที่เป็นการยอมรับจริงและยอมรับโดยภาวะจำยอมซึ่งผลของการยอมรับที่แตกต่างกันจึงมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ที่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตอย่างแท้จริงนั้น คือ การที่ผู้ดูแลพยายามทำความเข้าใจกับความเจ็บป่วย พยายามทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย และปรับการดูแลของตนตามที่ผู้ป่วยต้องการ และยอมรับถึงบทบาทการดูแลของตนด้วยการทำใจ คิดถึงความดีของผู้ป่วย ดูแลอย่างมีความหวังที่จะให้ผู้ป่วยหายและสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองในสังคมในอนาคต

ส่วนที่ 3 ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติ

ภายหลังการได้รับอนุญาตให้กลับสู่ครอบครัวญาติและผู้ป่วยเองหลายรายเข้าใจว่า การที่แพทย์อนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลแสดงว่าหายป่วย ความเข้าใจเช่นนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รักษาอย่างต่อเนื่อง และญาติก็ไม่ใส่ใจดูแลหรือทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การรักษา มีผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำต้องเข้า-ออกโรงพยาบาลเป็นประจำ

“เป็นแล้ววันไป 2 ปีบ้าง 3 ปีบ้างแล้วก็เป็นอย่างอื่น ไม่ได้กินยาต่อเนื่องคิดว่าหายแล้ว ทำให้ต้องเข้าออก โรงพยาบาลหลายครั้งจนตอนหลัง ได้คุยกับหมอบ้างกับ

เจ้าหน้าที่ข้างถึงได้รู้ว่าโรคนี้หยุดยาไม่ได้แม้อาการจะดีขึ้นแล้ว”
(ID5, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ตอนออกจากโรงพยาบาลใหม่ๆ เข้าใจว่าหายแล้ว เพราะเขาไม่มีอาการฟุ้งซ่าน
ภาระงานเราก็มากนะ ไม่ค่อยได้ใส่ใจมากนัก ไม่รู้ว่าเขากินยาหรือไม่กิน อยู่ๆ
มีอาการเครียด เขาก็กลับมาป่วยอีก ต้องพาไปโรงพยาบาลอีก”
(ID4, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“แรก ๆ คิดว่าคงหายรักษาแล้ว หลังจากออกจากโรงพยาบาลก็ไม่ได้กินยาอย่าง
ต่อเนื่อง ไม่เท่าไรก็เป็นอีก ก็ต้องไปหาหมออีก เมื่อได้มาที่โรงพยาบาลราชบุรี
ซึ่งอยู่ใกล้บ้าน ปรึกษาได้ง่าย กินยาต่อเนื่องก็ดีขึ้นตามลำดับ จนทุกวันนี้ก็ต้อง
ไปรับยาตามที่หมอนัดต่อเนื่องอยู่” (ID7, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

“ทาง อสม. จะเข้าไปทำความเข้าใจกับญาติของผู้ป่วยถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่าง
ต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้ขาดยาและกลับมาป่วยซ้ำ ซึ่งจะทำให้รักษาได้ยากขึ้น และ
ต้องใช้ระยะเวลาานาน” (อสม., สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“พยาบาลจะเข้าไปเยี่ยมในหมู่บ้านอยู่เสมอ เพื่อกระตุ้นให้ญาติใส่ใจในการดูแล
ผู้ป่วย และให้ความรู้ความเข้าใจกับญาติคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ซึ่งระยะแรก
มักไม่ค่อยเปิดใจยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดพัฒนาการทางสังคม”
(พยาบาล, Focus Group 14 พ.ย. 2549)

ความเข้าใจต่อการรักษาโรคจิตเภทที่คลาดเคลื่อน หรือเข้าใจผิด ว่าโรคได้หายแล้วนั้น
ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาอย่างต่อเนื่องหรือหยุดยาแล้วญาติไม่มารับยาเพิ่มเพราะคิดว่าหายแล้ว
เพราะเห็นว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นกลับเป็นปกติเหมือนเดิมแล้ว ผลที่ตามมาภายหลังการหยุดยาระยะหนึ่ง
คือ อาการป่วยกำเริบขึ้นอีก ทำให้ต้องกลับมาป่วยซ้ำส่งผลต่อการรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานาน
ยิ่งขึ้น ความเข้าใจอย่างถูกต้องในเรื่องโรคและการรักษาจึงมีผลดีต่อญาติ และตัวผู้ป่วยเอง
นอกจากนั้นการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะทางสังคม และการ
ดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัว เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ
และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพใกล้เคียงกับคนปกติทั่วไปมากที่สุด

การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค และอาการป่วยทำให้ญาติบางรายเข้าใจผู้ป่วย
ว่าอาการแสดงออกหลังจากรักษาแล้ว คือ การแกล้งทำของผู้ป่วย นอกจากนั้นผลข้างเคียงจาก

การรับประทานยาของผู้ป่วย ญาติเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าแก่งทำ จี้เก็ย หนึ่งงาน เอาแต่นอน ทำให้ญาติมีทัศนคติต่อผู้ป่วยไปในทางลบ การดูแลจึงเป็นไปในลักษณะสังการ บ่นเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย

ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการพัฒนาการด้านทักษะทางสังคมของผู้ป่วย ทำทีของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวล้วนมีผลต่อผู้ป่วยในการพัฒนาทักษะทางสังคมทั้งสิ้นทั้งทางบวกและลบ คือ ถ้าครอบครัวมีความอบอุ่น สมาชิกมีความเข้าใจ ยอมรับ ในอาการเจ็บป่วย ยอมรับเกี่ยวกับโรคจิตเภท พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือ จะมีผลต่อการบำบัดรักษาที่เป็นไปในทางที่ดี แต่ถ้าครอบครัวไม่มีความอบอุ่น สมาชิกไม่ให้การยอมรับต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ แสดงท่าทีรังเกียจ ยอมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในค่านลบ ดังนั้นบทบาทของครอบครัวจึงมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างยิ่ง

ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวมีส่วนสำคัญมากที่จะช่วยเหลือแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยจิต สิ่งสำคัญที่สุดคือความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท โดยเฉพาะข้อความที่ว่า “ไม่มีคนใดคนหนึ่งหรือครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคจิตเภท แต่ทุกคนในครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยจิตเภท บทบาทของญาติที่สำคัญ ได้แก่ การช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ทั้งนี้เพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องการเวลายาวนานในการรักษาและเป็นโรคที่มีโอกาสกำเริบได้สูง ซึ่งอาจเกิดการขาดยา ผู้ป่วยมีความเครียด หรือขาดการดูแลเอาใจใส่จากญาติ ผู้ดูแล ซึ่งประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พบ มีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่ง

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต จึงเป็นการรักษาที่สำคัญมาก ผู้ดูแลต้องไม่ลืมดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับยาและให้ผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากโรคจิตเภทต้องการระยะเวลาที่นานพอสมควรในการรักษา ดังนั้น การรับยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ถ้าผู้ดูแลเห็นว่าอาการของโรคดีขึ้นแล้ว ไม่ไปรับยาตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยขาดยา และเกิดปัญหาขึ้นได้ ดังนั้น จึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนจะหยุดยา และควรดูแลผู้ป่วยให้รับยาอย่างสม่ำเสมอ

“เรื่องการให้กินยาสำคัญที่สุด ในการรักษาผู้ป่วย จะหายหรือไม่หายไม่รู้นะ แต่ถ้าไม่ได้กินยาก็เสี่ยงที่อาการจะกำเริบได้ ทุกวันก่อนที่จะไปทำงาน จะต้องดูเขากินยา จะคอยกำกับให้เขากินยาให้ได้ แรก ๆ เขาไม่ยอมกินยา แต่ด้วยความกลัวเรา เขาก็กิน” (ID4, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ต้องดูว่าเขากินยาจริง ๆ ด้วยนะ เพราะบางครั้งเขาอาจจะโกหกเรา ตอนเที่ยงต้องกลับมาจากนา เพื่อมาให้เขากินยา ไม่เช่นนั้นเขาจะไม่กิน คนอื่นไม่สนใจว่าเขาจะกินยาหรือไม่ แต่พี่ต้องดูเองตลอด ตอนเย็นก็เช่นกัน และเมื่อถึงวันไปรับยา พี่ก็จะไปรับยาเอง เมื่อถึงวันนัด พี่ก็พาเขาไปหาหมอ เพราะถ้าไม่ทำอย่างนี้ อาการกำเริบจะใช้เวลารักษานานกว่า แต่ก่อนไม่ค่อยได้สนใจเรื่องการกินยา หยุดยาไปพักหนึ่ง อาการกำเริบต้องเข้ารักษาที่โรงพยาบาลใหม่ ใช้เวลารักษานาน ช่วงหลังพี่ดูแลเรื่องยาไม่เคยขาดตามที่หมอสั่ง อาการของเขาดีขึ้นอย่างที่เราเห็น ” (ID4, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“บางที่เขาบอกว่ากินยาแล้ว แต่ที่จริงเขาไม่ได้กิน เพราะจำนวนยายังมีอยู่เท่าเดิม เราต้องคอยกำกับให้เขากินยาให้เราเห็น ให้กินต่อหน้าเรา ไม่อย่างนั้นเขาโกหกเรา เขาไม่กิน ” (ID7, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“เขาบอกว่ากินยาแล้ว เราก็เห็นอยู่ว่าเขากินแล้ว แต่เราเพิ่งมารู้อาณาว่าเขามียาไว้แล้วบ้านที่หลัง ซึ่งบางครั้งเราต้องสังเกตว่าเขากินแล้วจริง ๆ ให้เขากินต่อหน้า แล้วเอาน้ำให้กิน เพื่อความมั่นใจ ” (ID3, Focus Group 14 พ.ย. 2549)

“เขาจะไม่ยอมกินยาเอง ป้าให้กินเขาก็ไม่กิน เขาบอกว่าให้เขากินยาพิษ เขาไม่ยอมกิน ต้องให้พยาบาลสาวมาบอกให้กินเขาถึงจะกิน เขาชอบคนสวย ป้าจึงใช้วิธีไปลีดยาตามที่หมอนัด เพราะเขาไม่ยอมกินยา ” (ID5, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ยายต้องบอกเขาว่า ถ้าหนูกินยา หนูก็จะหาย แล้วจะทำงานได้ ถ้าหนูไม่กินยา หนูก็จะไม่หาย ทำงานไม่ได้ เขาอยากทำงาน เขาชอบทำงาน เขาจะกินยาตลอดไม่เคยขาด เขาอยากหาย ” (ID2, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า การกินยาของผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการรักษาโรคจิตเภทเป็นอย่างมาก ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหาวิธีเลี่ยงที่จะไม่กินยาตามที่แพทย์สั่ง โดยกลัวว่าจะเป็นยาพิษบ้าง กลัวว่าถ้ากินยาแล้วคนจะหาว่าบ้าบ้าง ซึ่งผู้ดูแลจะต้องใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้กินยาตามแพทย์สั่งให้ได้ ด้วยการอ่อนน้อม หลอกล่อ หรือด้วยวิธีการใด ๆ ก็ตาม แต่ต้องเห็นกับตาว่าผู้ป่วยกินยาแล้วจริง ๆ จนกว่าจะมีความสม่ำเสมอในการกินยา จึงจะวางใจได้ว่าผู้ป่วยกินยาเองได้ หากสงสัยก็ต้องมีการตรวจสอบการกินยาของผู้ป่วยจะละเอียดไม่ได้ เพื่อให้ผู้ป่วย

ได้รับยาสม่ำเสมอป้องกันไม่ให้อาการของโรคกำเริบขึ้นมาใหม่ ซึ่งจะต้องใช้เวลาในการรักษามาก และยากต่อการรักษามากขึ้นไปอีก และหากผู้ป่วยไม่กินยาจริง ๆ ก็ต้องรายงานต่อแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อจะได้หาวิธีการแก้ไขปัญหา เช่น การนัดติดตาม เป็นต้น

2. การส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง

ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแยกตัวจากสังคม เฉยชา ไม่มีเป้าหมายชีวิต ไม่มีการดูแลตนเอง อยู่ไปวัน ๆ สกปรก จนเป็นที่รังเกียจของคนรอบข้าง การที่ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง ทำตัวสกปรกนั้น อาจทำให้ญาติเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยเกียจคร้าน และทำให้ญาติมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งญาติต้องเข้าใจให้ถูกต้องว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นอาการของโรค ซึ่งผู้ดูแลหรือญาติจะต้องให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในเรื่องของการดูแลตนเองในขั้นต้น เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว มอบหมายให้ล้างถ้วย ล้างชาม กวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นต้น

“เขาไม่ค่อยชอบอาบน้ำ ทำตัวสกปรก เหม็น ทำให้คนอื่น ๆ รังเกียจเขา เราต้องเข้าใจเขา ว่านี่เป็นอาการป่วยของเขา และเราต้องช่วยให้เขาอาบน้ำให้ได้ บางทีต้องอาบน้ำให้เขาเอง ไม่เช่นนั้นเขาจะไม่อาบน้ำ เหมือนเด็ก ๆ ต้องคอยดูแลตลอด เขาไม่ชอบอาบน้ำเลย เราต้องให้เขาอาบน้ำเพื่อไม่ให้คนอื่นรังเกียจ ต้องแต่งตัวให้ แต่ถ้าเราไม่ใช้ให้ทำ หรือเรายุ่งงานจนลืม เขาก็ไม่อาบน้ำอีก” (ID4, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“เขาไม่ใส่ใจตัวเอง เนื้อตัวสกปรก ผมรุงรัง แต่ก่อนเราก็ไม่เข้าใจ ก็ล้ามเขาไว้ไม่ได้ดูแล ก็อย่างที่เรารู้ๆ เข้าใจนั่นแหละ เป็นเหมือนคนบ้า คือ สกปรก เหม็น ผมรุงรัง เสื้อผ้าสกปรกขาด ๆ แต่เมื่อหมอนแนะนำเรารู้แลเขาดีขึ้น ถ้าคนที่ไม่รู้จักมา ดูไม่ออกว่าเป็นคนบ้า เรบอกให้เขาแต่งตัวดี ๆ จะได้ไม่มีใครรังเกียจ ไม่มีใครหาว่าเราบ้า เขาก็ทำนะ ตอนนี่ดูดี เขาแต่งตัวดี เรียบร้อย ทำงานได้ ไม่มีใครรู้” (ID1, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

“เขาไม่อาบน้ำ เราต้องหลอกล่อให้เขาอาบน้ำ คัดผม เราต้องหลอกเขาว่าจะมีพยาบาลสวย ๆ มาตรวจ เขาถึงจะอาบน้ำ คัดผม แต่งตัว เพราะเขาประทับใจพยาบาลสาว พูดกับเขาดี ๆ ชอบคนสวย เราต้องหลอกล่อว่ามีคนสวย มาเยี่ยมบ้าง มีหมอสวย ๆ มาตรวจบ้าง เขาถึงจะยอมทำ” (ID5, Focus Group 14 พ.ย. 2549)

“ที่ต้องบอกว่าลูกจะมาหา ให้อาบน้ำ แต่งตัวดี ๆ เขาจะยอมทำทั้งหมด เพราะเขารักลูกเขามาก อ่างลูกเขาจะทำทุกอย่าง แล้วจะรอดถามเราว่าเมื่อไหร่ลูกจะมา เราก็บอกว่า ดูแลตัวเองดี ๆ ก่อน ไม่งั้นลูกจะอายุไม่กล้ามา”

(ID7, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“การไม่ยอมอาบน้ำ ไม่ดูแลตัวเอง สกปรก เฉื่อยชา แยกตัวออกจากสังคม กลัวการเข้าสังคม อาการเหล่านี้เป็นอาการของผู้ป่วยจิตเภท ไม่ใช่เป็นการแกล้ง แสดงอาการดังกล่าว เพราะความซีเกียจ แต่เป็นอาการของโรค หากญาติมีความเข้าใจต่อโรค ก็จะพยายามเอาใจใส่ให้ผู้ป่วยดูแลตัวเอง เช่น ให้อาบน้ำ ตัดผม ซักเสื้อผ้า พุดคุยด้วยกับเขา ตามใจเขา เพื่อให้เขาสบายใจ และกล้าที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับญาติ ทำให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการทางสังคมดีขึ้น”

(อสม., สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

นอกจากให้ดูแลสุขภาพกายให้ดูดีแล้ว ก็พยายามให้เขาสามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของเขาเองได้ เช่น การซักผ้า การปิดกวาดที่นอน การล้างจาน ทำความสะอาดของใช้ต่าง ๆ เพื่อฝึกเขาให้รับผิดชอบกับชีวิตประจำวันของตนเองให้ได้

“มอบหมายให้เขาล้างจานทุกวัน แต่เราต้องคอยเตือนอยู่เรื่อย ๆ นะ เขาก็จะทำ ดูเหมือนว่าเขาจะซีเกียจนะ แต่เขาก็ทำไม่เคยขาด เพียงแต่เราต้องบอกให้เขาทำ ต้องบอกอยู่เกือบทุกวัน ให้เขาซักผ้าของเขาเอง ปิดกวาดบ้าน แต่ต้องใช้ทุกอย่างนั้นแหละ ถ้าไม่ใช้ให้ทำเขาก็ไม่นึกที่จะทำหรอก”

(ID6, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“เขาซีเกียจมาก ไม่ทำอะไรเลย วัน ๆ เอาแต่นอน แต่ยายก็พยายามให้เขา ทำงานที่เป็นส่วนตัวเขาเอง เช่น ซักผ้า แต่ยายต้องซักของยายด้วย แล้วใช้ให้เขาซักของเขา เขาถึงจะทำ ก็สงสารเขา เขาซีเกียจ ไม่รู้เป็นเพราะอะไรทั้ง ๆ ที่แต่ก่อนเขาขยันทำงาน แต่พอป่วยก็กลายเป็นคนซีเกียจไปเลย เอาแต่นอน หรือไมก็นั่งเล่นอยู่ใต้ต้นไม้ที่เห็นนั้นแหละ ไม่ยอมทำอะไรบ๊อกรู้ก็ไปนอน”

(ID5, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“แต่ก่อนตอนออกจากโรงพยาบาลใหม่ ๆ ที่ต้องทำให้เขาทุกอย่าง เหมือนตอนเขาเด็ก หากินเองก็ไม่ได้ อาบน้ำเองก็ไม่ได้ ไม่ไหว ทำอะไรไม่ได้เลย ระยะเวลา

หลังพยายามให้เขาทำของเขาเอง โดยเอาลูกเขามาอ้าง ตอนหลังเขาอาบน้ำเอง เราทำกับข้าวไว้ให้ ถึงเวลาเขาดักกินเอง หาน้ำกินเอง ชักผ้าเอง แต่ก่อนต้องทำให้หมด” (ID7, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

จากการสัมภาษณ์ จะเห็นว่าผู้ดูแล พยายามให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองทั้งหมด โดยเฉพาะในเรื่องของกิจวัตรประจำวันของตัวผู้ป่วยเอง เช่น การอาบน้ำ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร และในบางราย ยังให้ช่วยงานบ้าน เล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อเสริมทักษะในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อันทำให้ผู้ป่วยไม่เป็นที่รังเกียจ เอือมระอาของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

3. การสังเกตอาการกำเริบ

ผู้ดูแลจะต้องคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยอยู่เสมอ โดยจะมีอาการเตือนของผู้ป่วย เช่น ญาติสังเกตได้ว่าผู้ป่วยเริ่มสับสน เริ่มระแวง ไม่ยอมนอน พุดมากขึ้น แยกตัว เก็บตัวเงียบ เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยในการป้องกันการกำเริบได้และจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาที่

“ถ้าอาการเขากำเริบ เขาจะยืนตัวแข็ง แมื่อยืนกลางแดด ก็จะมียืนตัวแข็ง ตาขวาง คนอื่นเข้าใกล้ไม่ได้ พี่ต้องคอยเข้าไปพูดกับเขา ค่อย ๆ พูด ให้เขาหายความกังวล หายเครียด แต่ถ้าเขาถึง แสดงว่าอาการหนักควบคุมไม่ได้ จะต้องไม่ไปยุ่งกับเขา ให้เขาอาการดีขึ้นก่อนแล้วค่อยคุยกับเขา”

(ID4, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ถ้าเขามีอาการกำเริบ เขาจะเดินทั้งคืนไม่ยอมนอน ซึ่งอาจจะเป็นเพราะในวันนั้นเขาไม่ได้กินยา เราต้องรีบทำให้เขากินยาให้ได้ ไม่เช่นนั้นจะอาละวาด”

(ID1, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“เมื่อเขามีอาการ เขาจะเก็บตัวเงียบ เรียกก็ไม่ยอมได้ยิน ยายต้องคอยพูดว่า ยายรักหนูนะ ออกมาคุยกับยายหน่อย เมื่อเขาสบายใจขึ้นเขาก็จะออกมาเอง ”

(ID2, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

ในการสังเกตอาการของผู้ป่วยมีความสำคัญมาก ญาติผู้ป่วยจะต้องเข้าใจว่าเวลาไหนผู้ป่วยเครียด เกิดจากสาเหตุอะไร และจะสามารถระงับอาการเครียดของผู้ป่วยได้อย่างไร ซึ่งญาติจะต้องใส่ใจและบริหารจัดการลดอาการเครียดของผู้ป่วยให้ได้โดยเร็วที่สุด เพราะหากมีอาการเครียดมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบ ฟุ้งซ่าน ควบคุมตัวเองไม่ได้ อาจจะทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนรอบข้าง หรือตัวผู้ป่วยเอง

4. ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย

ความเครียดบางอย่างอาจเป็นปัญหากับผู้ป่วยในช่วงที่กำลังจะดีขึ้น ความเครียดอาจเกิดจากภายในหรือภายนอกครอบครัวก็ได้ซึ่งญาติจะช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบได้โดย การปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วยให้เหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้ พยายามค้นหาสิ่งที่คุณป่วยสามารถทำได้ แล้วช่วยให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ปรับตัวตามความสามารถ พูดคุยกับผู้ป่วยสั้น ๆ ให้ได้ใจความ อย่าเปลี่ยนแปลงตารางเวลาต่าง ๆ ถ้าไม่จำเป็น และรักษาสัญญาที่ให้ไว้กับผู้ป่วย จะต้องไม่มีการคำหนิ ดุด่า หรือแม้แต่การมีปากเสียง หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด โมโหง่าย ซึ่งอาจจะทำให้อาการทางจิตกำเริบขึ้นอีก ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยไม่ให้มีอาการกำเริบ จะต้องพยายามให้ผู้ป่วยอารมณ์ดี ไม่หงุดหงิด เครียด หรือโมโห การปลอบโยน ปลอบใจ โดยการพยายามพูดคุยกับผู้ป่วยดี ๆ ให้กำลังใจ ใช้คำพูดที่นุ่มนวล ไม่ดุด่า ตามใจในสิ่งที่เห็นว่าจะทำให้ผู้ป่วยสบายใจ

“ต้องเอาใจเขาทุกอย่าง เขาอยากได้อะไรก็ต้องไม่ขัด ทุกวันเขาจะต้องไปกินกาแฟที่ร้าน พี่ก็ไปบอกที่ร้านไว้ว่าถ้าเขาไม่มีเงินให้ เขาจะเอาอะไรก็ให้เขาเอาไป แล้วค่อยเก็บเงินที่พี่ ที่ร้านเขาก็ไม่ขัดใจ แต่ส่วนมากก็กินกาแฟอย่างเดียว วันละ 10 บาท ไม่ให้เขาขัดใจ เมื่อได้กินกาแฟเขาก็จะสบายใจ”
(ID4, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“...เขาจะมาซื้อกาแฟที่ร้านทุกเช้า ส่วนมากพี่สาวเขาจะให้เงินเขาไว้เพื่อมาซื้อกาแฟ ยายก็เข้าใจเขา วันไหนเขาไม่มีเงิน เขาก็จะบอกว่าไม่มีเงิน แต่จะขอซื้อกาแฟ เราก็หยิบกาแฟให้เขา พอดกเย็นพี่สาวเขาจะมาถามที่ร้านเป็นประจำว่า...(ผู้ป่วย) มาเอาอะไรไปบ้าง ค้างค่าอะไรอยู่บ้าง เขานำส่งสารตอนนี้เขาเก่งรู้เรื่องขึ้นเยอะแล้ว” (แม่ค้า SO4, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 25)

“เมื่อเราหลอกเขาว่าลูกจะมาหา เขาก็จะคอยลูกเขา เขาก็บอกว่าโรงเรียนยังไม่เปิดลูกมาไม่ได้ วันเสาร์ โรงเรียนเปิดลูกจะมา เราต้องให้ลูกเขามาวันเสาร์ให้ได้ ต้องรักษาสัญญา ไม่เช่นนั้น เขาก็จะหงุดหงิด โกรธ” (ID7, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“เขาอยากนอนก็ให้เขานอน เขาตื่นลงมาก็คอยถามเขา หิวข้าวไหม กินข้าวหรือยัง กินยาด้วยนะ ต้องพูดกับเขาดี ๆ ด้วยนะ” (ID3, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“เหมือนเด็ก ๆ ต้องเอาใจทุกอย่าง ตามใจทุกอย่าง อยากทำอะไรก็ให้เขาทำ
อยากได้อะไรก็ต้องหาให้ ต้องคอยพูดเพราะ ๆ ระวังที่สุดไม่ทำให้เขาเครียด”
(ID1, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด โมโห หรือฉุนเฉียว เพราะเมื่อผู้ป่วยมี
อาการหงุดหงิด โมโห หรือฉุนเฉียว นอกจากจะทำให้อาการกำเริบแล้ว ยังนำไปสู่ความยุ่งยากอื่น ๆ
อีก เช่น ไม่ได้ทำงาน ผู้ป่วยก็ไม่ยอมช่วยทำงาน ดังนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงความยุ่งยากดังกล่าว ผู้ดูแลจึง
มีวิธีการที่จะช่วยไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด โมโห หรือโกรธ โดยเวลาที่พูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ให้
ข้อมูลจะต้องใช้คำพูดดี ๆ จะไม่บ่น หรือด่าว่า และพยายามหลีกเลี่ยงคำพูดที่จะกระทบกระเทือน
ความรู้สึกของผู้ป่วย

“หากมีอะไรมาสะกิดใจเขานิด เขาก็จะเครียด หงุดหงิด โมโห หากเราหงุดหงิดด้วย
บ่นเขา ด่าเขา ประเดี๋ยวก็ไปกันใหญ่ เอาไม่อยู่ เราจะต้องพูดกับเขาดี ๆ เอาใจ
เขา ชมเขา บ่นไม่ได้เลย ยิ่งด่ายิ่งไปกันใหญ่ ถ้าเขงอนไม่เป็นไร แต่ถ้าเขา
อาละวาดแล้วไปกันใหญ่เลย” (ID5, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“เรื่องเมีย เป็นเรื่องที่พูดในบ้านนี้ไม่ได้เลย พูดแล้วสะกิดหัวใจเขาทันที เขาจะ
มีอาการกำเริบขึ้นมาทันที จะต้องรีบเปลี่ยนเรื่องคุยกับเขา และเป็นเรื่องที่เขา
ฟังแล้วรู้สึกดี ไม่เช่นนั้นเขาจะเครียดจัดขึ้นมาทันที เรื่องเมียเป็นเรื่องที่พูดถึง
ไม่ได้จริง ๆ แต่เรื่องลูกพูดได้ เขาชอบ เขาภูมิใจกับลูก”
(ID7, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

5. การลดความตึงเครียดของผู้ดูแล

ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความบกพร่องทางจิตนั้น ผู้ดูแลเองก็อาจจะประสบปัญหา
ความเครียดเองได้เช่นกัน ซึ่งจะต้องลดความตึงเครียดของตัวเอง โดยควรหาเวลาส่วนตัว
หรือพักผ่อนบ้าง เพราะถ้าญาติมีความตึงเครียดน้อยลง ผู้ป่วยก็จะเครียดน้อยลงด้วย การพูดคุยกับ
ผู้ป่วยดี ๆ ได้ ต้องใช้วิธีการควบคุมอารมณ์ของตนเองให้เยือกเย็น ไม่ให้โกรธ หรือโมโหผู้ป่วย
ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยคิดมาก จนเกิดความเครียด เพราะผู้ป่วยจะให้ความเกรงใจ ยำเกรง รัก และ
เคารพ และรู้สึกไว้วางใจกับผู้ที่ดูแลเป็นพิเศษ ซึ่งผู้ดูแลหลักจะต้องรักเขา เอ็นดูเขา พูดกับเขาดี ๆ

“บางทีเราก็โมโหนะ แต่ก็แสดงให้เขาเห็นไม่ได้ จะบ่น คุณค่าเขาไม่ได้ เราต้องเก็บอารมณ์ไว้ หรือหลีกเลี่ยงไปทำอย่างอื่นเสีย ไม่เช่นนั้น เขาจะเสียใจ เครียด” (ID6, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“การที่พูดกับเขาซ้ำ ๆ เรื่องเดิม ๆ หลาย ๆ ครั้ง บางครั้งเราก็หงุดหงิดเหมือนกัน เช่น ใช้ให้เขาช่วยตักน้ำให้เรา หลายครั้งเขาเฉย เราเองก็รีบ บางครั้งก็โมโห เหมือนกัน แต่พอนึกขึ้นได้ก็เฉยเสีย เพราะเข้าใจเขา ไม่เช่นนั้นเขาก็จะเครียด เขาคงจะแค้นเรานะเหมือนกันนะ ” (ID6, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“บางครั้งป้าก็รำคาญ กับความที่เขาขี้เกียจนะ แต่ก็บ่นเขาไม่ได้ บ่นเขาจะน้อยใจทันที จะค่อย ๆ พูดเอาใจเขา เพื่อให้เขาช่วยเราทำงาน พูดดี ๆ อย่างเดียว ถ้าเขาพอใจเขาก็ทำ ถ้าเขาไม่พอใจจะทำเราพูดดีอย่างไรเขาก็ฟังเฉย แต่เราจะโมโหไม่ได้ ต้องปล่อยเขา ทำใจว่าเขาป่วย เขาเป็นอย่างนี้แหละ” (ID5, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

จะเห็นได้ว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นภาระที่หนักมากสำหรับผู้ดูแล เพราะต้องดูแลในเรื่องของการดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่ง การช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การคอยสังเกตอาการกำเริบ การช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งเป็นภาระที่หนักยิ่งกว่าการดูแลเด็กเล็กเสียอีก การที่ผู้ดูแลจัดการกับความเครียดของตนเองก็มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแล เพราะหากผู้ดูแลมีความเครียดเองด้วยแล้ว ก็จะเป็นปัญหาที่กระทบต่อตัวผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ดังที่ผู้ดูแลสะท้อนถึงภาวะความเครียดที่ตนประสบในระยะต้นของการดูแลผู้ป่วย

“ช่วงดูแลเขาแรก ๆ เครียดมาก เหมือนจะเป็นบ้าไปด้วยอีกคน คิดมากถึงขนาดคิดจะเอายาพิษให้เขากินให้ตายไปเสีย จะได้ไม่เป็นภาระ เพราะเรามีภาระจะต้องดูแลพ่อแม่ซึ่งอายุมากแล้วด้วย มาเครียดกับเขาซึ่งเอาแต่ใจตัวเอง ชอบอาละวาด ขอมรับว่าช่วงนั้นคิดมาก เครียดจัด แต่ด้วยความสงสารในความเป็นน้อง ตัดเขาไม่ได้ ช่วงหลังคิดเสียว่าเป็นกรรมที่เราทำร่วมกัน จึงสบายใจขึ้น ตอนนั้นเขาจะอย่างไรก็ไม่เครียดกับเขา ไม่โมโห ไม่โกรธเขา เพราะเรายอมรับ เราคิดว่าเป็นชะตากรรมร่วมกัน สบายใจขึ้น” (ID4, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ใหม่ ๆ ก็เครียดกับโชคชะตานะ เพราะเขาเป็นสาเหตุหลักของครอบครัว เขามาป่วยภาระทั้งหมดจึงตกอยู่กับเรากันเดียว ก็เครียด แต่ก็ทำใจได้ คิดว่าเขาสร้าง

“มาให้เราเป็นอย่างนี้ เราก็รักเขานะ แต่เขาก็ดีขึ้นมาก”

(ID1, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

“ก็เขาเป็นลูกเรา จะเอาไปไหนเสีย เขาจะเป็นอย่างไรก็ต้องดูแลเขา แทนที่เขาจะดูแลเรา คิดเสียว่าเป็นกรรม ก็ทำใจได้ ก็พยายามทำบุญนะ ชวนเขาทำบุญ เกิดชาติหน้าจะได้ไม่เป็นอย่างนี้ ชาตินี้เราคิดว่าเป็นกรรม เราทำใจได้แล้ว แต่แรก ๆ ยอมรับว่าเครียด รับไม่ได้กับที่ลูกเป็นอย่างนี้ แต่พอเราเครียด เราโมโห ลูกเราเครียดหนักกว่าเรามาก เพราะเขาป่วยอยู่ ก็ได้เจ้าหน้าที่แนะนำด้วยว่าเราควรจัดการกับความเครียดอย่างไรไม่ให้กระทบกับลูก ตอนนี้อาจทำได้แล้ว ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลเขา กังวลแต่ว่าถ้าไม่มีเราเขาจะอยู่อย่างไรแค่นั้นเอง”

(ID3, สัมภาษณ์ 14 พ.ย. 2549)

ชาวไทยที่นับถือศาสนาพุทธมีความเชื่อในเรื่องกรรมว่า เป็นตัวกำหนดสถานภาพ และความเป็นไปของมนุษย์ทุกคน ชีวิตของแต่ละคนจะมีความสุขหรือทุกข์มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับกรรมที่ตนกระทำมา จึงกล่าวได้ว่า “กรรม” ตามความเชื่อของชาวพุทธจึงถูกนำมาใช้เป็นสิ่งกำหนดสถานะสุขภาพ และสิ่งกำหนดแนวคิดและทางออกของการแก้ไขปัญหาของแต่ละคน

กรรมในฐานะเป็นสิ่งกำหนดสถานะสุขภาพ ชาวพุทธเชื่อว่าผลของกรรมแบ่งออกเป็นสองช่วง คือ ช่วงแรกเป็นเรื่องของอดีตที่เชื่อมโยงมาถึงปัจจุบัน และช่วงที่สองเป็นเรื่องของปัจจุบันที่เชื่อมโยงไปสู่อนาคต ดังนั้น ชาวพุทธจึงยึดเอาปัจจุบันเป็นจุดยืนแล้วมองย้อนกลับไปสู่ออดีต และเชื่อว่าในอดีตชาติ หรือในช่วงแรกของชีวิตผู้ป่วยคงจะกระทำให้ไม่ดีไว้ จึงต้องมารับกรรมแม้แต่ญาติผู้ดูแลเองก็เข้าใจว่าการที่ตนต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยก็เป็นเพราะกรรมของตนที่กระทำไม่ดีไว้

“คิดไปว่าคงเป็นกรรมแต่ปางก่อนมัง คิดเอาใจเราช่วยเราเองคิดว่าเป็นกรรมของเรา กรรมที่เกิดขึ้นกรรมที่เป็นอยู่ก็กรรมของเรา ก็ยอมรับสภาพ คนที่ยอมรับสภาพได้ จึงจะรักษาโรคนี้นาย” (ID6, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“เราก็เป็นคนดีทำไมมาเจอปัญหาอย่างนี้ละ คนทำดีไม่ได้ดี ก็นึกน้อยใจเหมือนกัน ในกรมทหารมีครอบครัวผมเท่านั้นที่เป็น เวรกรรมหรือเปล่าถ้าเป็นเวรกรรม ก็คงในอดีตชาตินั้นแหละ เอาทางพระเจ้าข่มค้อยปลงได้หน่อย”

(ID2, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

การยอมรับว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยพยายามโยงเข้ากับวาทะกรรมทางพุทธศาสนา ว่าด้วยเรื่องของกรรม ว่าความเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเพราะการกระทำกุศลกรรมในอดีตของตนจึงต้องเกิดมารับผลกรรมนั้น โดยไม่สามารถจะหนีพ้นได้ จึงต้องยอมรับสภาพของการเจ็บป่วย การยอมรับจึงกลายเป็นลักษณะของการ “ยอมจำนน” ต่อการเจ็บป่วย ถ้าไม่หมดกรรมก็ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ถ้าเป็นญาติผู้ดูแลก็ยอมจำนนที่จะต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย อำนาจกรรมจึงอยู่เหนือญาติและตัวผู้ป่วย โดยญาติและผู้ป่วยเชื่อว่าตนไม่สามารถที่จะต่อสู้และเอาชนะได้ต้องก้มหน้ารับกรรมหรือชดใช้กรรมไปจนกว่าจะหมดกรรม จึงปล่อยตามยถากรรมหรือสุดแต่เวรแต่กรรม

นอกจากกรรมจะเป็นตัวกำหนดสภาวะสุขภาพของคนแล้ว ความเชื่อเรื่อง “กรรม” ยังเป็นสิ่งกำหนดแนวคิดและทางออกในการแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วย ด้วยความเชื่อที่ว่าความเจ็บป่วยเป็นผลมาจากกรรมไม่ดีของตนในอดีต สาเหตุของความเจ็บป่วยบางอย่างนั้นเป็นสิ่งที่รู้ได้ และรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์ แต่บางโรคการรักษาโดยวิธีการทางการแพทย์ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ชาวพุทธเชื่อว่าโรคประเภทนี้ คือ “โรคเวร โรคกรรม” อันเป็นผลมาจากกรรมไม่ดีในอดีต ดังนั้น การรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ และการทำบุญกุศลจึงเป็นสิ่งจำเป็นโดยเชื่อว่าจะทำให้กรรมในอดีตของตนนั้นหมดไปได้ และเมื่อนั้นโรคที่เป็นก็จะหาย ทำให้ผู้ป่วยและญาติยังมีความหวังว่าสักวันจะเป็นเหมือนคนปกติทั่ว ๆ ไป นอกจากนั้นความเชื่อเรื่องกรรมยังช่วยปลอบประโลมใจให้ญาติยอมรับสภาวะของการดูแลผู้ป่วยด้วยความสุขสงบไม่กล่าวโทษหรือเจ็บแค้นผู้หนึ่งผู้ใด เพราะเชื่อว่าเป็นผลมาจากการกระทำของตนในอดีตที่กระทำสิ่งไม่ดีเอาไว้จึงต้องมารับกรรมนั้น จึงพยายามทำความดีเพื่อลบล้างกรรมไม่ดีในอดีต ซึ่งจะส่งผลดีต่อการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจรักมากยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 4 การเสริมสร้างพัฒนาการทางสังคมของผู้ป่วย

การเจ็บป่วยทางจิต ที่เรียกว่า โรคจิตเภท นั้นต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลายาวนาน และทัศนคติของสังคมและบุคคลรอบข้างที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตในทางลบได้บั่นทอนศักยภาพ ความภาคภูมิใจในตนเองของผู้ป่วยลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า ไร้ค่า คนบาป มีกรรม ความรู้สึกเช่นนี้มีผลให้ผู้ป่วยท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจในการดำเนินชีวิตในสังคม การได้รับการเสริมพลังอำนาจได้ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกว่าตัวเองยังมีคุณค่า มีความหวังที่จะดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป ในการเสริมพลังอำนาจนั้น ญาติผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัว นับได้ว่ามีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างพัฒนาการทางสังคมให้กับผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัว เดือดญาติเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและเป็นทีไว้วางใจของผู้ป่วยมากที่สุด และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถแบ่งการเสริมสร้างพัฒนาการทางสังคมของผู้ป่วยออกได้เป็น 5 ประการ คือ

1. การให้ความรักความเอื้ออาทรห่วงใย
2. การให้รางวัล คำชม และกำลังใจ
3. การให้โอกาสผู้ป่วยในการแสดงออก
4. การบำบัดตามความเชื่อทางศาสนา
5. งานกับการสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย

1. การให้ความรักความเอื้ออาทรห่วงใย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกรายนอกจากทำหน้าที่ให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความอบอุ่นใจและมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่ประสบอยู่ตลอดเวลา ซึ่งแต่ละคนต่างมีวิธีการแสดงความรักต่อผู้ป่วย โดยใช้การสัมผัส (Nonverbal) และด้วยวาจา (Verbal)

การสัมผัสทางกาย เป็นการแสดงออกถึงความรักที่ผู้ดูแลมีให้แก่ผู้ป่วย ในรายของภรรยาที่ใช้การสัมผัสทางกายเป็นตัวแสดงความรักต่อสามีซึ่งเป็นผู้ป่วย

“การดูแลโดยการสัมผัส หลังจากได้รับการอบรมจากโรงพยาบาลได้นำไปทดลองทำดูปรากฏว่าครั้งแรกผู้ป่วยเขางง ๆ แต่ก็ดูเขาจะยิ้มแย้มแจ่มใสขึ้นอารมณ์ดีขึ้น เขาคงจะคิดว่าเรายังรักเขาอยู่ไม่ได้ทอดทิ้งเขา”

(ID1, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

การแสดงความรักเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ในฐานะยายที่ดูแลหลานมาตั้งแต่เด็ก เป็นเสมือนแม่ผู้ดูแลลูกสาวที่ป่วย เธอสังเกตว่า

“SC2 เวลานอนเขาจะจับมือเรานอน ถ้าไม่หลับจะต้องจับมือเราอยู่อย่างนั้น เหมือนเขากลัวว่าเราจะทิ้งเขาและสังเกตเห็นว่าเมื่อเขาตื่นขึ้น เขาจะแจ่มใสพูดคุยกับเราดีมาก แต่ถ้าไม่ได้นอนจับมือยาย เขาจะนอนไม่หลับ”

(ID2, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

ในกรณีของ SC2 ตอนที่เธอยังมีอาการหูแว่วหลงเหลืออยู่ เสียงที่น่ากลัวที่รบกวนในบางเวลาอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการต้องการความใกล้ชิดเป็นพิเศษกว่ายามปกติ

ในฐานะแม่ เขาอยู่ใกล้เราเขารู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยและ เขาชอบให้เราจับ กอดเขา ทั้ง ๆ ที่เขาเป็นผู้ชาย แต่เขาคงกลัวหรือเหงา

“SC5 บางครั้งเขาชอบมากอดเรา เหมือนมาออดอ้อนเรา เขาคงเหงา บางทีเขาอยากให้เราออดเหมือนเด็ก ๆ เวลาเราออดเขาจะสบายใจ ชอบใจ อารมณ์ดี” (ID5, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

การแสดงความรักด้วยวิธีการสัมผัสใกล้ชิด นอกจากสามรายที่พบแล้วนอกจากนั้น ไม่พบว่า มีการแสดงความรักในลักษณะนี้ แต่ใช้วิธีการแสดงความรักความห่วงใยด้วยวาจา ด้วยรอยยิ้ม โดยญาติให้เหตุผลว่า

“การกอดการสัมผัสไม่เคยทำตั้งแต่แรก ถ้าไปทำรู้สึกแปลก ๆ จะทำก็เพียงถามว่า กินข้าว กินยาหรือยัง หิวไหม เหมือนกับเอาใจใส่เขา ต้องการอะไรอีกไหม” (ID6, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ผู้ป่วยเขาจะรับรู้ความรู้สึกของเราได้เร็วมาก อาจเป็นเพราะเขาหวาดระแวง อยู่แล้วว่าเราจะไม่รักเขา การที่แค่เรามองด้วยสายตาไม่พอใจ ก็อาจจะทำให้เขาเครียดได้ แม้แต่สายตาที่มองเขาก็ต้องมองด้วยความรัก รอยยิ้ม เขาจะอุ่นใจ แล้วยิ้มกับเรา คอยกับเรา ” (ID7, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

การโอบกอดแสดงความรักความผูกพันต่อกันในสังคมไทย จะไม่ค่อยได้พบเห็นนัก แม้ในยามปกติ นอกจากนั้นเพศยังมีส่วนต่อการแสดงความรู้สึกในลักษณะของการสัมผัสใกล้ชิด เพศหญิงกับเพศหญิง คือแม่กับลูกสาว จะมีการแสดงออกถึงความรักในลักษณะนี้มากกว่า แต่ในเพศชายกลับไม่พบการแสดงความรักในลักษณะดังกล่าวกับ ลูกชาย หรือลูกสาว อาจเป็นเพราะพ่อจะไม่แสดงความใกล้ชิดกับลูกเท่ากับแม่ ในทำนองเดียวกันระหว่างแม่กับลูกชายการแสดงออกในลักษณะของการสัมผัสใกล้ชิดก็จะไม่เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน

การแสดงความรักโดยการพูดคุยแสดงความห่วงใยซักถามถึงความต้องการของผู้ป่วย การยิ้มให้ การเตือนในเรื่องการกินยาเหล่านี้เป็นการแสดงความรักความห่วงใยของญาติที่มีต่อผู้ป่วย

ในส่วนของผู้ป่วยการได้รับการสัมผัสจากผู้ดูแล ซึ่งเป็นพ่อแม่ หรือภรรยา หรือพี่สาว ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ที่ผู้ป่วยรักและให้ความไว้วางใจ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกที่แปลกใหม่ คือ อบอุ่น เกิดความมั่นใจยิ่งขึ้นว่าตนจะไม่ถูกทอดทิ้งให้ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยตามลำพัง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความรู้สึกว่ายังมีคนที่รักเราอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกระตือรือร้นที่จะดำเนินชีวิตต่อไป

2. การให้รางวัล คำชม และกำลังใจ

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติ สิ่งที่ญาติพูดถึงผู้ป่วยในลักษณะที่เหมือนกัน อยู่อย่างหนึ่งก็คือ “ผู้ป่วยโรคนี้ต้องการคำชม ไม่ชอบขี้ใจ ถ้าขี้ใจแล้วละก็เดี๋ยวก็เป็นเรื่อง” คำพูดเหล่านี้ได้แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลเองก็ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นอย่างดี การเสริมพลังของญาติต่อผู้ป่วยจึงใช้วิธีการที่แตกต่างกันแต่พอสรุปได้ คือ

- การให้รางวัล เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ การให้รางวัลควรมีขอบเขตของการให้ ไม่ใช่ การแจกแบบได้ฟรี การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเสมือนการดูแลเด็ก ที่ผู้ดูแลจะต้องให้ความรัก ความเอาใจใส่ มีความฉลาดในการให้รางวัลอันเป็นสิ่งเร้า เพื่อการกระตุ้นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ของผู้ป่วย เช่น เมื่อผู้ป่วยทำงาน หรือแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการตกลงกันไว้ก่อนแล้ว เมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้แม้จะไม่ดีเหมือนกับคนปกติก็ตาม ผู้ดูแลหรือญาติก็สมควรให้รางวัล เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ทำสิ่งเหล่านั้นอีก ดังตัวอย่างของญาติในการดูแลผู้ป่วย

“ตื่นเช้ามาเขาจะรีบทำงานที่เป็นหน้าที่ของเขาทุกวัน เพราะเขารู้ว่า หากตอน เช้าเขาตักน้ำเตรียมไว้ให้แม่ ซึ่งป่วยอาบ เราจะให้เงินเขาไปกินกาแฟ ที่ร้าน กาแฟหน้าปากซอย เขาจะทำหน้าที่ของเขาทุกวัน” (ID5, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“เขาชอบทำงาน เพราะเมื่อเขาทำงานแล้วเขาจะได้ค่าจ้าง เขาจะรับทำของ ขำร่วยจากกลุ่ม ซึ่งมีพัฒนาชุมชนเข้ามาส่งเสริมอาชีพให้ แล้วให้หลานทำ เขาจะนั่งทำทุกวัน ทำให้เขาไม่เครียดด้วย และจะได้เงินจากการทำงานชิ้นละ 1 บาท ทำได้มากก็จะได้เงิน เขาก็จะภูมิใจกับเงินที่เขาได้ ทำให้เขารู้สึกว่าเขาสามารถ หาเงินได้เอง” (ID2, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“เขาแกะฝักมะขามเปียกปั่น ขายส่งราคา กิโลกรัมละ 7 บาท ทำให้เขารู้สึกว่า ตนเองไม่เป็นภาระของครอบครัว เราจะให้เขารับเงินเองจากคนรับซื้อ เขาดีใจ ยิ้มร่า เมื่อได้รับเงิน แล้วจะนำเงินมาฝากไว้กับพี่” (ID6, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

- การกล่าวคำชม ให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยประสบความสำเร็จ หรือทำสิ่งที่มอบหมายให้ได้ คำพูดที่ญาติใช้บ่อยคือ เก่งจัง ดีจัง ถึงแม้ผู้ป่วยจะทำสิ่งที่มอบหมายให้ได้ไม่คืนัก เมื่อเปรียบเทียบกับปกติทั่วไป ก็ตาม การกล่าวคำชมจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจยิ่งขึ้น กล้าแสดงออก

“ยายให้ไปซื้อกล้วย เลือกหวิมาสวยจัง จะชมเขาบอกว่าซื้อได้เก่ง เลือกได้ดี ซื่อเป็น ก็ดีนะแต่เขาไม่แสดงออกจะรับฟัง วันหลังเขาก็ถามอีกว่า จะให้ซื้อกล้วยอีกไหม” (ID2, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“เขาจะช่วยพาวิ่งไปผูก ช่วยงานบ้าน เขาชอบทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ แต่เราต้องชมเขา หากไม่ชมเขาจะไม่ทำ เวลาเราชมเขาจะยิ้มแล้วเห็นเราทำเขาก็จะช่วยทำ” (ID4, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ปกติจะขี้เกียจ แต่ถ้าป้าใช้ให้เขาทำเขาก็จะทำ แต่ต้องพูดกับเขาดี ๆ และชมเขาตลอด” (ID4, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

ในขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าตนมีความสามารถ และได้รับการยอมรับ จะรู้สึกว่าตนมีพลังอำนาจ เมื่อต้องการพลังอำนาจอีกครั้งผู้ป่วยจึงกลับมาปฏิบัติแบบเดิมอีกครั้ง เหมือนผู้ป่วยที่ถามยายว่าต้องการให้เขาซื้อให้อีกไหม เนื่องจากถ้าเขากลับสู่สถานการณ์เดิมเขาจะได้รับคำชมในสิ่งที่เขาทำได้ดี แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยถูกดำเนิน ว่ากล่าวเขาจะรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (Powerless)

กรณีที่ผู้ป่วยทำสิ่งที่มอบหมายให้ได้ไม่ดีนักวิธีการที่ญาติใช้ คือ พุดชมก่อนแล้วจึงแนะนำให้ผู้ป่วยได้คิด โดยใช้เหตุผลไม่ใช้การดำเนิน

“ยายให้ไปซื้อส้ม เขาซื้อมาได้ไม่ดี ยายก็ไม่ตำหนิเขาแต่จะสอนให้เขาว่า ครั้งต่อไปควรเลือกส้มอย่างไรถึงจะได้ของดี เขาก็จำไว้คราวหน้าเขาก็ซื้อมาให้เราได้ดี” (ID2, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ตอนทำขลุ่ยแรก ๆ เขาทำไม่ได้เพราะปกติเขาเป็นคนอารมณ์ร้อน หงุดหงิดง่าย เขาทำไม่ได้ตามที่ต้องการ แต่พี่ก็ได้ตำหนิเขา พยายามบอกเขาให้เขาค่อย ๆ ทำ เมื่อเขาทำได้ระดับหนึ่ง ซึ่งก็ยังไม่ได้ตามต้องการเสียทีเดียว ก็ชมเขาว่า ทำได้ดี เขาก็จะทำอย่างใจเย็นมากยิ่งขึ้น จนทำได้มาตรฐาน” (ID1, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

การให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยผิดพลาดหรือล้มเหลว โดยไม่ใช่คำพูดที่ซ้ำเดิมหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนผิด แต่ใช้คำพูดให้กำลังใจ เช่น ไม่เป็นไรคราวหน้าเอาใหม่ หรือเมื่อผู้ป่วยประสบกับปัญหาที่ทำให้ท้อแท้การให้กำลังใจโดยกล่าวว่า “อย่าท้อนะต้องสู้” เป็นต้น ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยที่จะเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้มากขึ้น

“ตอนเขาทำงานช่วงแรกเราก็ดีใจนะว่าทำงานได้ แต่ความเป็นพ่อแม่ก็เป็นห่วง เป็นกำลังใจ ตอนที่ทำงานเหนื่อย ๆ ก็จะบอกให้เขาหยุดพัก ไม่ให้เหนื่อยมากเกินไป กลัวกลัวจะเครียด ก็ชมเขาว่าเก่ง ชมบ่อย ๆ ชมทุกครั้งที่เขาทำงานนั่นแหละ” (ID4, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ตอนแรกเขาท้อ บ่นว่าต้องกินยาตลอดไม่หายสักที ไม่รู้เมื่อไหร่จะหาย อยากทำงานหาเงินเลี้ยงยาย ก็พยายามให้กำลังใจเขาว่าเดี๋ยวก็หาย กินยาเรื่อย ๆ ก็หาย หายแล้วจะได้ทำงาน เมื่อเขาได้เริ่มทำงานที่บ้าน เขาก็ดีใจว่าตนเอง ใกล้หายแล้ว ทำงานได้แล้ว” (ID2, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“การแสดงอาการซึมเศร้าผู้ป่วย มีความสำคัญมาก ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจดจำ พฤติกรรมที่ได้รับคำชื่นชม และจะแสดงพฤติกรรมนั้นบ่อยๆ ญาติผู้ดูแลก็ จะต้องไม่เบื่อกับการชมบ่อย ๆ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะทำใน สิ่งนั้น ๆ เพราะเห็นว่าเราชื่นชม ” (อสม., Focus group, 14 พ.ย. 2549)

การที่ได้พูดคุยกับหมอ และ อสม. ทำให้ได้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น จากเดิมที่ญาติต่างดูแลผู้ป่วยตามประสบการณ์และทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย โดยสังเกตจากการที่ญาติต่างบ่นว่า ผู้ป่วยน่ากลัว ต้องระแวงระวัง ไม่เข้าใจว่าเขาเป็นอะไรแน่เดี๋ยวก็ตาย หลังจากได้พูดคุยกับหมอ และ อสม. แล้วทำให้เข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ไม่ตำหนิผู้ป่วยแต่จะให้กำลังใจผู้ป่วยแทน

3. การให้โอกาสผู้ป่วยในการแสดงออก

การให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความสามารถที่ตนมีอยู่เป็นการเสริมพลังของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี จากเดิมที่ผู้ป่วยต่างคิดว่าตนเป็นคนไร้ค่า ไม่มีประโยชน์เมื่อได้รับโอกาสให้แสดงความสามารถมีผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า สามารถช่วยงานของครอบครัวได้ การให้โอกาสแก่ผู้ป่วยที่พบจากการศึกษา คือ

3.1 การเข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว

ในความรู้สึกของผู้ป่วยที่ดีตราตัวเองว่า ตนเป็นคนไร้ค่า เป็นภาระของครอบครัว ความรู้สึกเช่นนี้เกิดจากการที่ตนต้องรับความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว แต่วิธีการที่ช่วยสร้างความรู้สึกที่ดีต่อตัวเองของผู้ป่วยเกิดจากการที่สมาชิกในครอบครัวเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ช่วยงานเล็กๆ น้อยที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เช่น การทำกับข้าว ซักผ้า รีดผ้า กรอกน้ำ ดายหญ้า ล่ามวัว เป็นต้น ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วย กล่าวว่า

“เมื่อมีงานในบ้านเช่น ทำกับข้าว ช่วยแกะมะขามป่น ต้องให้เขาช่วยทำด้วย เขาจะรู้สึกว่ามีคุณค่า แต่บางครั้งก็รู้สึกรำคาญ เขาทำอะไรชักช้าไม่ เหมือนกับคนปกติอย่างเรา ต้องเข้าใจไม่ดู หรือว่าเขาเวลาเขาช่วยงาน” (ID6, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“ที่บ้านทำขลุ่ย เราให้เขาช่วยทำขลุ่ยด้วย เพราะปกติเขาจะเก็บตัวเงียบ และคิดมาก การที่เขาทำขลุ่ย ทำให้เขามีการพบปะพูดคุยกับคนอื่น ๆ ที่ทำขลุ่ยที่บ้าน ทำให้เขาดีขึ้น ปรับตัวได้มากขึ้น” (ID1, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“เขาช่วยทำงานทุกอย่างที่สามารถทำได้ เช่น กรอกน้ำ ล้างแก้ว หุงข้าว เก็บผัก แต่เราก็คอยดูไม่ให้เขาทำงานในช่วงที่อากาศร้อน โดยถ้าอากาศร้อนจัด เราก็จะไปล้างมือเอง เพราะถ้าร้อนจัดเขาจะมีอาการหงุดหงิด อาการจะกำเริบขึ้นอีก เมื่อเขาทำงานเราก็ชมเขา ต้องชมบ่อย ๆ เขาจะได้มั่นใจในการทำงาน” (ID4, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“การกินข้าวร่วมกันกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนไม่เป็นที่รังเกียจของบุคคลในครอบครัว ทำให้เขากล้าที่จะพูดคุยกับคนอื่นในครอบครัว และมีความมั่นใจที่จะพูดคุยกับคนอื่น ๆ มากขึ้นด้วย” (Focus Group, 14 พ.ย. 2549)

“หลาน ๆ ไม่ค่อยชอบให้น้ำ (ผู้ป่วย) กินข้าวด้วยกันกับเขา เขา(ผู้ป่วย)ก็รู้อาการรังเกียจของหลาน จนไม่กล้าคุยด้วย ไม่กล้าทำอะไรร่วมกันกับหลาน ๆ แต่เขาก็รักหลาน ๆ นะ บางครั้งเขามีเงินก็บอกให้เราช่วยเอาไปให้หลานไปโรงเรียน แต่เขาไม่กล้าเอาให้เอง เขาคงรู้อาการรังเกียจของหลาน ๆ แผละ ซึ่งตอนปกติเขามักจะให้เงินหลานไปโรงเรียนทุกวัน” (ID4, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

การที่ผู้ป่วยจิตเภทได้ทำงาน ช่วยเหลืองานในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยกับสมาชิกของครอบครัวคนอื่น ๆ ได้สร้างความรู้สึกมีส่วนร่วมและรู้สึกว่าตนยังเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออก กล้าที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ซึ่งเริ่มต้นจากบุคคลในครอบครัว แต่หากญาติปฏิบัติเสถียรความคิดเห็นของผู้ป่วยโดยสิ้นเชิงหรือแสดงท่าทีรังเกียจที่จะต้องทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย เช่น รับประทานอาหารดูทีวีหรือต้องพาผู้ป่วยไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเป็นคนอื่น ดำเนินตนเอง อาการที่ผู้ป่วยแสดงออกคือการแยกตัว ไม่รวมทำกิจกรรมด้วย เช่น ไม่ดูทีวีร่วมกับคนอื่น เก็บตัวอยู่ในห้องตามลำพัง

3.2 การเข้าร่วมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลภายนอกครอบครัว

การให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลภายนอกครอบครัว ถือเป็นพัฒนาการอีกขั้นของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย โดยผู้ดูแล อาจพาผู้ป่วยไปจ่ายตลาด ไปเที่ยวห้าง หรือเมื่อมีการไปท่องเที่ยวของครอบครัว ก็พาผู้ป่วยไปเที่ยวด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมอื่น ๆ ของสังคม เช่น งานทำบุญหรือกิจกรรมของชุมชน การที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณยังเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม แต่ในรายที่ญาติกลัวการสื่อสารจะเก็บผู้ป่วยไว้ที่บ้าน ผู้ป่วยจึงขาดโอกาสในการพัฒนาตนเองในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

การป่วยด้วยโรคจิตได้บั่นทอนความมั่นใจในการแสดงความสามารถที่ผู้ป่วยมีอยู่ ดังนั้นมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณยังเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม จึงเป็นการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง

“อย่างเราไปวัด เราจะพาเขาไปด้วย โดยจะชวนเขากวาดลานวัด บอกเขาว่าเป็น การทำบุญจะได้หายเร็ว ๆ จะได้ทำงานอย่างอื่นได้ เขาก็จะดีใจและยินดีทำ การที่พาเขาไปไหนมาไหน เขาจะกล้าที่จะปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้เร็วขึ้น ไม่เก็บตัว” (ID3, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ไปจ่ายตลาด ป้าก็ชวนเขาไปด้วย ทำให้เขากล้าที่จะพบปะผู้คน แต่ต้องไปกับ เราเขาถึงจะมั่นใจ ช่วงหลังเขารู้ว่ามียาตลาดนัดวันไหน เขาก็จะชวนเราไปเอง แสดงว่าเขามั่นใจที่เข้าสังคมมากขึ้น ซึ่งแต่ก่อนเขาไม่กล้าเจอคนอื่นนอกจาก เราด้วยซ้ำ” (ID5, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

การเข้าร่วมกิจกรรมกับคนอื่น ๆ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองที่จะ ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับคนอื่น ในรายของผู้ป่วยหญิงที่มีอาการหลงผิดว่าตนถูกคนอื่นด่า คำหยาบ ไม่กล้าเข้าร่วมงานในสังคมการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น ตลาดนัดใกล้บ้านจึงเป็นอีก ช่องทางหนึ่ง que ผู้ป่วยจะได้ทดลองการเข้าสู่สังคมอีกครั้ง.

“บอกเขา ไปเที่ยวตลาดกับยาย ไม่ต้องกลัวว่าใครจะมองเราอย่างไร จะว่าอะไร เรา มียายอยู่ ยายรักหนูนะ ให้ไปกันสองคนกับยาย ไม่ต้องสนใจใครนะว่า ใครจะว่าหรือด่าหนู แล้วเจออะไรก็มาบอกยาย” (ID2, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

4. การบำบัดตามความเชื่อทางศาสนา

ผู้ป่วยทางจิตซึ่งเป็นปัญหาทางจิตเวช ญาติอาจหาวิธีการบำบัดทางจิตวิญญาณเพิ่มเติมนอกจากการเยียวยาด้วยยาแล้ว โดยการให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อของตน ผู้ป่วยบางรายอาจคิดว่าการป่วยของตนเกี่ยวข้องกับศาสนา เช่น การทดสอบของเทพ ผลจากการทำบาปกรรม ในชาติก่อนหรือชาตินี้ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อช่วยบำบัดทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ เช่น การนำผู้ป่วยไปทำบุญที่วัด การทำความดี การช่วยงานในวัดช่วยดูแลกวาดลานวัด ช่วยคนสูงอายุที่มาวัดในการจัดหาอุปกรณ์ในการถวายอาหารให้พระภิกษุหรืออำนวยความสะดวกในการมาทำบุญที่วัด การทำสมาธิตามสมควร นอกจากจะช่วยบำบัดทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความสุขกับการได้ร่วมปฏิบัติกรรมทางศาสนาพร้อมกับผู้ป่วยได้ด้วย ซึ่งจากการได้สนทนากับผู้สูงอายุที่ไปวัดทำให้ทราบว่า

“ SC4 เป็นที่รักของคนทั่วไปที่มาทำบุญไม่มีใครรังเกียจเขา มีข้าวปลาอาหารก็แบ่งให้กิน เขาก็มีงานที่วัดก็ช่วยเหลือ เขาไม่เคยรับเงินจากทางวัดเลย เว้นแต่บ้านไหนมี งานแล้วขอแรงไปช่วยเสร็จงานเขาก็ให้เป็นค่าเหนือบ้างร้อย สองร้อย พอเป็นรายได้”(SO4, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ เมื่อเขาเข้าไปวัด สิ่งแรกที่เขาจะทำคือ เข้าไปกราบพระพุทธรูปในโบสถ์ เขาชอบที่จะกราบพระประธานในโบสถ์ กราบแล้วกราบอีก เราก็ไม่ห้ามเขา นะ เรารู้ว่าเขามีความสุข สีหน้าเขาบอก เขาชอบเราก็ส่งเสริมให้เขาทำ พาไปวัดบ่อย ๆ เขาชอบมาก เขามีความสุขมาก”(ID5, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค.2549)

“ SC2 เขาชอบไปวัดกับยาย เขาจะจำได้ว่าวันไหนเป็นวันพระ เขาจะชวนยายไปวัดเป็นประจำ เขาชอบทำบุญ ยายก็ส่งเสริมเขานะ บอกเขาว่าชาตินี้เป็นกรรมที่เราเป็นอย่างนี้ ให้หมั่นทำบุญ ต่อไปจะได้หาย ทำให้เขาสบายใจ เขาก็มีความสุขที่ได้ทำบุญ ทำให้นึกว่ามันเป็นเรื่องของเวรกรรม ทำให้ทำใจได้มากขึ้น ”(ID2, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“ เวลาไปวัดทำบุญ เขาชอบให้หลวงพ่อบรมน้ำมนต์ให้ จะคลานเข้าเข้าไปหาหลวงพ่อบอก แล้วบอกให้หลวงพ่อบรมน้ำมนต์ ช่วงหลังหลวงพ่อบรูแล้วถ้าเขาไปทำบุญจะต้องบรมน้ำมนต์ให้ด้วย ”(ID5, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย เป็นจิตบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายความรู้สึกผิด ความรู้สึกสิ้นหวัง แม้จะฝากความหวังว่าจะหายจากอาการเจ็บป่วยกับน้ามนต์หรือพระพุทธรูปก็ตาม แต่ในเบื้องต้นทั้งผู้ป่วยและญาติก็มีความสุขกับกิจกรรมทางศาสนาที่ตนได้ปฏิบัติ ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตวิญญาณได้เป็นอย่างดี

5. งานกับการสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย

ในขณะที่การคืนรนเพื่อหางานทำของคนปกติทั่ว ๆ ไปเป็นเรื่องยากอยู่แล้ว แต่การทำงานเป็นสิ่งที่สร้างให้ชีวิตมีคุณค่าและมีประโยชน์มากขึ้น โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในวัยทำงานจะมีความรู้สึกที่ “งาน” เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญสำหรับตน การได้ทำงานจึงเป็นการทำให้ชีวิตของคนผู้นั้นมีคุณค่า แต่ถ้าไม่ได้ทำงานก็จะทำให้คุณค่าของตนเองลดน้อยลง กลายเป็นบุคคลที่อ่อนแอและไม่มีคุณค่าอะไร ผู้ป่วยจิตเภทเองก็มีความรู้สึกเช่นนี้เช่นกัน เพราะผู้ป่วยเกือบทุกคนอยู่ในวัยทำงาน ผู้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทุกรายต้องการมีงานทำ มีรายได้ เพื่อความเท่าเทียมกับเพื่อน ๆ ในวัยเดียวกันที่ไม่ป่วย นอกจากนั้นการทำงานยังได้ฝึกให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อตนเอง รับผิดชอบต่องานและยังรู้สึกว่าคุณค่า ที่ยังสามารถทำงานช่วยเหลือผู้อื่นได้

“ชีวิตเปลี่ยนไป เขาต้องตื่นแต่เช้า มีจุดมุ่งหมายทำ เขาต้องมาทำงาน ดูชีวิตมีคุณค่า เมื่อก่อนดูชีวิตเขาช่างไร้ค่า เขาไม่ได้ทำอะไรให้เกิดประโยชน์เลย พอได้ทำงานดีขึ้น” (ID1, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

“เราต้องใช้ให้เขาทำงานทุกวัน ถ้าไม่เช่นนั้นเขาก็จะเก็บตัวเงียบ นั่งเหม่อลอย และเครียด เราทำอะไรก็ให้เขามีส่วนร่วมด้วย ไปตัดหญ้าก็พาเขาไปด้วยให้เขาช่วยตัด แต่ต้องคอยดู หากอากาศร้อน หรือเขาเหนื่อยมาก ก็ต้องให้เขาพัก” (ID3, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

“ได้ทำงานแล้วรู้สึกดี เรารู้สึกว่าเรามีค่าได้ทำประโยชน์เมื่อก่อนอยู่บ้านเฉย ๆ อยู่ตัวคนเดียว แต่พอได้ทำงานได้พบปะคนโน้นคนนี้ โดยเฉพาะผู้ที่มาทำขลุ่ยล้วนเป็นญาติกัน เข้าใจกันดีและทุกคนที่ทำงานก็เข้าใจทำให้ SCI รู้สึกว่ามีค่า เมื่อก่อนเขาจะเงียบชอบเก็บตัว คิดมาก นูแ่วว แต่พอทำงานแล้วรู้สึกดีขึ้น ได้คุยกับเพื่อนบ้าง ได้ออกจากบ้านมาทำงานค่อยเหมือนกับคนอื่น ๆ เขา คนแถวบ้านเห็นเขาทำงานได้ ก็ไม่รู้สึกกลัวหรือหวาดระแวงเขา เขาเองก็รู้สึกภูมิใจและก็หายเครียด” (ID1, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความสามารถ ให้กำลังใจเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทมักจะขาดความมั่นใจและประเมินความสามารถของตนเองไว้ต่ำอาจเป็นผลมาจากการถูกตำหนิ ว่ากล่าวเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้เหมือนกับคนทั่ว ๆ ไป การมีรายได้มาก ๆ มีฐานะที่มั่นคงเป็นสิ่งที่ดีหลาย ๆ คนปรารถนาแม้แต่ผู้ป่วยเอง

“ผู้ป่วยจะทำของชำร่วยทุกวัน เขาอยากทำงาน เราก็จะบอกเขาตลอดว่าให้หมั่นกินยา จะได้หายเร็ว จะได้ทำงาน จะได้มีเงินเยอะ เขาก็จะทำตามเรา จะกินยาตลอด อยากหายเร็ว ๆ จะได้ทำงาน การทำงานนอกจากเขาได้เงินแล้ว เขาก็จะไม่เครียด ”(ID2, สัมภาษณ์ 11 ธ.ค. 2549)

การทำงานผลตอบแทนคือรายได้ที่จะได้รับ สำหรับผู้ป่วยแล้ว “งาน” ยังเป็นการแสดงถึงความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ป่วย ซึ่งสูญเสียความรู้สึกเช่นนี้ตั้งแต่ป่วย เนื่องจากต้องเป็นภาระของครอบครัว เป็นบุคคลน่ารังเกียจ ไร้ความสามารถ ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม แต่การได้รับโอกาสให้แสดงความสามารถในการทำงานได้ฟื้นฟูความรู้สึกว่าตนยังเป็นคนที่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และเท่าเทียมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม เนื่องจากผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในการทำงานอันเกิดจากอาการป่วยและผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยหลายคนไม่สามารถทำงานได้อย่างคนทั่ว ๆ ไป เกิดความรู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า เป็นคนไร้ประโยชน์ ต้องพึ่งพาพ่อแม่ พี่น้อง กลายเป็นภาระของครอบครัว การได้ทำงานจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า และยังสร้างความมั่นใจที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ ในครอบครัว ชุมชน สังคม ดังนั้น การมีงานทำในความรู้สึกของผู้ป่วยเอง คือ ความเท่าเทียมกับคนอื่นมากขึ้น

การได้ทำงานได้ก่อเกิดการเปลี่ยนแปลงลงเกี่ยวกับผู้ป่วยไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ญาติ ได้กล่าวถึงผู้ป่วยในทางที่ดี ว่า

“การทำงานช่วยให้ผู้ป่วยได้ออกสู่สังคม เรียนรู้ชีวิตและใช้ชีวิตได้เหมือนกับคนทั่ว ๆ ไป และอาการป่วยจะไม่กำเริบไม่เหมือนเมื่อตอนที่ยังไม่มีการทำที่ไม่นานเขาจะป่วยอีก ตั้งแต่เขาได้ทำงานเขาจะกินยาเอง ไม่ต้องเตือน เขาอยากหาย อยากเป็นปกติ เขาอยากทำงานเราก็สบายหมดห่วง”

(ID2, สัมภาษณ์ 11 พ.ย. 2549)

การมีงานทำมีผลดีต่อตัวผู้ป่วยเองและยังส่งผลดีต่อญาติผู้ดูแลอีกด้วยเนื่องจากไม่ต้องคอยดูแลตลอดเวลา การทำงานยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวลง และยังลดเวลาในการดูแล

ผู้ป่วยลงอีกด้วย แต่ยังมีผู้ป่วยที่อยู่กับครอบครัวช่วยงานของครอบครัว แต่การทำงานในครอบครัวนั้นผู้ป่วยรู้สึกต่องานทั้งในทางบวกและลบ แตกต่างกัน

“ให้ช่วยทำงานบ้าน ให้มีส่วนร่วมในการทำงาน อย่างที่เวลาทำกับข้าว ก็เรียกเขามาช่วย เขาพยายามอยากมาช่วยเรา” (ID6, สัมภาษณ์ 6 ม.ค. 2550)

การทำงานของผู้นั้นมีความแตกต่างจากคนปกติทั่ว ๆ ไป แต่เนื่องจากญาติใช้มาตรฐานของตนในการประเมินการทำงานของผู้ป่วย และใช้คำพูดตำหนิว่ากล่าวเมื่อไม่สามารถทำงานได้ตามความต้องการ การตำหนิ ว่ากล่าว ยังเป็นการบั่นทอนพลังในการเสริมสร้างพัฒนาการทางสังคมของผู้ป่วย ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยไม่อยากจะช่วยงานเพราะรู้สึกว่าตนไร้อำนาจ ค้อยค่า แต่การให้ผู้ป่วยไปซื้อของจะชอบเนื่องจากการเป็นผู้จับจ๊อดพาแม่ไปเป็นการแสดงออกถึงความสามารถที่ตนมีผู้ป่วยจึงเต็มใจที่จะทำ ดังนั้นการได้รับความไว้วางใจหรือมอบความรับผิดชอบให้ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนมีความสามารถมีอำนาจเป็นที่ไว้วางใจ ถึงแม้ผลงานที่ออกมาจะไม่เท่ากับคนปกติ

การให้ผู้ป่วยช่วยงานบ้านเป็นการทำงานเช่นเดียวกัน อย่างน้อยก็ให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกของครอบครัว ไม่โดดเดี่ยวตัวเอง การมีส่วนร่วมในการทำงานจะมีโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ใกล้ชิดกันมากขึ้น

การเสริมพลังอำนาจได้ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ รู้สึกว่าตัวเองยังมีคุณค่า มีความหวังที่จะดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป ในการเสริมพลังอำนาจนั้น ญาติผู้ดูแล บุคคลในครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการเสริมพลังผู้ป่วย เนื่องจากการเสริมพลังอำนาจ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับคนอื่น หลุดพ้นจากอาการหลงผิดว่าตนถูกคนอื่นตำหนิ ไม่กล้าเข้าร่วมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนอื่น เก็บตัวเงียบอยู่คนเดียว ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะผู้ดูแลหลัก หรือผู้ดูแลรอง ญาติที่เกี่ยวข้อง บุคคลในสังคมช่วยกันเสริมพลังให้ผู้ป่วย โดยการให้ความรักความเอื้ออาทรห่วงใย การให้รางวัล คำชม และกำลังใจ การให้โอกาสผู้ป่วยในการแสดงออก และให้ผู้ป่วยได้ทำงานตามความสามารถ ช่วยสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย ได้มีพัฒนาการในทางที่ดี สามารถดำรงชีวิตร่วมกับคนอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขยิ่งขึ้น

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน : ศึกษากรณีตำบลลูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ตามประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัว อธิบายวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในวิถีชีวิตประจำวัน ทางด้านกาย ด้านจิต และพัฒนาการทางสังคม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl Phenomenology (Koch, 1995) โดยเลือกพื้นที่ ตำบลลูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการกิจกรรมทางด้านการศึกษาพยาบาล ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน เป็นพื้นที่ศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึก และครอบคลุมเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 7 ครอบครัว ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นญาติ จำนวน 7 คน และผู้ให้ข้อมูลรอง ซึ่งเป็นผู้ร่วมดูแล ที่เป็นญาติใกล้บ้าน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ที่อยู่ในชุมชน ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ นำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1987) และนำเสนอองค์ประกอบของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ในภาพรวม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ ความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ตามประสบการณ์ของผู้ดูแล ได้เข้าใจวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในวิถีชีวิตประจำวัน ทางด้านกาย ด้านจิต และพัฒนาการทางสังคม ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

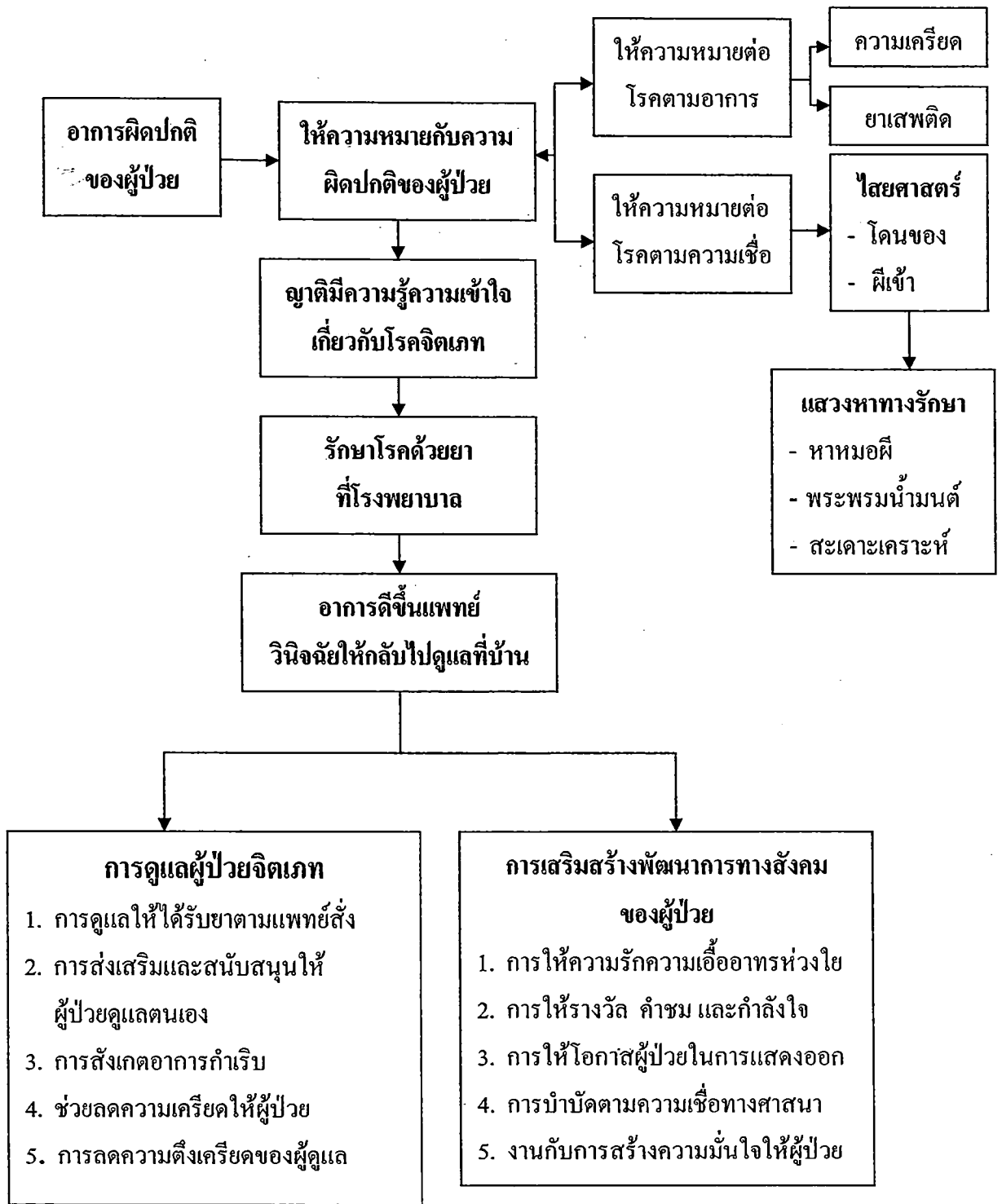
จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ในเบื้องต้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ให้ความหมายกับโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นกับญาติของตน ตามประสบการณ์ของผู้ดูแล โดยผู้ดูแล สังเกต และรับรู้ความผิดปกติของผู้ป่วย จากอาการหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ ไปจากชีวิตประจำวัน และความผิดปกติของการสื่อสารและการกระทำ ในการให้ความหมายต่อโรค โดยแยกเป็นการให้ความหมายต่อโรคออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) ให้ความหมายตามความเชื่อดั้งเดิม โดยให้ความหมายว่าเป็นเพราะไสยศาสตร์ เช่น โคนของ หรือผีเข้า ก็จะแสวงหาทางดูแลรักษา

ด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ โดยทิ้งหมอพระ หมอผี หรือร่างทรง และ 2) ให้ความหมายตามลักษณะอาการของโรค โดยเข้าใจว่าเป็นโรคจิตเภท โดยมีสาเหตุมาจากความเครียด และยาเสพติด

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากชีวิตประจำวันปกติเป็นอย่างมาก เช่น ไม่ดูแลตัวเอง สกปรก เฉื่อยชา แยกตัวออกจากสังคม และกลัวการเข้าสังคม เมื่อมีความเครียดจะเก็บตัวเงียบหรือก้าวร้าวรุนแรง ด้วยความที่ผู้ป่วยชอบแยกตัวออกจากสังคมและความสกปรกไม่ดูแลตัวเอง ทำให้ผู้ป่วยเป็นที่รังเกียจของบุคคลรอบข้าง จึงมีการแยกที่อยู่ ที่หลับนอนของผู้ป่วยออกจากบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว และหากมองว่าผู้ป่วยมีความก้าวร้าวรุนแรง การปฏิบัติต่อผู้ป่วยของครอบครัวก็จะรุนแรงด้วย เช่น การล่ามโซ่ การทำร้ายผู้ป่วย เป็นต้น

เมื่อญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง เข้าใจว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ หากมีการรักษาอย่างถูกวิธี ญาติก็จะแสวงหาทางรักษาทางจิต โดยรักษาที่โรงพยาบาล จนมีอาการดีขึ้นสามารถกลับมาดูแลที่บ้านได้ ในการดูแลที่บ้าน ญาติมีการดูแลผู้ป่วยดังนี้ 1) ให้การดูแลเรื่องยาตามแพทย์สั่ง โดยให้กินยาหรือฉีดยาสม่ำเสมอตามคำแนะนำของแพทย์โดยเคร่งครัด ไม่เช่นนั้นผู้ป่วยอาจจะกลับไปป่วยซ้ำ ซึ่งยากแก่การดูแลรักษา 2) ส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยให้ดูแลตนเอง ในเรื่องส่วนตัว เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย เครื่องแต่งกาย อาหาร และการกินยา เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่เป็นที่รังเกียจ และเป็นภาระของสังคมรอบข้าง 3) การสังเกตอาการกำเริบ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเครียดจนเกินไป 4) หาวิธีการในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย และ 5) การลดความเครียดของตัวผู้ดูแล ซึ่งความเครียดของผู้ดูแลจะส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้ป่วยด้วย

การเสริมสร้างพัฒนาการทางสังคมของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีการดูแล ดังนี้ 1) ให้ความรัก ความเอื้ออาทรห่วงใยในตัวผู้ป่วย 2) ให้รางวัล คำชม และกำลังใจแก่ผู้ป่วย 3) ให้โอกาสผู้ป่วยในการแสดงออก โดยการเข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว การเข้าร่วมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลภายนอกครอบครัว 4) การบำบัดตามความเชื่อทางศาสนา และ 5) มอบหมายงานให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพเป็นการสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย



ภาพที่ 15 แผนภูมิแสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน : กรณีตำบลคูบัว

อภิปรายผลการวิจัย

1. การให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ตามประสบการณ์ของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลตรงกันว่า ได้แสวงหาทางดูแลรักษาผู้ป่วยตามความเชื่อในเรื่องของไสยศาสตร์ก่อน ซึ่งการให้ความหมายตามความเชื่อของผู้ดูแล ของญาติ ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกรักษา ซึ่งส่งผลต่อการรักษาให้หายของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีประภา สมานพันธ์ (2530) ที่ศึกษากระบวนการตัดสินใจในการพาผู้ป่วยมารับบริการทางจิตเวช : ศึกษากรณีญาติผู้ป่วยใหม่ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา” ที่ญาติพาผู้ป่วยไปรักษาด้านไสยศาสตร์ก่อนจนกว่าจะนิยามว่า พฤติกรรมที่ผิดปกตินั้นเป็นความผิดปกติทางจิต จึงจะมารักษาอาการทางจิตในภายหลัง แม้ภายหลังจากการได้มารักษาอาการทางจิตแล้ว ก็ยังมีการรักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ควบคู่ไปด้วย ทั้งนี้เพื่อความสบายใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุพล รุจิรพัฒน์ และคณะ (2533) ได้กล่าวถึง “อิทธิพลความเชื่อในท้องถิ่นที่มีต่อการบริการสุขภาพทางจิต” ที่พบว่าส่วนใหญ่รักษาด้วยวิธีการทางไสยศาสตร์ก่อน โดยพึ่งพระสงฆ์หรือร่างทรง การให้ความหมายต่อโรคจิตเภท เนื่องมาจากความเครียด หรือยาเสพติด ก็จะแสวงหาทางรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งหากผู้ดูแลได้นำผู้ป่วยไปรักษาด้วยยาได้เร็วก็จะทำให้โอกาสในการหายจากโรคของผู้ป่วยมีมากขึ้นด้วย

หากญาติเห็นว่าผู้ป่วยมีความสกปรกน่ารังเกียจ ญาติก็จะแยกที่กินอยู่หลับนอน ของผู้ป่วย ออกจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และหากเห็นว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรง ญาติผู้ดูแลจะล่อลวงผู้ป่วยไว้ เพื่อป้องกันทรัพย์สิน และบุคคลรอบข้าง ซึ่งอาจจะโดนทำร้ายจากผู้ป่วย แต่ด้วยความรัก และการยอมรับต่ออาการป่วยด้วยโรคจิตเภท ก็แสวงหาทางรักษาทางจิต แม้การยอมรับต่อผู้ป่วย จะเป็นการยอมรับด้วยความรักความผูกพันระหว่างพ่อแม่กับลูก ระหว่างพี่กับน้อง หรือระหว่างสามีกับภรรยา ซึ่งเป็นการยากที่ผู้ดูแลและญาติจะยอมรับว่าบุคคลในครอบครัวเป็นโรคจิตเภท ซึ่งถูกดูแคลนโดยสังคมรอบข้าง ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ญาติยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น เช่น งานวิจัยของ จารุวรรณ ต.สกุล (2524) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่ผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล” พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทต้องมารักษาซ้ำเพราะความไม่เข้าใจ และการไม่ยอมรับของญาติ ทำให้เกิดความเครียดกับตัวผู้ป่วย

2. การบำบัดทางจิตตามความเชื่อของผู้ป่วย เป็นประเด็นที่ญาติให้ความสำคัญในการดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท ดาบลภูบัว ซึ่งใช้หลักนอกจากนี้ คือ วิธีคิดตามหลักพุทธศาสนาในเรื่องของกรรม เป็นอีกวิถีทางหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น การปฏิบัติธรรมทางศาสนาตามความเชื่อช่วยบำบัดทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ เช่น การนำผู้ป่วยไปทำบุญที่วัด การทำความดี การช่วยงานในวัดช่วยดูแลกวาดลานวัด ช่วยคนสูงอายุที่มาวัดในการจัดหาอุปกรณ์ในการถวายอาหารให้พระภิกษุหรืออำนวยการความสะดวกในการมาทำบุญที่วัด การทำสมาธิตามสมควร นอกจากจะช่วย

บำบัดทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความสุขกับการได้ร่วมปฏิบัติธรรมทางศาสนา ร่วมกับผู้ป่วย ได้ด้วย

3. ภายหลังจากที่ญาติผู้ดูแลหลักให้การยอมรับผู้ป่วย มีความพร้อมในการที่จะดูแลผู้ป่วย ก็จะมีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในวิถีชีวิตประจำวัน ทางด้านกาย ด้านจิต ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยการดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่ง การส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การสังเกตอาการกำเริบ ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย และการลดความตึงเครียดของผู้ดูแล (สดีโส คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย, 2546, หน้า 17-19) ที่สำคัญที่สุด คือ การดูแลให้ได้รับยาตามแพทย์สั่ง เพราะการบำบัดรักษาด้วยยาจะมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น และการได้รับยาบำบัดอาการทางจิตสม่ำเสมอในช่วงแรกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Leff et al., อ้างถึงใน ศุสดี พรหมทอง, 2530, หน้า 23) นอกจากนี้ยังพบว่า ยาซึ่งเคยใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยได้ผลเป็นอย่างดี เมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนั้นกลับใช้ไม่ได้ผล เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี เช่น ต้องอยู่ตามลำพัง หรืออยู่กับญาติที่ไม่เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย (Renton, 1967. อ้างถึงใน ศุสดี พรหมทอง, 2530, หน้า 24) ซึ่งโคนปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปฏิเสธยาอยู่แล้ว จึงต้องได้รับการดูแลอย่างดีจากผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามที่แพทย์สั่ง ด้วยการอ่อนน้อม หลอกล่อ ขอร้อง หรือด้วยวิธีการใด ๆ ก็ตาม เพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรคกำเริบขึ้นมาใหม่ ซึ่งจะต้องใช้เวลาในการรักษามาก และยากต่อการรักษามากขึ้นไปอีก และหากผู้ป่วยไม่กินยาจริง ๆ ก็ต้องรายงานต่อแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อจะได้หาวิธีการแก้ไขปัญหา เช่น การนัดติดตาม เป็นต้น

การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแยกตัวจากสังคม เฉยชา ไม่มีเป้าหมายชีวิต ไม่มีการดูแลตนเอง อยู่ไปวัน ๆ สกปรก จนเป็นที่รังเกียจของคนรอบข้าง การที่ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง ทำตัวสกปรกนั้นอาจทำให้ญาติเข้าใจคิดว่าผู้ป่วยเกียจคร้าน และทำให้ญาติมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งญาติต้องเข้าใจให้ถูกต้องว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นอาการของโรค จากการสัมภาษณ์ จะเห็นว่าผู้ดูแล พยายามให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองทั้งหมด โดยเฉพาะในเรื่องของกิจวัตรประจำวันของตัวเอง เช่น การอาบน้ำ การแต่งกาย การรับประทานอาหาร และในบางราย ยังให้ช่วยงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อเสริมทักษะในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อันทำให้ผู้ป่วยไม่เป็นที่รังเกียจ เอือมระอาของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534, หน้า 73-75) พบว่า การดูแลในด้านความเป็นอยู่ สมาชิกในครอบครัวจะมีความรู้สึกยุ่งยากใจ เมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้าน รวมทั้งการจัดการสิ่งของของผู้ป่วยต้องการ และของใช้ที่จำเป็นให้ผู้ป่วย แต่ต้องช่วยดูแลในเรื่องการจัดหาที่พักให้เหมาะสม การดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลของใช้ส่วนตัว

ของผู้ป่วยให้เป็นระเบียบ การให้การยอมรับผู้ป่วยนั้น ถ้าสมาชิกในครอบครัว ชุมชน สังคมให้การยอมรับผู้ป่วยจะมีผลทำให้อาการของผู้ป่วยดี จากการศึกษาของไพลิน โปธิ์สุวรรณ และคณะ (2544) พบว่า การที่ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสนใจ เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสามารถทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนตามปกติ รวมทั้งผู้ป่วยเองให้ความร่วมมือในการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถทำให้อาการทางจิตหายเร็วขึ้น

ผู้ดูแลจะต้องคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยอยู่เสมอ โดยจะมีอาการเตือนของผู้ป่วย เช่น ญาติสังเกตได้ว่าผู้ป่วยเริ่มสับสน เริ่มระแวง ไม่ยอมนอน พุดมากขึ้น แยกตัว เก็บตัวเงียบ เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยในการป้องกันการกำเริบได้และจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที่ซึ่งญาติจะต้องไม่มีความเครียดด้วย ต้องจัดการกับความเครียดของตนเองก่อนที่จะดูแลผู้ป่วย โดยจะต้องไม่มีการตำหนิ คุด่า หรือแม้แต่การมีปากเสียง หลีกเลียงการทะเลาะกับผู้ป่วย เพราะจะทำให้ผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด โมโหง่าย ซึ่งอาจจะทำให้อาการทางจิตกำเริบขึ้นอีก

4. การเสริมสร้างพัฒนาการทางสังคมของผู้ป่วย การให้ความรักความเอื้ออาทรห่วงใย ด้วยการโอบกอด จับมือ เพื่อแสดงความรู้สึกถึงความรักที่มีต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการสัมผัสจากผู้ดูแล ซึ่งเป็นพ่อแม่ ภรรยา และพี่สาว ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ที่ผู้ป่วยรักและให้ความไว้วางใจ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกที่แปลกใหม่ คือ อบอุ่น เกิดความมั่นใจยิ่งขึ้นว่าตนจะไม่ถูกทอดทิ้งให้ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยตามลำพัง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความรู้สึกว่ายังมีคนที่ยังรักเราอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกระตือรือร้นที่จะดำเนินชีวิตต่อไป การให้รางวัล คำชม และกำลังใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534, หน้า 73-75) ที่สมาชิกในครอบครัวมีการชมเชยและให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยทำดี ทำถูกต้อง การให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยผิดพลาดหรือล้มเหลว ไม่ใช่คำพูดที่ซ้ำเติมหรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนผิด แต่ใช้คำพูดให้กำลังใจ เช่น ไม่เป็นไรคราวหน้าเอาใหม่ หรือเมื่อผู้ป่วยประสบกับปัญหาที่ทำให้ท้อแท้การให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีพลังที่จะต่อสู้ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวจากสังคม การให้โอกาสผู้ป่วยในการแสดงออก และการมอบหมายให้ทำงาน เพื่อการสร้างเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย ก็เป็นส่วนหนึ่งในการเสริมสร้างพัฒนาการทางสังคมของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีพัฒนาการทางสังคมและจิตวิญญาณ เห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น เพราะงานทำให้คนรู้สึกมีคุณค่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทได้ทำงาน ช่วยเหลืองานในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยกับสมาชิกของครอบครัวคนอื่น ๆ ได้สร้างความรู้สึกมีส่วนร่วมและรู้สึกว่าตนยังคงเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยกล้าแสดงออก กล้าที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของพัฒนาการของปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่กว้างขึ้น การเข้าร่วมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลภายนอกครอบครัว ถือเป็นพัฒนาการอีกขั้นของการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย โดยผู้ดูแล อาจพาผู้ป่วยไปจ่ายตลาด ไปเที่ยวห้าง หรือเมื่อมีการไปท่องเที่ยวของครอบครัว

ก็พาผู้ป่วยไปเที่ยวด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Strauss และ Carpenter (1974, อ้างถึงใน ภัทธา ธิรลภ, 2530, หน้า 42) พบว่า การรักษาความผิดปกติทางจิตเภทด้วยวิธีการใช้ยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ การรักษาที่ให้ความสำคัญกับระบบต่าง ๆ ของการทำหน้าที่ เช่น การทำงาน การเข้าสังคม โดยอาจมีการจัดโปรแกรมการทำงาน และการรักษาทางสังคม ประกอบไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ภาครัฐควรมีนโยบายในเชิงรุกในการที่จะให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่นับวันจะมีเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความเครียดจากสภาพเศรษฐกิจและสังคม โดยให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยทางจิตแก่ครอบครัว สังคม เพื่อการอยู่ร่วมกันด้วยความเข้าใจ โดยไม่ลดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเพียงเพราะความเจ็บป่วย

2. จากการศึกษาพบว่า การประกอบอาชีพของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการทางสังคมดีขึ้น และช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยและผู้ดูแล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรจัดให้มีนโยบายส่งเสริมอาชีพให้กับผู้ป่วยที่ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสามารถทำงานได้ เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ได้เห็นคุณค่าของตนเอง และได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนไม่มากนัก และส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนเล็ก ๆ ผู้วิจัยขอเสนอ ดังนี้

1. ควรศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและญาติในแต่ละภูมิภาค เพื่อให้ทราบถึงการดำเนินชีวิตในบริบทที่แตกต่างกันทางด้านความเชื่อและสังคม เพื่อให้เห็นภาพรวมของการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละภูมิภาค เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรผู้ให้การบำบัดรักษา

2. วาทะกรรมทางศาสนาและความเชื่อ มีอิทธิพลต่อการให้ความหมายต่อโรค การแสวงหาการรักษา และการปรับตัวของญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาต่อไป เพื่อเพิ่มองค์ความรู้ในด้านความเชื่อทางศาสนากับภาวะการเจ็บป่วยทางจิตได้มากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษากระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยที่สามารถปรับตัวได้ดี และสามารถทำงานในสถานประกอบการต่าง ๆ ได้ เพื่อให้เห็นวิถีชีวิตและการปรับตัวของผู้ป่วยอย่างแท้จริงในการอยู่ร่วมกับสังคมอย่างเอื้ออาทร และเป็นต้นแบบของการดูแลพัฒนาการทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในอนาคต

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2544). แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 – 2544 ด้านสาธารณสุข นนทบุรี: สยามอินสแตร์ทมาเก็ตติ้ง.
- กิตติวิภา สุวรรณรัตน์. (2545). การสร้างพลังอำนาจในตนเองของสตรีที่ประสบปัญหาความรุนแรง ในครอบครัว : ศึกษาเฉพาะกรณี ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ และวิชาการ. (2544). จุลสารโรงพยาบาลราชบุรี ฉบับรายงาน ประจำปีโรงพยาบาลราชบุรี.
- กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ และวิชาการ. (2545). จุลสารโรงพยาบาลราชบุรี ฉบับรายงาน ประจำปีโรงพยาบาลราชบุรี.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกียรติสุดา ธรรมโรจน์ และคณะ. (2544). การประเมินโครงการการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิต จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 9 (2), 45.
- เครือข่ายผู้เลี้ยงธรรม. (2545). ลบตราบาป. ใน รายงานผลการดำเนินงานชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วย จิตเภทศรีษัญญา (31-33).
- จรัสพร กิรติเสวี. (2545). กลุ่มสนับสนุนสำหรับญาติของบุคคลซึ่งมีชีวิตร่วมกับโรคจิตอย่าง รุนแรง ใน รายงานผลการดำเนินงานชมรมกัลยาณมิตรผู้ป่วยจิตเภทศรีษัญญา (20-2).
- จอนพะจง เพ็งจาด. (2546). ระเบียบวิธีวิจัย : การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสาร พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 15 (2), 1-10.
- จารุวรรณ จินตามงคล. (2541). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถใน การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุวรรณ ต.สกุล. (2524). ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และคณะ. (2544). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 14(2), 52-63.
- จิรนนท์ ชันแจ่ม. (2545). ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชฎาพรรณ รัตนติกานนท์ และคณะ. (2540). พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยโรคจิต. วารสารสมาคมสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 42 (4), 226-233.
- ไชยรัตน์ รุ่งเรืองศรี. (2534). ระเบียบวิธีสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพคุณ ดีสุคนธ์. (2538). ความเป็นปึกแผ่นในครอบครัวของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณัฐไชย ตันดิสุข. (2533). แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวไทย. แนวคิดและทิศทางครอบครัวไทย, ม.ป.ป. ม.ป.ท.
- เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์ และคณะ. (2547). ดราม่า : การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต. 18 (1), 1 – 9.
- ภัทรา ธีรลาภ. (2530). การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิชยวณิช. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนเชียงใหม่โรงพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2542). โรคจิตเภท. กรุงเทพฯ. โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2544). รายงานสถิติประจำปี 2544 โรงพยาบาลศรีธัญญา. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เลอสรณ์ พุ่มชูศรี. (2531). โรคจิตเภท. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก และกรรณิการ์ ภาวะไพบูลย์. (2549). รายงานวิจัย การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ในตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี.
- วัชรภรณ์ ลือไชสงค์. (2541). ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- สมภพ เรื่องตระกูล. (2545). *คำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล และเกรียงไกร แก้วผณีกรังษี. (2533). *คู่มือจิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ: เรืองแก้วการพิมพ์.
- สมเกียรติ วันทะนะ. (2531). บ้า. *จดหมายข่าวสังคมศาสตร์*, 10(4), 43-56
- สมรักษ์ ชูวานิชวงศ์. (2545). โรคจิตเวชที่ไม่อาจรังเกียจ. *เพื่อนรักสุขภาพจิต*, 2(6), 17.
- สุพล รุจิรพิพัฒน์. (2533). รายงานการวิจัยเรื่องอิทธิพลความเชื่อในท้องถิ่นที่มีต่อบริการสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี.
- ศรีประภา สมานพันธุ์. (2530). กระบวนการตัดสินใจในการพาผู้ป่วยมารับบริการทางจิตเวช : ศึกษากรณีญาติผู้ป่วยใหม่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริวรรณ ฤกษ์ชนะจร และคณะ. (2544). การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อปรม สีนภิบาล. (2521). *สุขวิทยาจิต*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- อภิชัย มลกล และคณะ. (2543). รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและระดับวิทยาโรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- Brown, G. W., Birley, J. L.T., & wing, J.K. (1972). Influence of family on life on the cause of schizophrenic disorder : a replication, *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-58.
- Clausen, John A. (1981). Stigma and Mental Disorder : Phenomena and Terminology. *Psychiatry*, 44, 287-296.
- Drew, N. (1993). Reenactment Interviewing : A Methodology for Phenomenological Research Image. *Journal of Nursing Scholarship* 25(4), 345-351.
- Jasper, M.A. (1994). Issues in phenomenology for researchers of nursing. *Nursing*, 12, 309 - 314.
- Link, Bruce G. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorder : An Assessment of the Effects of Expectation of Rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Omery, A. (1983). Phenomenology : method for nursing research. *Advances in Nursing Science*, 49-63.
- Rugreangkulkij, S., & Chesla, C. (2001). Smooth a heart with water : Thai mothers care for a child with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2, 13 - 20.

Serban, G. (1975). Stress in Schizophrenia and normal. *British Journal of Psychiatry*, 126, 397-407.

Streubert, H.J., & Carpenter. D.R. (1999). *Qualitative research in nursing : Advancing the humanistic imperative* (3rd ed). Philadelphia: Lippicott Williams and Wilkins.

Tungpunfrom, P. (2000). *Staying in balance : skill and role development in psychiatric care giving dissertation the university of califarnia Sam Francisce*. SF.CA.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders : clinical descriptions and diagnosis guidelines*. Geneva: WHO.

Orem, D.E. *Nussing : Concepts of Practice* (4te ed). St.louis: Marby- yearbook.

ภาคผนวก

ใบยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก

ชื่อโครงการ ประสบการณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน : ศึกษากรณีตำบลคูบัว

เลขที่ของผู้ร่วมในการวิจัยหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก.....

ข้าพเจ้า.....ได้รับทราบจากทีมผู้วิจัย โดยมีอาจารย์วรเดช ช้างแก้ว และคณะนิสิตปริญญาเอก ภาควิชาวิจัย และวัดผลการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ และแนวทางการศึกษาวิจัย และกิจกรรมที่ต้องเข้าร่วมในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตัวข้าพเจ้า ได้ซักถามและมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้เป็นอย่างดี

ข้าพเจ้ายินดีเป็นส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ เพื่อประโยชน์ในการวิจัย และข้าพเจ้าอาจถอนตัวออกจากกรเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมในการวิจัยนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในข้างต้น โดยแสดงการยินยอมด้วยการบันทึกลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

วัน/เดือน/ปี

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

วัน/เดือน/ปี

ผู้วิจัยหลัก

วัน/เดือน/ปี

พยาน

