

ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท



นางสาวภิญญา เจริญซ้ำ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PSYCHOLOGICAL EXPERIENCES OF FAMILY CAREGIVERS IN CARING FOR  
SCHIZOPHRENIC PATIENTS



Miss Apinya Chareanchum

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts Program in Counseling Psychology

Faculty of Psychology

Chulalongkorn University

Academic year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวอภิญา เจริญจำ

สาขาวิชา

จิตวิทยาการปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ นลราชสุวัจน์

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต

..... คณบดีคณะจิตวิทยา  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ วชิร ทรัพย์มี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ นลราชสุวัจน์)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. นิรนาท แสนสา)

อภิญา เจริญจำ : ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย  
จิตเภท. (PSYCHOLOGICAL EXPERIENCES OF FAMILY CAREGIVERS IN  
CARING FOR SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.  
กรรณิการ์ นลราชสุวัจน์, 104 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ด้านจิตใจของ  
ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจังหวัด  
พระนครศรีอยุธยา เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล จำนวน 9 คน เป็น  
ชาย 1 คน หญิง 8 คน

ผลการวิจัยพบว่าประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 3  
ประเด็นหลัก คือ 1) สภาพจิตใจที่หลากหลายเมื่อรับรู้ว่าญาติของตนมีอาการทางจิต คือ ความรู้สึกและ  
ความคิดของผู้ดูแลในครอบครัวที่เกิดขึ้นเมื่อรับรู้ว่าญาติของตนมีอาการทางจิต ได้แก่ ความสงสัย ความเสียใจ  
ความผิดหวัง ความกังวล ความท้อแท้ ความรู้สึกปลง และความคิดที่จะดูแลผู้ป่วย 2) สภาพจิตใจที่ขึ้นลงเมื่อให้  
การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวรายงานว่าจิตใจที่เป็นทุกข์และจิตใจที่เป็นสุขหมุนเวียนเป็นวงจรตลอดการ  
ให้การดูแลผู้ป่วย และ 3) การปรับสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลในครอบครัวนำมาใช้  
เพื่อให้สภาพจิตใจของตนดีขึ้น ได้แก่ การทำใจยอมรับ การบอกตนเองให้เข้มแข็ง การยึดความเชื่อหรือหลัก  
ทางศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ และการเปรียบเทียบความทุกข์ของตนกับผู้อื่น

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
มากยิ่งขึ้น และสามารถใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งต่อไป และนำไปใช้เป็นความรู้พื้นฐานในการออกแบบ  
โปรแกรมหรือกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท

## สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา.....จิตวิทยาการปรึกษา.....

ลายมือชื่อนิสิต..... อภิญา เจริญจำ.....

ปีการศึกษา.....2551.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 4978129238: MAJOR COUNSELING PSYCHOLOGY

KEYWORDS : PSYCHOLOGICAL EXPERIENCES / SCHIZOPHRENIC PATIENTS / FAMILY CAREGIVERS

APINYA CHAREANCHUM : PSYCHOLOGICAL EXPERIENCES OF FAMILY CAREGIVERS IN CARING FOR SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR : ASST.PROF. KANNIKAR NOLRAJSUWAT, Ed.D., 104 pp.

This study was phenomenological approach aimed to examine the psychological experiences of schizophrenic patients' family caregivers of Ayutthaya Hospital. Data were collected by in-depth interviewing 9 key informants(1 male, 8 female).

The findings were presented in 3 major themes: 1) The variety of psychological states when being informed of mental illness diagnosis. Family caregivers reported that they feel sympathetic, sad, disappointed, worried, discouraged, composed and accepted, and responsible for taking care of the patients. 2) The fluctuation of psychological states when taking care of the patients. Family caregivers reported the impermanence of suffering and delight during the period of caretaking, and 3) Ways of emotional coping reported by family caregivers were : Acceptance, positive self talk, relying on religious principles or beliefs, and downward social comparison.

This study provided better understanding of psychological experiences of schizophrenic patients' family caregivers. The findings can be used to design appropriate program or intervention for family caregivers and for further research.

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of Study : ..Counseling Psychology... Student's Signature Apinya  
Academic Year :.....2008..... Advisor's Signature K. Nolsuwat

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เนื่องด้วยความเมตตาและการสนับสนุนทั้งด้านความรู้ ด้านจิตวิทยา และด้านกำลังใจในการจัดทำจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรรณิการ์ นลราชสุวัจน์ รวมทั้งพี่ณัฐพี่สาวที่คอยให้ความช่วยเหลือและเป็นแรงใจในด้านการเก็บข้อมูล พี่ธีรจุฑา จรัสโยธินนุวัฒน์และพี่พีรพัฒน์ ฤวิรัตน์ ผู้ที่ช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นรูปเป็นร่างขึ้นมา ด้วยการให้คำแนะนำในการประมวลผลการวิจัย

ขอบพระคุณอาจารย์จิตวิทยาการปรึกษาทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ด้านจิตวิทยา ตลอดจนความเมตตา ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ข้าพเจ้าได้เห็นโลกในแง่มุมที่ไม่เคยรู้จักมาก่อน กล่อมเกล้าให้ข้าพเจ้ามีความละเอียดอ่อนและอ่อนโยนมากขึ้น รวมถึงขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้เคยอบรมสั่งสอน ให้ความรู้ ความเมตตาแก่ข้าพเจ้ามา ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่ส่งผลให้ข้าพเจ้ามีชีวิตดังทุกวันนี้

ขอบคุณโชคชะตาที่ทำให้ข้าพเจ้าได้เข้าศึกษาในคณะจิตวิทยาการปรึกษาแห่งนี้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้ข้าพเจ้าได้มีโอกาสรู้จักกับคนมากมายที่ได้เข้ามาเติมเต็มและเป็นกำลังใจให้กับชีวิตของข้าพเจ้า แม้ว่าเขาอาจจะไม่รู้ตัวก็ตาม ขอบคุณคนสนิททั้ง 12 คนที่จริงใจให้กันตลอดมา และขอบพระคุณพ่อแม่กับทุกอย่างที่ทำเพื่อลูกมา ความรักยังมีอยู่เสมอจริงๆ แม้ว่ามันจะเปลี่ยนรูปแบบไปก็ตาม ขอบใจน้องชายที่คอยห่วงใยข้าพเจ้าอยู่ในใจ ขอบคุณทุกคน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	3
ขอบเขตการวิจัย.....	3
คำจำกัดความของการวิจัย.....	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
แนวคิดและทฤษฎี.....	6
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	6
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของจิตใจตามหลักพุทธศาสนา.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด การประเมินสถานการณ์ และการเผชิญ	
ความเครียด.....	15
การวิจัยเชิงคุณภาพ.....	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	30
ประชากร.....	30
กลุ่มตัวอย่าง.....	30

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล.....	35
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	35
การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล.....	37
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
การสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	39
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
สภาพจิตใจที่หลากหลายรับรู้ว่าคุณติของตนมีอาการทางจิต.....	40
สภาพจิตใจที่ขึ้นลงเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย.....	45
การปรับสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว.....	54
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	60
สรุปผลการวิจัย.....	60
อภิปรายผล.....	61
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	70
ข้อเสนอแนะ.....	70
รายการอ้างอิง.....	72
ภาคผนวก.....	79
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	104



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ตารางแสดงลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามรายบุคคล.....	หน้า 31
------------	---	------------



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 แผนภาพแสดงรูปแบบกระบวนการของความเครียดตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัส.....	21
แผนภาพที่ 2 แผนภาพแสดงภาพรวมของประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	59



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นภาวะความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตประเภทหนึ่ง ส่งผลให้ผู้ที่ป่วยด้วยโรคนี้มีความคิด และพฤติกรรมที่แตกต่างจากคนปกติทั่วไป ผู้ป่วยส่วนมากไม่หายขาด จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน หรือตลอดชีวิต จากการติดตามผู้ป่วยจิตเภท 5 ปีหลังจากการเจ็บป่วยครั้งแรก พบว่า ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยมีอาการครั้งเดียว ร้อยละ 35 มีอาการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หลังจากการป่วยแต่ละครั้ง โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ และร้อยละ 8 มีความบกพร่องหลังจากป่วยครั้งแรก และมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ(มานิชย์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) การศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการกำเริบสูงถึงร้อยละ 70 (ดาวรุ่ง หนูแก้ว, 2546)

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และจัดเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ในจำนวนโรคจิตชนิดต่างๆ หากไม่นับรวมโรคจิตที่เกิดจากโรคทางร่างกายหรือจากการใช้ยา และสารเสพติดแล้ว โดยในคนทั่วไป 100 คน จะพบผู้ที่เป็นหรือเคยเป็นโรคนี้ 0.3-1 คน และในทุกๆ ปีจะมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้น 1 คนต่อประชากร 10,000 คน(การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน, 2008) ผลการสำรวจสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวช ร.พ.จิตเวชนครพนม (ร.พ.จิตเวชนครพนม, 2539 อ้างถึงใน รจนา ปุณโณทก, 2550) และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวช ร.พ. สนวนปรง (ร.พ. สนวนปรง, 2541 อ้างถึงใน ทวีประทีน สุขเขียว, 2543) พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยทั้งหมด, ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจะถูกนำส่งโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลัน หรือมีแนวโน้มพฤติกรรมที่รุนแรงอันจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลใกล้เคียง เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการด้านบวกทุเลาลง หรือหายไปแล้วแพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ตามแนวคิดที่ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย

ภายหลังจากผู้ป่วยจิตเภทกลับมาอยู่ในการดูแลของครอบครัว ครอบครัวจะมอบบทบาทผู้ดูแลหลักให้กับสมาชิกอย่างน้อย 1 คนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวที่รับหน้าที่ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทต้องอาศัยการทุ่มเททั้งร่างกาย แรงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม(สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ผู้ดูแลใน

ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจึงนับว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และในขณะเดียวกันผู้ดูแลในครอบครัวก็นับว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการกลายเป็นผู้ป่วยซ่อนเร้นหรือ hidden patient (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2540) เช่นกัน ซึ่งผลการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยของ ญัฐิยา พรหมบุตร (2545) พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 31.6 มีปัญหาสุขภาพจิต และมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช นับได้ว่าเป็นจำนวนที่มาก

จากความสำคัญและความเสี่ยงของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว เป็นผลให้ผู้วิจัยทั้งด้านการแพทย์ ด้านการพยาบาล และด้านจิตวิทยาสนใจศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทด้านต่างๆ ประกอบด้วย ด้านความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมในการให้การดูแลผู้ป่วย ด้านผลกระทบที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับจากการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งกิจกรรมหรือเครื่องมือที่จะช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดผลกระทบที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับ ซึ่งผลการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากบ่งชี้ว่า การดูแลผู้ป่วยจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว (Convisky, Goldman, and Cook, 1994) โดยเฉพาะก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ (Chadda, Singh, and Ganguly, 2007, Hou, Ke, Su, Lung, and Huang, 2008, Lauber, Eichenbeger, Luginbuhl, Keller, and Rossler, 2003, Lim and Ahn, 2003, Lowyck, Hert, Peter, Wampers, Gilis, and Peuskens, 2004, McDonell, Short, Berry, and Dyck, 2003, Provencher and Mueser, 1997) ตามแนวคิดของ Pai and Kapur (1981 อ้างถึงใน ทีปประทีน สุขเขียว, 2543) ได้แบ่งภาระเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ภาระที่มีอยู่จริง (Objective burden) และภาระตามความรู้สึก (Subject burden) ซึ่งนักวิจัยจำนวนมากศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระนี้

การวิจัยที่ผ่านมาเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้วิจัยหลายท่านมีแนวโน้มความเชื่อพื้นฐานในการวิจัยว่าการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ความเครียด ไม่มีความสุข และเป็นภาระ จึงได้มุ่งประเด็นการศึกษาความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นรายด้าน ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณเป็นส่วนมาก ซึ่งผลการศึกษาจะแสดงออกมาในรูปแบบตัวเลขหรือเปอร์เซ็นต์มากกว่ารูปแบบประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วย (Atkinson, 1994 อ้างถึงใน Chang and Horrocks, 2006) นอกจากนี้ส่วนมากยังเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional assessment) ผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยในแต่ละระยะจึงยังไม่เด่นชัด ว่ามีความแตกต่างหรือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร เมื่อ

สภาพอาการของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลง (Nehra, Chakrabarti, Kulhara, and Sharma, 2005, Roick, Heider, Toumi, and Angermeyer, 2006)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดความเข้าใจความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ว่ามีอาการทางจิตเรื่อยมา จนกระทั่งปัจจุบัน ซึ่งผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะนี้ในประเทศไทย จึงเลือกศึกษาด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์นิยมที่มุ่งทำความเข้าใจความหมายของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัว ซึ่งเหมาะสำหรับการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีความละเอียด ซับซ้อน และมีลักษณะเป็นองค์รวม และเลือกศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระยะหลงเหลือ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ได้ผ่านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะตั้งแต่รับรู้ว่ามีอาการ และการดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆ ทั้งในระยะอาการกำเริบและในระยะอาการหลงเหลือ ซึ่งอาการของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละระยะนั้นมีความแตกต่างกัน การดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะจึงแตกต่างกันตามลักษณะอาการ และอาจส่งผลให้เกิดประสบการณ์ด้านจิตใจที่แตกต่างกันได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับประสบการณ์ตรงจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

### คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไร

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลักว่า เป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับประสบการณ์ตรงจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมาแล้ว เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี เป็นผู้ที่

ผ่านประสบการณ์การรับรู้ว่าญาติของตนป่วยทางจิต การดูแลผู้ป่วยในระยะอาการกำเริบและในระยะอาการหลงเหลือ พร้อมทั้งเป็นผู้ที่มีความยินดีและสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 9 คน ประกอบด้วย ชาย 1 คน หญิง 8 คน โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลและการบันทึกเทปการสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลัก ทำการวิจัยในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา รวบรวมข้อมูลเป็นเวลาประมาณ 4 เดือน คือ พฤศจิกายน 2551 ถึง กุมภาพันธ์ 2552 การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ ผู้วิจัยมิได้มีจุดมุ่งหมายในการถ่ายโอนข้อมูลไปยังประชากรกลุ่มอื่น หากแต่ใช้เพื่อการอ้างอิงในกรณีที่จะอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเฉพาะของผู้ให้ข้อมูลที่ศึกษาในการวิจัยนี้เท่านั้น

### คำจำกัดความของการวิจัย

**ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย ผู้ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง (give direct care) ซึ่งให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ ในครอบครัว โดยมุ่งเน้นเฉพาะสถานการณ์ในการช่วยเหลือดูแลที่เกิดขึ้นในบ้าน หรือในชุมชนแห่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

ในการวิจัยนี้ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช (ผู้ป่วยนอก) โรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี

**ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว** ในการวิจัยนี้หมายถึง ความรู้สึก ความคิด และความเชื่อ ของผู้ดูแลในครอบครัวที่เกิดขึ้นเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตั้งแต่รับรู้ว่าคุณติของตนป่วยทางจิตจนถึงการดูแลในปัจจุบันขณะที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งอาการของโรคจิตเภทโดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบ และระยะอาการหลงเหลือ

ในการวิจัยนี้ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการอยู่ในระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) และเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช (ผู้ป่วยนอก) โรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นผู้ป่วยซึ่งได้รับการรักษาจนอาการสงบและถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัว โดยอาการของผู้ป่วยในระยะนี้ส่วนมากจะเป็นอาการทางลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์

ที่อๆ สีหน้า เฉยเมย ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ นอนมาก อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต และผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระยะหลังเหล่านี้จะเกิดอาการกำเริบขึ้นได้เมื่อได้รับความกดดันด้านจิตใจ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
2. เป็นแนวทางให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งบุคลากรด้านการแพทย์ นักจิตวิทยาการปรึกษา พยาบาล ญาติ เพื่อนของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลในครอบครัว
3. ได้แนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดและทฤษฎี

ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเป็นฐานในการทำ ความเข้าใจประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยใช้แนวคิด ดังกล่าวนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถาม แต่มิใช่ใช้แนวคิดเหล่านั้นเป็นโครงสร้างที่จะ จำกัดกรอบแนวคิด หรือ เพื่อจำกัดการตีความของผู้ทำการวิจัย เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ ผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมนำเสนอมีตามลำดับต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท
3. แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของจิตใจตามหลักทางพุทธศาสนา
4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด การประเมินสถานการณ์ และการเผชิญความเครียด
5. การวิจัยเชิงคุณภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

สมภพ เรืองตระกูล(2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีลักษณะสำคัญ คือ เป็นผู้ป่วยที่ มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

#### สาเหตุของโรคจิตเภท

Kaplan & Sadock (1988, อ้างถึงใน กาญจนนา ชัยเจริญ, 2547) กล่าวว่า สาเหตุของโรค จิตเภทยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการป่วยเป็นโรค จิตเภทไว้หลากหลายปัจจัย ดังนี้



## 1. ปัจจัยด้านชีววิทยา(biological factors)

1.1 พันธุกรรม(genetic factors) จากการศึกษาพบว่า ญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป

1.2 สารชีวเคมีในสมอง(biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง(neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง(central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน(dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าการหลั่งสารโดปามีนมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโตนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการ และช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง

1.4 ด้านประสาทวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ(psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตได้

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม(socio-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน

กล่าวโดยสรุป ปัจจุบันโรคจิตเภทยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด โดยสาเหตุของโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างผสมกัน ซึ่งแต่ละปัจจัยอาจมีบทบาทในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน

### ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

อาการที่สำคัญของโรคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ โดยมีรายละเอียด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก(positive symptoms) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความผิดปกติของความคิด ทั้งด้านเนื้อหาและความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ อาการแสดง คือ ความคิดหลงผิด(delusion) เช่น คิดว่ามีคนมาปองร้าย คิดว่าคนอื่นนินทาว่าร้ายตน มีอาการประสาทหลอน(hallucination) เช่น หูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดคุยกัน หรือได้ยินเสียงคนสบประมาทตน มีความผิดปกติของการพูด เช่น พูดจาสับสนเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถลำดับความคิดได้ และมีความผิดปกติของพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมวุ่นวายในลักษณะต่างๆ เหมือนเด็ก จนถึงพlungพ่วนกระวนกระวายอย่างรุนแรง แต่งตัวสกปรก หรือแต่งตัวแปลกประหลาด ไม่สนใจดูแลตนเอง

2. อาการด้านลบ(negative symptom) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือมีการแสดงพฤติกรรมที่ลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดิยวนานๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท มีอารมณ์เฉยเมย(affective flattening) สีหน้าของผู้ป่วยเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ พูดน้อยหรือไม่พูด(alogia) ผู้ป่วยใช้คำพูดน้อย และไม่สนใจที่จะตอบ ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด(avolition) ผู้ป่วยไม่ริเริ่มที่จะทำกิจกรรมใดๆ

## การดำเนินโรค

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเริ่มมีอาการ(prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตเห็นว่าเกียจคร้านกว่าเดิม เก็บตัวอยู่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจเรื่องปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน เฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ

2. ระยะอาการกำเริบ(active phase) เป็นระยะที่โรคกำลังเป็นรุนแรง ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ(residual phase) อาการคล้ายกับระยะเริ่มมีอาการ หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ระยะนี้ผู้ป่วยอาจจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ

ผู้ป่วยจิตเภทมีเพียงจำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็นแค่ 2-3 ครั้ง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจะไม่หายขาด มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ แต่ครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย และยิ่งผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ ซึ่งจากลักษณะอาการและการดำเนินโรคของโรคจิตเภท พบว่า ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยนั้นจะปรากฏในกิจกรรมต่างๆ เช่น การมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น การทำงาน การเรียน หรือการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมักมีปัญหาทางด้านการเรียน และอาจเรียนไม่จบ ผู้ป่วยส่วนมากถูกให้ออกจากงาน และได้รับการจ้างให้ทำงานในระดับต่ำกว่าคนปกติทั่วไป ซึ่งเรียกว่า “วิถีชีวิตต่ำลง” (downward drift) พบว่าร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยไม่ได้แต่งงาน และดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมาก (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ด้วยสาเหตุนี้จึงเป็นผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยต้องให้การดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านการรักษา คือ การให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ด้านจิตใจ และด้านความเป็นอยู่ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด และในขณะเดียวกันก็เป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบด้านต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท

### ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม(2539) ซึ่งทำการศึกษาเรื่อง ญาติผู้ดูแลที่บ้าน ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลที่บ้าน ว่าหมายถึงญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต ที่ให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรือ อารมณ์ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การช่วยเหลือดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้การช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ ซึ่ง Horowitz (1985, อ้างถึงใน จิรพันธ์ ชันแข็ง, 2548) ได้จำแนกประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและกาใช้เวลาในการดูแล เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ผู้ดูแลหลัก(primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง(give direct care) มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ช่วยแต่งตัว ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ
2. ผู้ดูแลรอง(secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง(directed care) เช่น เป็นตัวแทนในการติดต่อกับชุมชนหรือสังคม ดูแลจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปรับการตรวจรักษา เช่น เรื่องค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ค่าครองชีพ หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงเป็นบางครั้งบางคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากกว่าคนอื่นๆ โดยมุ่งเน้นเฉพาะสถานการณ์ในการช่วยเหลือดูแลซึ่งเกิดขึ้นที่บ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

## บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์(2538) ได้ทำการศึกษาและสรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เหมาะสมเป็น 6 ด้านดังนี้

1. ด้านความเป็นอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับระดับอาการของผู้ป่วยจิตเวช ถ้าผู้ป่วยมีระดับอาการค่อนข้างดี การช่วยเหลือดูแลในด้านความเป็นอยู่จะไม่มากนัก เช่น การเตือนหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดหาของใช้และการจัดให้เป็นระเบียบเรียบร้อย การจัดสถานที่พักให้เหมาะสม
2. ด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และความสามารถที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยเอง ถ้าผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้บ้าง ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวจะลดน้อยลง
3. ด้านสังคม มีการกระตุ้นผู้ป่วยในด้านสังคมอย่างเหมาะสม เช่น การชวนผู้ป่วยออกไปเที่ยวเตร่ สังสรรค์ พูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือร่วมงานหรือกิจกรรม เป็นต้น
4. ด้านอารมณ์และจิตใจ ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างถูกต้องแล้ว จะให้การดูแลด้านนี้ได้ดี เช่น พยายามชมเชย ให้กำลังใจ ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่แสดงออกหรือดูว่าผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสบายใจ ลดความวิตกกังวล สร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้แก่ผู้ป่วย
5. ด้านการรักษา ต้องกระตุ้นหรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอยู่เสมอ ไปพบแพทย์ตามนัด และเป็นผู้ช่วยการสนับสนุนการบำบัดรักษาทางด้านร่างกายและจิตใจต่อจากโรงพยาบาล
6. ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง คือ การกระตุ้นและฝึกฝนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้อยู่ในสภาพแวดล้อมในครอบครัวและในชุมชนได้อย่างมีความสุข สามารถรับผิดชอบ และช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีแล้วก็จะสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นได้ในที่สุด

## ผลของการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ดูแลในครอบครัว

ด้วยเหตุที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และผู้ดูแลในครอบครัวบางรายยังต้องรับผิดชอบหน้าที่

การงาน หน้าที่ภายในครอบครัวแทนผู้ป่วย จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวหลายๆด้าน ซึ่งจำแนกได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลมีหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง(วรกช นิธิกุล, 2535) การพักผ่อนไม่เพียงพอ ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้ากับหน้าที่ที่ได้รับ ขาดการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วยทางร่างกาย เช่น การเบื่ออาหาร มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักร่างกายอาจจะลดลงหรือเพิ่มขึ้น เป็นโรคกระเพาะอาหารจากการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลาและความเครียดที่เกิดขึ้น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หายใจไม่สะดวก ใจสั่น ตกใจง่าย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆของร่างกาย ไม่สบาย (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2536; นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ดูแลเพศหญิงมักจะมีอุบัติการณ์สูงในการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง(Sexton and Munro อ้างถึงใน Lubkin, 1995)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลอยู่ตลอดเวลา มีปฏิกิริยาต่อสิ่งกระตุ้นแม้เพียงเล็กน้อย ความอดทนต่อความเครียดลดลง ควบคุมตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลจะต้องให้ความเข้าใจในสภาวะดังกล่าวของผู้ป่วย ต้องปรับจิตใจของตนเพื่อรองรับ และทนต่อสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วยซึ่งต้องใช้พลังงานอย่างมาก นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องแบกรับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลายๆ คน ผู้ดูแลบางรายไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว รวมถึงอาจเกิดปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว อีกทั้งยังมีความรู้สึกเป็นห่วงผู้ป่วย และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับการดำเนินชีวิตของตน สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านจิตใจ เช่น ภาวะสับสน ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด รู้สึกสูญเสีย รู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ ทุกข์ใจ ลึนหวัง (ชะฤทธิ์พงษ์อนุตรี, 2531; Ip and Mackenzie, 1998; Eakes, 1995) ความรู้สึกอ่อนแอขาดการควบคุม (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) ความไม่มั่นคงทางอารมณ์ และความรู้สึกเป็นภาระ จากการศึกษาของพหล วงศาโรจน์ และคณะ(2540 อ้างถึงใน ญัฐิยา พรหมบุตร, 2545) พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด ปัญหาที่สำคัญ คือ กลัวว่าผู้ที่เป็นโรคจิตจะไม่หาย กังวลว่าจะไม่มีใครดูแลเมื่อผู้ดูแลตายไป และกังวลว่าชีวิตจะต้องถูกผูกติดกับผู้ที่เป็นโรคจิตอยู่ตลอดเวลา

นอกจากนี้การศึกษาของ Sellen (1994 อ้างถึงใน ญัฐิยา พรหมบุตร, 2545) เกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวชาวมาเลเซีย พบว่า ผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะเกิดความ

ผิดปกติทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 41 และร้อยละ 26 มีอาการแสดงความผิดปกติทางจิตเวชอย่างชัดเจน โดยพบโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญูจิยา พรหมบุตร(2545) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 31.6 มีปัญหาสุขภาพจิต และมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช

3. ผลกระทบด้านสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายต้องยุติหรือลดบทบาทด้านหน้าที่การงานของตนเองลง เพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายต้องประกอบอาชีพเพิ่มขึ้นจากเดิม เพื่อหารายได้มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยและให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว เป็นผลให้บทบาททางสังคมของผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มลดลง จากการที่ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ จึงไม่สามารถกำหนดเวลาในการดูแลที่แน่นอนได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเขาอดิสรระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ (ชะฤทธิ์ พงษ์อนุตรี, 2531) ผู้ดูแลไม่มีเวลาที่จะไปร่วมกิจกรรมทางชุมชน หรือสังคมดังเช่นที่เคยปฏิบัติมา (วรกช นิธิกุล, 2535) การพบปะสังสรรค์กับผู้อื่นลดน้อยลง มีการเชิญเพื่อนมาสังสรรค์ที่บ้าน หรือไปเยี่ยมเยียนเพื่อน ๆ น้อยลง (ปัทมา ทับเสิร์ฟไท, 2535) ผู้ดูแลรู้สึกเหมือนถูกผูกติดกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม เหนง และขาดเพื่อนฝูงในสังคม (วรกช นิธิกุล, 2535)

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของบุคคล เป็นพลังที่กำกับและประสานการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ความรู้สึกทางศีลธรรมและสติปัญญา ให้ดำรงชีวิตอยู่ได้และมีความสุขในชีวิต จากการศึกษาของ Convinsky, Goldman and Cook (1994) พบว่า หนึ่งในห้าของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยทางจิตอย่างรุนแรงจำเป็นต้องออกจากงาน ซึ่ง Doornbos(1997 อ้างถึงใน เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ, 2542) กล่าวว่า การที่ต้องยุติหรือลดบทบาททางหน้าที่การงาน สังคมของตนเองลงเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียโอกาสในหน้าที่การงานและในสังคม สูญเสียความฝัน แผนชีวิตไม่ได้เป็นดังที่วางไว้

5. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การที่มีผู้เจ็บป่วยในครอบครัวนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว จากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยซึ่งหลายรายที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และในบางรายประกอบอาชีพได้เพียงเล็กน้อยรวมทั้งค่าตอบแทนที่ได้รับก็ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายของตนเอง นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องยุติหรือลดการทำงานของตนเองเพื่อที่จะได้มาดูแลผู้ป่วยก็ทำให้รายได้ของครอบครัวนั้นลดลงไม่เพียงพอกับรายจ่าย และยังขาดแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางการเงิน

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ แม้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวคนหนึ่งๆจะไม่ได้รับผลกระทบครบหมดทุกด้านดังที่กล่าวมา แต่การที่บุคคลได้รับผลด้านใดด้านหนึ่งนั้นจะส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน รวมทั้งส่งผลต่อบุคคลโดยรวม

ผลที่ได้กล่าวไปแล้วนั้นเป็นผลด้านลบที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ในการดูแลผู้ปวยนั้นจะพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอาจจะได้รับผลทั้งด้านบวกและ/หรือด้านลบ แม้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับผลด้านบวกที่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทได้รับ จะพบได้น้อยก็ตาม ซึ่งการศึกษาที่พบผลด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยในประเทศไทย ได้แก่ การศึกษาของจิรพันธ์ ชันแข็ง (2548) พบว่า มารดาที่ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทรับรู้ว่าการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นการแสดงความรัก ความผูกพัน

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของจิตใจตามหลักพุทธศาสนา

เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่ได้รับอิทธิพลจากหลักธรรมทางพุทธศาสนามาเป็นเวลายาวนาน คนส่วนใหญ่มีหลักธรรม หรือความเชื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพุทธศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ดังนั้นจึงขอเสนอแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของ “ชีวิต” ตามหลักพุทธศาสนา ซึ่งในแนวคิดดังกล่าวได้มีการกล่าวถึงองค์ประกอบของ “จิตใจ” ไว้ด้วย

ศาสนาพุทธมีหลักธรรมที่แสดงถึงแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของจิตใจ คือ หลักธรรมเรื่อง “ขั้น 5” ซึ่งเป็นหลักธรรมที่ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของโลก ซึ่งรวมถึง “มนุษย์” ด้วยว่าแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ วัตถุ และส่วนที่เป็นจิตใจหรือรู้สึก เรียกว่านามธรรม นอกจากนี้ยังได้แบ่งส่วนที่เป็นนามธรรมหรือจิตใจนี้ออกเป็น 4 ส่วน เรียกว่า เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณ ในที่นี้จะอธิบายลักษณะขององค์ประกอบส่วนที่เป็นนามธรรมหรือจิตใจแต่ละส่วน ดังนี้(พระธรรมโกศาจารย์, 2549)

1. เวทนา(feeling หรือ sensation) หมายถึง ความรู้สึก ซึ่งมี 3 ลักษณะ คือ สุข หรือพอใจ อย่างหนึ่ง ทุกข์ หรือไม่พอใจอย่างหนึ่ง อีกอย่างหนึ่งคือความรู้สึกที่เฉยๆ อยู่ในลักษณะที่เรากำลังสงสัยว่าเป็นสุขหรือทุกข์ แล้วตัดสินใจไม่ถูก ยังคงเป็นปัญหาอยู่ เรียกว่า อทุกขมสุข แต่เป็นความรู้สึกเหมือนกัน ความรู้สึกทั้งหมดนี้มีประจำอยู่ในตัวคนเราเป็นปกติ วันหนึ่งๆย่อมเต็มไปด้วยความรู้สึกสุข หรือทุกข์ หรือไม่สุขไม่ทุกข์ เวทนาจัดเป็นส่วนประกอบส่วนที่ 1 ของจิต



2. สัญญา(perception) หมายถึง ความรู้สึกตัว รู้ได้ว่าอะไรเป็นอะไร หรืออาจอธิบายได้ว่าเป็น ความจำ หรือความจำได้หมายรู้ คือ เมื่อมีสิ่งใดๆ มากระทบทางตา ทางหู ทางจมูก ทางลิ้น หรือทางกายก็รู้สึก หรือจำได้ว่าเป็นอะไร เช่น รู้ว่าคน ว่าสัตว์ ตามแต่จะจำได้ สัญญาจัดเป็นส่วนประกอบส่วนที่ 2 ของจิต

3. สังขาร(mental formations หรือ volitional activities) หมายถึง ความคิด เช่น คิดจะทำนั้น คิดจะพูดนี้ คิดอย่างนั้นอย่างนี้ ซึ่งจัดแบ่งเป็น คิดดี คิดเลว คิดชั่วร้าย ความคิดนี้เกิดจากองค์ประกอบหลายอย่างมารวมเข้าด้วยกัน มาปรุงแต่งจิตให้ดีหรือชั่ว หรือเป็นกลางๆ โดยมีเจตนาเป็นตัวนำ ความคิดจัดเป็นส่วนประกอบส่วนที่ 3 ของจิต

4. วิญญาณ(consciousness) หมายถึง ตัวจิต ที่ทำหน้าที่รู้สึกทางประสาททั้ง 5 และทางใจ คือ การเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรู้รส การสัมผัสทางกาย และการรับรู้อารมณ์ทางใจ เป็นการรู้ตามธรรมชาติ ไม่ได้หมายความว่า รู้ถูกต้อง เป็นเพียง รู้ ชนิดที่เมื่อมีอะไรมากระทบทางตาก็รับรู้ทางตาจนรู้สึกว่ามันเป็นรูปนั้นรูปนี้ ฯลฯ วิญญาณจัดเป็นส่วนประกอบส่วนที่ 4 ของจิต

องค์ประกอบของจิตใจทั้ง 4 ส่วนนี้ เรียกว่า ส่วนนามธรรม เมื่อรวมกับส่วนรูปธรรม เรียกว่า ชั้นที่ 5 อันเป็นองค์ประกอบของความเป็นมนุษย์ และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ หากบุคคลเห็นว่าองค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่งมีตัวตน ก็เกิดความยึดมั่นถือมั่น และนำมาซึ่งความอยากอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ อยากมี อยากได้ อยากเป็น ซึ่งหากไม่สมความปรารถนา บุคคลนั้นก็เกิดความทุกข์ หากสมปรารถนาบุคคลนั้นก็เกิดความพอใจหรือความสุข หนึ่งความสุขที่เกิดขึ้นนั้นมิใช่ความสุขที่แท้จริง เนื่องจากความสุขทำให้จิตใจต้องเหน็ดเหนื่อย ทำให้เกิดความอยาก และวนเวียนอยู่ในความทุกข์ ในทางพุทธศาสนาจึงนับว่าความสุขเป็นความทุกข์อย่างหนึ่ง

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด การประเมินสถานการณ์ และการเผชิญความเครียด

Lazarus and Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของความเครียด ว่าเป็นชุดของตัวแปรและกระบวนการ อันประกอบด้วย สิ่งกระตุ้น การตอบสนอง การประเมินทางปัญญา รูปแบบการเผชิญความเครียด กลไกการป้องกันทางจิต และสภาพแวดล้อมทางสังคม โดย Lazarus and Folkman ได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด และแบ่งความหมายของความเครียดเป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. ความเครียดในลักษณะของสิ่งเร้า(Stimulus Definition) ความเครียดตามความหมายนี้คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และส่งผลให้ชีวิตของบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่ง Lazarus and Cohen (1977 อ้างถึงใน Lazarus and Folkman, 1984) ได้กล่าวว่าเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าให้เกิดความเครียด ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ(major change) เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงและเกิดขึ้นทันทีทันใด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคนจำนวนมาก, การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ(major change) แต่ส่งผลกระทบต่อบุคคลจำนวนเล็กน้อยหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น, และเหตุการณ์ทั่วไปในชีวิตประจำวัน(daily hassle)

2. ความเครียดในลักษณะของการตอบสนอง(Response Definition) ความเครียดตามความหมายนี้คือ ปฏิกริยาตอบสนองที่ไม่เฉพาะเจาะจงของร่างกายต่อสิ่งเร้า ทั้งที่เกิดขึ้นภายในและภายนอกตัวบุคคล หรือที่เรียกว่ากลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะเตือน ระยะต่อต้าน และระยะหมดกำลัง

3. ความเครียดในลักษณะของการปฏิสัมพันธ์(Relational response) หมายถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม คือ การที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นจะส่งผลกระทบต่อความผาสุกของตนเองหรือไม่ และตนต้องใช้แหล่งประโยชน์(resources) ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เป็นการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ(demand) กับแหล่งประโยชน์(resources) ที่ตนมีอยู่ของบุคคลนั้น

ความหมายของความเครียดในลักษณะของการปฏิสัมพันธ์นี้เองที่ Lazarus and Folkman มองว่าเป็นส่วนสำคัญต่อกระบวนการประเมินทางปัญญา(Cognitive Appraisal Processes) ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ในกรณีที่ความต้องการของสภาพแวดล้อมและแรงกดดันต่อความเครียดเดียวกัน บุคคลก็จะมีปฏิกริยาตอบสนองที่ต่างกันไป เนื่องจากแต่ละบุคคลนั้นมีความไวและความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ที่ต่างกัน ส่งผลให้มีการตีความและตอบสนองต่อเหตุการณ์แตกต่างกัน

กระบวนการประเมินทางปัญญา เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในการตัดสินใจหรือประเมินว่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลอย่างไรต่อความผาสุกของตนเอง เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดในรูปแบบใด และรุนแรงเพียงใด กระบวนการประเมินทางปัญญา ประกอบด้วย

1. การประเมินขั้นปฐมภูมิ(Primary appraisal) เป็นการที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์ หรือส่งผลกระทบต่อตนหรือไม่ และส่งผลกระทบต่อตนในลักษณะใด โดยแบ่งการประเมินเหตุการณ์ได้ 3 ลักษณะ คือ

1.1 เหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าตนไม่มีส่วนได้ส่วนเสียจากเหตุการณ์นั้นๆ จึงไม่ส่งผลต่อความผาสุกของบุคคล

1.2 เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าตนได้รับผลดีจากเหตุการณ์นั้นๆ ส่งผลต่อความผาสุกของบุคคล ก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจ มีความพึงพอใจในชีวิต และไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์

1.3 เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเอง คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลให้ตนต้องดิ้นแรงประหยชนที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกว่ากำลังของแหล่งประหยชนนั้น ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นนี้แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย(Harm/Loss) เป็นการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือผ่านพ้นไปแล้วว่าส่งผลในทางลบ ก่อให้เกิดอันตรายหรือความสูญเสียต่อตนในปัจจุบัน

1.3.2 คุกคาม(Threat) เป็นการคาดคะเนว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลในทางลบ ก่อให้เกิดอันตรายหรือความสูญเสียต่อตนในอนาคต

1.3.3 ทำทาย(Challenge) เป็นการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าอาจจะเป็นอันตราย แต่ก็เป็นที่ตนสามารถจัดการได้ หรือเป็นการคาดคะเนว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลในทางบวกต่อตน เช่น ก่อให้เกิดความพึงพอใจ ความสุข ซึ่งในเหตุการณ์เดียวกันถ้าบุคคลใดประเมินว่าเหตุการณ์เป็นสิ่งที่ท้าทาย จะส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถปรับตัวได้ง่ายกว่าบุคคลที่ประเมินว่าเหตุการณ์เป็นสิ่งที่คุกคาม

การประเมินเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งว่าก่อให้เกิดความเครียดนั้น เหตุการณ์หนึ่งๆ อาจก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้หลายลักษณะพร้อมกัน เช่น บุคคลอาจจะรู้สึกว่าคุณคุกคามไปพร้อมกับรู้สึกท้าทาย นอกจากนี้ลักษณะและระดับของความเครียดนั้นไม่คงที่ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล

2. การประเมินขั้นทุติยภูมิ(Secondary appraisal) เมื่อบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นการคุกคามหรือเป็นการท้าทายแล้ว ในขั้นต่อไปคือ การประเมินว่าตนเองจะสามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆได้อย่างไร การประเมินขั้นทุติยภูมิเป็นการประเมินเลือกวิธีการเผชิญกับ

เหตุการณ์นั้น นอกจากนี้การประเมินขั้นทุติยภูมิกับการประเมินขั้นปฐมภูมิมีความสัมพันธ์ โดยส่งผลต่อระดับความเครียดซึ่งกันและกัน

3. การประเมินใหม่(Reappraisal) เป็นการที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่ตนเองเคยประเมินแล้วซ้ำอีกครั้ง เนื่องจากได้รับข้อมูลเพิ่มเติมใหม่ขึ้น ส่งผลให้เกิดการให้ความหมายของเหตุการณ์นั้นเสียใหม่ ซึ่งการประเมินใหม่นี้บุคคลอาจจะให้ความหมายเหตุการณ์เดิมในทางที่ดีขึ้น หรือแย่ลงก็ได้

การประเมินสถานการณ์ของบุคคลนั้นเป็นกระบวนการที่สามารถเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกันตลอดเวลา โดยใช้ข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ เช่น การบุคคล จากสิ่งแวดล้อม หรือจากประสบการณ์การประเมินสถานการณ์ในครั้งก่อน ซึ่งการประเมินทั้ง 3 ระดับนี้อาจจะเกิดขึ้นในเวลาไล่เลี่ยกันหรือเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน และการประเมินทั้ง 3 ระดับนี้จะดำเนินไปจนกระทั่งสถานการณ์นั้นจะสิ้นสุดลง

การประเมินทางปัญญาของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน แม้ในสถานการณ์เดียวกัน โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการประเมินทางปัญญา แบ่งเป็น ปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม

#### 1. ปัจจัยด้านบุคคล(Personal factors) ประกอบด้วย

1.1 ความยึดมั่นผูกพัน(Commitment) เป็นการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญ หรือมีความหมายอย่างไรต่อตัวบุคคล เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับอะไรต่อความผาสุกของตน ทำนายความเสี่ยงในการเกิดความเครียดและประเมินสถานการณ์ว่าเป็นการคุกคาม ถ้าบุคคลมีความยึดมั่นผูกพันมากจะมีแนวโน้มที่จะประเมินสถานการณ์ว่าคุกคามหรือทำทนาย นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลมีความมุ่งมั่นที่จะเผชิญกับอุปสรรคเพื่อให้ได้ผลลัพธ์อย่างที่ตนได้ตั้งใจไว้ ซึ่งเป็นการลดความรู้สึกถูกคุกคาม

#### 1.2 ความเชื่อ(Beliefs) ความเชื่อที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ ประกอบด้วย

1.2.1 ความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมเหตุการณ์ทั่วไปได้(General belief about control) คือ การที่บุคคลเชื่อว่าตนสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ และผลลัพธ์ให้เป็นดังที่ตนคาดไว้ได้ ซึ่งความเชื่อนี้จะมีอิทธิพลอย่างมากเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์คลุมเครือ หรือเหตุการณ์ที่ใหม่มาก

1.2.2 ความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์เฉพาะที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (Situation control appraisal) คือ การที่บุคคลเชื่อว่าตนสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ เป็นความเชื่อที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่บุคคลได้ประเมินความต้องการของสถานการณ์ แหล่งความช่วยเหลือของตน ทางเลือก และความสามารถที่จำเป็นต้องใช้ในการเผชิญปัญหา

1.2.3 ความเชื่อในสิ่งที่มีอยู่(Existential belief) คือ การที่บุคคลมีความเชื่อในหลักทางศาสนา โชคชะตา หรือสิ่งอื่นๆ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถสร้างความหมายให้กับชีวิตของตน มีทำให้ตนมีความหวังในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

## 2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation factors) ประกอบด้วย

2.1 สถานการณ์ใหม่(Novelty) เมื่อบุคคลต้องประสบกับสถานการณ์ซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นกับตนเองมาก่อน ถ้าสถานการณ์นั้นใหม่อย่างสมบูรณ์(Completely) คือ บุคคลไม่เคยรับรู้หรือมีข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นมาก่อน บุคคลจะประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตราย แต่ในความเป็นจริงแล้วเป็นการยากที่สถานการณ์ใหม่อย่างสมบูรณ์(Completely) จะเกิดขึ้น เนื่องจากบุคคลส่วนมากจะมีประสบการณ์กับสถานการณ์ต่างๆ มาก่อน แม้จะไม่ใช่ทางตรง แต่ประสบการณ์ทางอ้อม เช่น จากการได้ข่าวสาร หรือคำบอกเล่าของบุคคลอื่น จึงผลให้เมื่อบุคคลประสบกับสถานการณ์ซึ่งยังไม่เคยเกิดขึ้นกับตน บุคคลจะประเมินสถานการณ์โดยการเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเข้ากับประสบการณ์ทางอ้อมที่ตนมีอยู่

2.2 การทำนายได้ของสถานการณ์(Predictability) เมื่อบุคคลสามารถคาดเดาการเปลี่ยนแปลง หรือการดำเนินของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่เกิดขึ้นได้ จะส่งผลให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ว่าเป็นสิ่งที่ทำหาย

2.3 ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์(Event uncertainty) เมื่อบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นไม่คงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ จะส่งผลให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามหรือสูญเสียได้

## 2.4 ปัจจัยด้านเวลา (Temporal factors) ประกอบด้วย

2.4.1 ระยะเวลาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์(Imminence) คือ การที่บุคคลประเมินว่าตนมีเวลาเพียงพอสำหรับการค้นคว้าข้อมูลและหาคำแนะนำอย่างรอบคอบเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น จะส่งผลให้บุคคลมีการประเมินตัดสินใจที่ดี

2.4.2 ระยะเวลาของการเกิดเหตุการณ์(Duration) คือ การที่เหตุการณ์นั้นๆ เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง คงอยู่เป็นระยะเวลาานาน หรือคงอยู่ตลอด จะส่งผลกระทบต่อความผาสุกบุคคล

2.4.3 ความไม่แน่นอนของเวลา(Temporal uncertainty) คือ การที่บุคคลไม่สามารถที่จะคาดเดา หรือทำนายได้ว่าเหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อใด ซึ่งจะส่งผลต่อความผาสุกของบุคคล

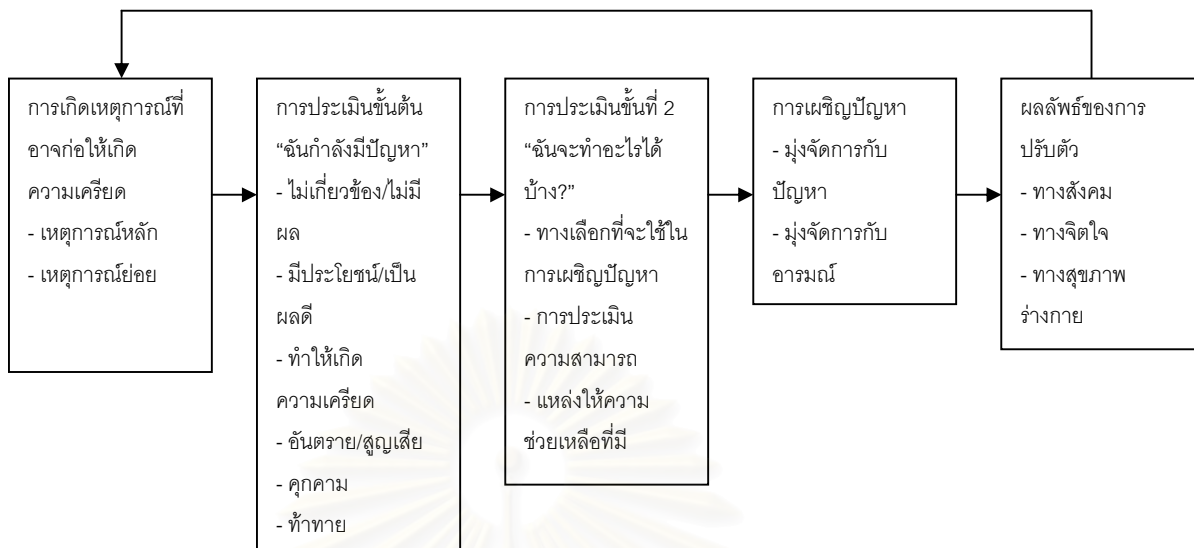
ปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อมนั้นมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน และมีความสำคัญต่อการที่บุคคลจะประเมินสถานการณ์ที่ตนประสบอยู่ว่าส่งผลต่อความผาสุกของตนหรือไม่ และในรูปแบบใด

ภายหลังจากที่บุคคลประเมินสถานการณ์แล้วพบว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะมีความพยายามทั้งด้านการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น หรือที่เรียกว่า การเผชิญความเครียด(coping) ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับบริบทของปัญหาที่เผชิญอยู่ ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาจำแนกเป็น 2 วิธี คือ

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา(problem-focused coping) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามจัดการกับสภาพแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียด เพื่อเปลี่ยนแปลงให้สถานการณ์ดีขึ้น โดยการมุ่งปรับที่สภาพแวดล้อมนั้นหรือมุ่งแก้ที่ตนเอง บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดลักษณะนี้เมื่อประเมินแล้วพบว่าสถานการณ์ที่เป็นปัญหายังสามารถเปลี่ยนแปลงได้

2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามจัดการ หรือปรับอารมณ์และความรู้สึกของตน เพื่อลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดลักษณะนี้เมื่อประเมินแล้วพบว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้

Lazarus and Folkman ได้กล่าวว่ากระบวนการของความเครียด การประเมินสถานการณ์ และวิธีการเผชิญความเครียดนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอาจเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีกเป็นวงจร ดังแผนภาพ



**แผนภาพที่ 1** แผนภาพแสดงรูปแบบกระบวนการของความเครียดตามทฤษฎีความเครียดของ  
ลาซารัส ที่มา:(สุภาพรธรรม โคตรจรัส, 2539 อ้างถึงใน พัชรินทร์ อรุณเรือง, 2545)

## 5. การวิจัยเชิงคุณภาพ

สุภางศ์ จันทวานิช (2550: 13) ให้ความหมายการวิจัยเชิงคุณภาพว่าเป็น “การแสวงหา  
ความรู้โดยการพิจารณาปรากฏการณ์สังคมแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหา  
ความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น วิธีการนี้จะสนใจข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด  
ความหมาย ค่านิยม หรืออุดมการณ์ของบุคคลนอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การสังเกต  
แบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่ง  
สุภางศ์ จันทวานิช ได้อธิบายลักษณะสำคัญการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ดังนี้

1. เน้นการมองปรากฏการณ์ให้เห็นภาพรวม โดยการมองหลายแง่มุม การศึกษา  
ปรากฏการณ์ทางสังคมจะต้องกระทำโดยการศึกษารูปการณ์นั้นจากหลากหลายแง่มุม ไม่ยึด  
ติดกับแนวคิดหรือทฤษฎีอันใดอันหนึ่งเป็นหลัก นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาปรากฏการณ์ใน  
ลักษณะของภาพรวมทั้งหมด ไม่พิจารณาเจาะลงไปทีละเรื่องหนึ่งเรื่องใด

2. เป็นการศึกษาติดตามระยะยาวและเจาะลึก เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการ  
เปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์สังคมซึ่งมีความเป็นพลวัต ทำให้เห็นสภาพความเปลี่ยนแปลงใน  
ระยะต่างๆ นอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาแบบเจาะลึก เช่น การศึกษาเฉพาะกรณีหรือการศึกษา  
เฉพาะบุคคลเพื่อให้ทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งและสามารถมองภาพได้จากหลายแง่มุม

3. เป็นการศึกษาปรากฏการณ์ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ความหมายของปรากฏการณ์ในสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง สามารถเห็นปรากฏการณ์ใน บริบททางสังคมและวัฒนธรรม

4. คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกวิจัย ด้วยเหตุที่การศึกษาปรากฏการณ์สังคมเป็น การศึกษามนุษย์ ผู้วิจัยเชิงคุณภาพจึงให้ความสำคัญและเคารพผู้ถูกวิจัยในฐานะที่เป็นเพื่อน มนุษย์ในทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลของผู้ถูกวิจัยไปใช้ในทางที่จะก่อให้เกิด ความเสียหายแก่ผู้ถูกวิจัย และไม่ฝืนใจถ้าผู้ถูกวิจัยไม่เต็มใจหรือไม่ต้องการให้ความร่วมมือ

5. ใช้การพรรณนาและการวิเคราะห์แบบอุปนัย นักวิจัยเชิงคุณภาพจะให้รายละเอียด เกี่ยวกับสภาพทั่วไปของชุมชนหรือกรณีที่ศึกษาในลักษณะของการพรรณนา ส่วนใหญ่จะเป็น ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ สภาพลมฟ้าอากาศ แบบแผนการดำรงชีวิตในด้าน ต่างๆ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลที่จำเป็นเพราะช่วยให้ผู้อ่านงานวิจัยเกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ ได้ดีขึ้นและอาจตรวจสอบข้อมูลได้ด้วย ส่วนในการวิเคราะห์นักวิจัยเชิงคุณภาพจะใช้วิธีการ ตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย(induction) เป็นวิธีการวิเคราะห์ที่สำคัญ วิธีการนี้คือการนำข้อมูล เชิงรูปธรรมย่อยๆหลายๆกรณีมาสรุปเป็นข้อสรุปเชิงนามธรรมโดยพิจารณาจากลักษณะร่วมที่พบ

6. เน้นปัจจัยหรือตัวแปรด้านความรู้สึกนึกคิด จิตใจ ความหมาย ในการศึกษา ปรากฏการณ์สังคม นักวิจัยเชิงคุณภาพจะเน้นความสำคัญของตัวแปรด้านจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด และความหมายที่มนุษย์กำหนดขึ้น เนื่องจากนักวิจัยเชิงคุณภาพเชื่อว่าองค์ประกอบเหล่านี้คือสิ่ง ที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมมนุษย์ และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมมนุษย์ที่แสดงออกมา จึงจำเป็นต้อง ทำความเข้าใจให้ชัดเจนถึงจะสามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้

ด้วยลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพดังกล่าว ทำให้มีความเหมาะสมสำหรับการศึกษาที่มี จุดประสงค์ ดังต่อไปนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2550: 21-22)

1. เมื่อต้องการสร้างสมมติฐานหรือทฤษฎีใหม่ๆ ตลอดจนข้อเท็จจริงใหม่จากที่เคยรู้กันมา แต่เดิม และเมื่อต้องการสร้างทฤษฎีหรือกฎเกณฑ์ของศาสตร์สำหรับสภาพที่ยังขาดทฤษฎีของ ตนเอง เพราะทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม (context) เป็นสำคัญ แต่ละสังคม ซึ่งมีสภาพแตกต่างกันจึงไม่อาจใช้กฎเกณฑ์เดียวกันมาอธิบายได้ ในกรณีนี้เราจะใช้วิธีการเชิง คุณภาพก่อนเพื่อสร้างสมมติฐาน แล้วใช้วิธีการเชิงปริมาณมาช่วยทดสอบและย้ำความเชื่อถือได้ ของสมมติฐานข้างต้น



2. เมื่อต้องการศึกษากระบวนการของปรากฏการณ์สังคมว่าได้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรจากระยะเวลาหนึ่งไปยังอีกระยะเวลาหนึ่ง โดยมีเงื่อนไขอะไรเกิดขึ้นในกระบวนการนั้น

3. เมื่อต้องการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ในระดับลึกซึ่งถึงความหมายของปรากฏการณ์นั้นๆ สำหรับสมาชิกสังคมหรือกลุ่มสังคม

4. เมื่อทำวิจัยในสังคมที่มีผู้ไม่รู้หนังสือและผู้มีการศึกษาขั้นต่ำมาก เช่น ในท้องถิ่นห่างไกล เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพใช้คนสัมภาษณ์โดยตรง ไม่ใช่เครื่องมือวิจัยอื่นๆ เป็นสื่อกลาง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดในการตีความหมายของทั้งสองฝ่ายทั้งผู้วิจัยและผู้ถูกวิจัยจึงมีน้อยกว่า ในขณะที่การใช้เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ เช่น แบบสอบถามหรือแบบสำรวจที่ส่งมาทางไปรษณีย์จะได้ผลต่างกัน

5. เมื่อต้องการทำวิจัยในเรื่องที่มีลักษณะเป็นนามธรรม เช่น เรื่องเกี่ยวกับค่านิยม โลกทัศน์ ความเชื่อถือ ความหมายของสิ่งต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ

6. เมื่อต้องการข้อมูลระดับลึกมาประกอบการตัดสินใจในการวางแผนปฏิบัติงาน เพราะในบางครั้งตัวเลขที่รวบรวมได้และผลงานวิจัยเชิงปริมาณไม่ช่วยผู้บริหารในการตัดสินใจในวางแผน

7. เมื่อทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งปัจจุบันใช้กันมากในกิจกรรมพัฒนาทั้งของภาครัฐและเอกชน จำเป็นต้องใช้วิธีการเชิงคุณภาพในการทำความเข้าใจปัญหา ในการสร้างการมีส่วนร่วมและในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาในการพัฒนา

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นมีหลากหลายวิธี การนำแต่ละวิธีมาใช้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ การวิจัย หรือลักษณะของสิ่งที่ต้องการศึกษา สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological research) ซึ่งชาย โทธิสิตา (2548) อธิบายว่าการศึกษาแนวปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่อาศัยแนวความคิดจากปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาเป็นเครื่องมือในการศึกษาปรากฏการณ์ และประสบการณ์ของมนุษย์ การวิจัยแบบนี้มุ่งทำความเข้าใจความหมายประสบการณ์ชีวิต (lived experiences) ที่บุคคลได้ประสบเป็นหลัก โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูล ในกระบวนการวิเคราะห์นักวิจัยต้องมองหาความหมายของประสบการณ์ที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังสิ่งที่ปรากฏ การวิเคราะห์เน้นการตีความปรากฏการณ์ภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมเป็นหลัก

ซึ่งเป็นวิธีศึกษานี้เหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้ที่มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจ  
ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีการศึกษาทั้ง  
ภายในประเทศ และภายนอกประเทศไทยเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางด้าน  
ร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต รวมทั้งความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช  
ดังต่อไปนี้

เอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ได้ศึกษาสถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด ลักษณะ  
ความเครียด ระดับความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยวิธีการ  
วิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 260 ราย ที่นำผู้ป่วยโรคจิตเภท  
มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพริยดา  
พบว่า สถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ สถานการณ์การจัดการเมื่อผู้ป่วย  
ทำร้ายผู้อื่น ส่วนสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดน้อยแต่พบบ่อย ได้แก่ สถานการณ์ที่  
ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และการที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการ  
รักษาพยาบาลผู้ป่วย ลักษณะความเครียดจะปรากฏทั้งทางร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิด  
พฤติกรรม และจิตวิญญาณ ซึ่งผู้ดูแลจำนวนมากมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่ง  
วิธีการปรับตัวที่ผู้ดูแลใช้มีทั้งวิธีที่มุ่งเน้นในการแก้ปัญหาหรือแก้ไขสถานการณ์ และการลดอารมณ์  
ที่เป็นทุกข์

ณัฐยา พรหมบุตร (2545) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความสัมพันธ์  
ระหว่างสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ  
ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรค และระยะเวลาการดูแล ด้วยวิธีการวิจัยเชิง  
ปริมาณ โดยทำการศึกษาจากผู้ดูแลที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับการตรวจรักษาตามนัด หรือมา  
ขอรับการปรึกษาหรือขอรับยาแทนผู้ที่เป็นโรคที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน  
380 ราย พบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 31.6 มีปัญหาสุขภาพจิต และมีแนวโน้มที่จะเกิด  
ความผิดปกติทางจิตเวช นอกจากนี้ยังพบว่า อาชีพและความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์  
กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ควร  
ได้รับความสนใจและเอาใจใส่ เพื่อป้องกันความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต และป้องกันความ  
ผิดปกติทางจิตเวชที่อาจเกิดตามมา

วิมาลา เจริญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับยาแทนผู้ป่วยหรือพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 180 ราย ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยรวม อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย พฤติกรรมการปรับตัวด้าน อุตมโนทัศน์ และพฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ อยู่ในระดับดี ในขณะที่พฤติกรรมการปรับตัวด้านพึงพาอาศัยซึ่งกันและกันอยู่ในระดับปานกลาง

พัสดรารณณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์ (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิงปรัญในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 110 ราย พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีภาวะเชิงปรัญในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว และความผาสุกทางใจในระดับปานกลาง และมีความหวังในระดับค่อนข้างมาก เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกับตัวแปรต่างๆ พบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัว และความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัว ในขณะที่ภาวะเชิงปรัญในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัว แต่เพศและอายุนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัว

จีรนนท์ ชันแข็ง (2548) ศึกษาประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 15 ราย ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า มารดาให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทว่า เป็นการกระทำที่ยากให้บุตรหายจากความเจ็บป่วย และเป็นการแสดงความรักผูกพัน ห่วงใยของความเป็นแม่ ส่วนประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท มี 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) ประสบการณ์ด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย มารดาคิดว่าอาการเจ็บป่วยของบุตรมีที่มาจาก 2 สาเหตุ ได้แก่ เกิดจากความเครียดหรือคิดมากทำให้ประสาทไม่ดี และเกิดจากถูกผีเข้าหรือโดนของ

2) ประสบการณ์ด้านพฤติกรรมการดูแล ซึ่งแบ่งพฤติกรรมการดูแลเป็น 2 ระยะ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลระยะแรกที่มีการเจ็บป่วย/มีอาการทางจิต และพฤติกรรมการดูแลในระยะอาการสงบ/ไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ

3) ประสบการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึกจากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท แบ่ง 4 กลุ่ม ได้แก่ (ก) ไม่มีความสุขช่วงที่มีอาการ คือ ความรู้สึกท้อแท้ เบื่อในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย เป็นห่วงเป็นใย ความรู้สึกยุ่งยากลำบากเมื่อต้องพาผู้ป่วยเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ ความรู้สึกอับอายในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย เจ็บตัวและเจ็บใจเมื่อถูกบุตรทำร้ายร่างกาย (ข) การมีความหวังว่าบุตรจะหายจากการเจ็บป่วย ถึงแม้จะได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่าโอกาสหายขาดมีน้อยหรืออาจต้องรับประทานยาตลอดชีวิต (ค) สบายใจเมื่ออาการดีขึ้น และ(ง) ทำใจยอมรับการดูแลเมื่อบุตรเจ็บป่วย

Ip and Mackenzie (1998) ศึกษาประสบการณ์ในการดูแลญาติที่ป่วยเป็นโรคทางจิต อย่างรุนแรงที่บ้านของผู้ดูแลในประเทศฮ่องกง ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลหลักจำนวน 8 ราย ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ที่ จำหน่ายจากโรงพยาบาลและรับการดูแลต่อที่บ้าน พบว่า ประสบการณ์ของผู้ดูแลมี 5 ลักษณะ คือ

- 1) ได้รับผลกระทบด้านอารมณ์ ได้แก่ ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ ความรู้สึกโกรธ ผิดหวัง ท้อแท้ กังวลว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และรู้สึกหมดหวัง
- 2) วิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัว ผู้ดูแลใช้วิธีการยอมรับและให้การกระทำที่มีผลดี ต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และอารมณ์
- 3) ได้รับผลกระทบด้านจิตสังคม ได้แก่ ผู้ดูแลรู้สึกว่าภาระดูแลผู้ป่วยนั้นขัดขวางการดำเนิน ชีวิตทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาด้านการเงิน
- 4) ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณได้รับความช่วยเหลือ ทางสังคมน้อย
- 5) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและบริการด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ผู้ดูแลต้องการ ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของญาติ ความรู้เรื่องยาและการรักษา การบริการที่ได้รับ และการจัดการกับอาการของผู้ป่วย

Hinrishsen and Lieberman (1999) ศึกษาการอนุมานสาเหตุและการเผชิญความเครียด ที่มีผลต่อการจัดการอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลผู้ป่วยในระยะแรกของการ ป่วย ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการใช้แบบทดสอบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยภายหลังจากที่ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 63 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแล ส่วนมากมีการจัดการทางอารมณ์แบบมีเหตุผลที่ดี สำหรับญาติผู้ดูแลที่มีการจัดการทางอารมณ์ ไม่ดีนั้นจะเป็นผู้ที่ 1) คิดว่าสาเหตุการป่วยทางจิตของผู้ป่วยเป็นผลมาจากสภาพจิตล้มเหลว หรือมี

ปัญหาทางจิตใจในช่วงต้นของชีวิต 2) ใช้การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง 3) มีความสับสนในการจัดการดูแลผู้ป่วย หลีกเลี่ยงที่จะให้การดูแล

Lowyck, De Hert, Peters, Wampers, Gilis, and Peuskens (2004) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะของสมาชิกของครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภท ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 150 ราย พบว่า สมาชิกครอบครัวรู้สึกเป็นภาระทั้งในด้านการดูแลและในด้านระดับของอารมณ์ โดยความรู้สึกเป็นภาระนี้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในระดับสูงกับพฤติกรรมตามอาการของโรคของผู้ป่วย นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวยังมีหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น ในการช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย และรู้สึกว่าบรรยากาศในบ้านตึงเครียดกว่าเดิม และยังพบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาน้อยกว่า 1 ปี มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสมาชิกคนอื่นๆของครอบครัวมากกว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามากกว่า 1 ปี

Nehra, Chakrabarti, Kulhara, and Sharma (2005) ศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคอารมณ์ 2 ขั้ว ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัว 100 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 50 ราย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์ 2 ขั้ว 50 ราย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มรู้สึกมีภาระในระดับสูง มีการรับรู้ความสามารถในการจัดการ และควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยในระดับต่ำ โดยที่ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้สึกเป็นภาระและการรับรู้ความสามารถไม่แตกต่างกัน สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์ 2 ขั้ว

Chang and Horrocks (2006) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิต ด้วยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดของ Heidegger กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตที่เป็นชาวจีนในประเทศมาเลเซียจำนวน 19 ราย พบว่า ผู้ดูแลได้ให้ความหมายการดูแลว่า 1) เป็นงานวันต่อวัน(day to day care) คือ การดูแลผู้ป่วยเรื่องกิจวัตรประจำวันในแต่ละวัน 2) เป็นงานที่ต้องทน(Enduring the caregiving process) ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนมากแสดงถึงความรู้สึกเป็นภาระในการที่ตนต้องพยายามช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และต้องทนกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมที่ก้าวร้าวและรุนแรง และผู้ดูแลยังรู้สึกอับอาย ท้อแท้ โมโห เบื่อหน่าย และรู้สึกเป็นปมด้อย แต่แม้ผู้ดูแลผู้ป่วยจะบอกเล่าถึงความรู้สึกไม่พึงพอใจและเป็นภาระ ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคนก็ให้ข้อมูลว่าตนจะทนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป และ 3) การคงหน้าที่ในการดูแล

(Surviving the caregiving process) ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนมากกล่าวว่าลักษณะการอนุมานสาเหตุเชิงบวกของตนทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเรียนรู้วิธีที่จะยอมรับและเผชิญกับความบกพร่องของผู้ป่วยและสถานการณ์การดูแล

Li, Lambert, and Lambert (2007) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเมื่อให้การดูแลสมาชิกครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทในประเทศจีน ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 96 ราย พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีภาวะในระดับสูง ลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว อาชีพ สุขภาพทางร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาของการป่วย และอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวได้ดีที่สุด คือ ระดับการศึกษา และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ดีที่สุด คือ สุขภาพทางร่างกายและรายได้ของครอบครัว

Grandon, Jenaro, and Lemos (2008) ศึกษาภาวะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 101 ราย ซึ่งผู้ดูแลส่วนมากมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะในระดับต่ำ และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะอาการของผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วย การมีอาการทางบวกรุนแรง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีการควบคุมตนเองในระดับต่ำ ความสนใจทางสังคมที่ลดลง และขาดการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเป็นภาวะในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

Hou, Ke, Su, Lung, and Huang (2008) ศึกษาภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไต้หวัน ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 126 ราย พบว่า คะแนนภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับกลาง โดยแบ่งภาวะออกเป็น 5 ด้าน เรียงตามระดับของความเป็นภาวะตามคะแนนที่ได้ ดังนี้ 1) ความวิตกกังวล 2) การต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา 3) รู้สึกอับอายและรู้สึกผิด 4) รู้สึกถูกรบกวน และ 5) รู้สึกเป็นปมด้อย จะพบว่าได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุด โดย

สิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวกังวล 3 อันดับแรก คือ กังวลในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย กังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยซึ่งพร้อมที่จะกำเริบได้ตลอดเวลา และกังวลว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาตนเป็นอย่างมาก

Rammohan, Rao, and Subbakrishna (2008) ศึกษาการเผชิญความเครียดด้วยศาสนาและสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 60 คน พบว่า การเผชิญปัญหาแบบปฏิเสธความจริง การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการปัญหา ระดับความเชื่อที่มีต่อศาสนา และความรู้สึกเป็นภาระเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายสุขภาวะทางจิตได้

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะพบได้ว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพยังมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะการศึกษาที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับสภาพจิตใจของผู้ดูแลเป็นหลัก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์นิยม(phenomenology) เพื่อมุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท การรับบทบาทดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทหลายด้าน การวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เกิดขึ้นจากการรับบทบาทดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

#### ประชากร

ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี และนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

#### กลุ่มตัวอย่าง

##### 1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก(key informants)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี
2. เป็นผู้ที่ยินดี สัมครใจให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยการให้ข้อมูลบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของตน

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 9 คน โดยผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีลักษณะทั่วไป ดังแสดงในตารางที่ 1 ผู้วิจัยใช้รหัส ID(Identification) แทนผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย



ตารางที่ 1 ตารางแสดงลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามราย

ID	เพศ	อายุ	ศาสนา	อาชีพ	ความพอเพียง ของรายได้ของ ครอบครัว	จำนวน ผู้ป่วย จิตเภทใน การดูแล	ระยะเวลา ที่ให้การ ดูแล
ID.1	หญิง	66 ปี	อิสลาม	แม่บ้าน	ไม่ค่อยพอเพียง	1 ราย	14 ปี
ID.2	หญิง	57 ปี	อิสลาม	ค้าขาย	ไม่ค่อยพอเพียง	3 ราย	10 กว่าปี
ID.3	หญิง	56 ปี	อิสลาม	ค้าขาย	พอเพียง	1 ราย	10 กว่าปี
ID.4	หญิง	70 ปี	พุทธ	แม่บ้าน	พอเพียง	1 ราย	30 กว่าปี
ID.5	หญิง	53 ปี	พุทธ	ค้าขาย	พอเพียง	1 ราย	8 ปี
ID.6	ชาย	66 ปี	พุทธ	พ่อบ้าน	พอเพียง	2 ราย	10 กว่าปี
ID.7	หญิง	39 ปี	พุทธ	ค้าขาย	พอเพียง	2 ราย	10 กว่าปี
ID.8	หญิง	70 กว่าปี	พุทธ	แม่บ้าน	พอเพียง	1 ราย	40 กว่าปี
ID.9	หญิง	72 ปี	พุทธ	แม่บ้าน	พอเพียง	1 ราย	20 ปี

จากตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 9 ราย เป็นเพศชาย 1 ราย เพศหญิง 1 ราย มีอายุระหว่าง 39 – 72 ปี นับถือศาสนาพุทธ 6 ราย ศาสนาอิสลาม 3 ราย ประกอบอาชีพค้าขาย 4 ราย เป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน 5 ราย ผู้ให้ข้อมูล 7 รายมีรายได้ของครอบครัวที่พอเพียง ส่วนที่เหลืออีก 2 รายระบุว่าไม่ค่อยพอเพียง ผู้ให้ข้อมูล 6 รายมีผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลเพียง 1 ราย ผู้ให้ข้อมูล 2 รายมีผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลจำนวน 2 ราย และผู้ให้ข้อมูลอีก 1 รายมีผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลจำนวน 3 ราย โดยผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาแล้วเป็นระยะเวลาระหว่าง 8-40 ปี

## 2. พื้นที่ศึกษา(setting)

การเลือกพื้นที่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ทำการศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก(key informants) ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่นำผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช(ผู้ป่วยนอก) โรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานขอเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการยื่นเรื่องต่อคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรม ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีพยาบาลวิชาชีพของแผนกจิตเวช(ผู้ป่วยนอก) เป็นผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูล(gate keeper) แนะนำให้ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงขอที่อยู่ผู้ให้ข้อมูล และติดตามสัมภาษณ์ ณ ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนในครั้งต่อๆมา

## 3. จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ในการศึกษาและเก็บข้อมูล ผู้วิจัยต้องกระทำการเพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการวิจัย โดยผู้วิจัยจะเตรียมป้องกันประเด็นในเรื่องของจริยธรรมและเพื่อรักษาสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งคือผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

1. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยให้แก่ผู้ให้ข้อมูลทราบล่วงหน้า ดังนี้

1.1 แจ้งรายละเอียดโดยย่อของการวิจัย และจุดประสงค์ในการวิจัยก่อนการสัมภาษณ์

1.2 แจ้งสิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูลในการตอบ/ไม่ตอบคำถาม

1.3 แจ้งสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อหากผู้ให้ข้อมูลต้องการ หรือมีความขัดข้อง

1.4 บอกประโยชน์และความเสี่ยงจากการวิจัย ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแจ้งบอกถึงประโยชน์ของงานวิจัยที่จะก่อให้เกิดการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงความเสี่ยงที่การสัมภาษณ์ดังกล่าวอาจทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ

1.5 แจ้งเรื่องการบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์แก่ผู้ให้ข้อมูล โดยแจ้งถึงวิธีการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และยืนยันการใช้ข้อมูลที่ได้โดยไม่ระบุนามจริงของผู้ให้ข้อมูล

2. การถอดเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์และการนำเสนอข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติแทนการใช้ชื่อจริง และไม่นำเสนอข้อมูลใดๆที่สามารถนำไปสู่ตัวผู้ให้ข้อมูลได้ รวมทั้งทำลายเทปบันทึกเสียงและเอกสาร ข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังสิ้นสุดการศึกษา

3. แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ แหล่งให้ความช่วยเหลือในการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแก่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัย กรณีที่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกสะเทือนใจ ไม่สบายใจในขณะให้ข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. **แนวคำถามในการสัมภาษณ์** ประกอบด้วยแนวคำถามอุ่นเครื่อง และแนวคำถามเจาะลึก ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากวิธีการ ดังนี้

1.1. ผู้วิจัยศึกษาจากแนวคิด และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องและคิดแนวคำถามในการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท

1.2. ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่ได้ไปทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท 2 ราย ซึ่งมีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักของการวิจัยครั้ง

1.3. วิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ที่ได้ แล้วทำการประเมิน และปรับปรุงแนวคำถาม เพื่อให้ได้แนวคำถามที่ครอบคลุมกับจุดประสงค์ของการวิจัย และนำมาใช้เป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 9 ราย ในการวิจัยครั้งนี้

2. **ผู้วิจัย** ผู้วิจัยเตรียมตัวในการวิจัยดังนี้

2.1. ศึกษาเอกสารงานวิจัยและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัยที่จะศึกษา อันได้แก่ บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท และผลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2. ศึกษาระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและทักษะในการสัมภาษณ์เชิงลึก การจดบันทึกภาคสนามเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยการสัมภาษณ์ซึ่งมีลักษณะดังนี้

#### 1. การสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

1.1. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก(in-depth interview) เป็นการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการโดยมีแนวคำถามในการสัมภาษณ์ และมีการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำการแนะนำตนเอง พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ดังแสดงในหัวข้อจริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นบันทึกคำแสดงเจตจำนงของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตผู้เข้าร่วมการวิจัยในการบันทึกการสัมภาษณ์ก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง และผู้วิจัยกล่าวปิดการสัมภาษณ์ด้วยการขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยภายหลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ประกอบด้วย

1.1.1. คำถามอุ้งน้แคว่ร็อง เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อนำเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา เช่น

- 1) ที่บ้านอยู่กับใครคน ไครบ้าง
- 2) ผู้ให้ข้อมูลมีความเกี่ยวข้องอย่างไรกับผู้ป่วย
- 3) ผู้ป่วยได้ป่วยเป็นระยะเวลาานเท่าใด
- 4) รู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช
- 5) อาการของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งปัจจุบันเป็นอย่างไรบ้าง

1.1.2. คำถามเจาะลึก เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการศึกษา เช่น

- 1) เมื่อทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทรู้สึกอย่างไร
- 2) ผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาเท่าใด
- 3) เพราะเหตุใดผู้ดูแลจึงรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย
- 4) ผู้ดูแลรู้สึกอย่างไรเมื่อต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย
- 5) ความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไรบ้าง

- 6) เมื่อมาดูแลผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแลอย่างไรบ้าง
- 7) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลอย่างไรบ้างต่อจิตใจของผู้ดูแล
- 8) ผู้ดูแลทำอะไรต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- 9) เมื่อจัดการกับการเปลี่ยนแปลงนั้นแล้วผลเป็นอย่างไร
- 10) ผู้ดูแลรู้สึกอย่างไรต่อผลที่เกิดขึ้น

1.2. การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ในบางครั้งผู้วิจัยได้พูดคุยและซักถามผู้ให้ข้อมูลโดยไม่มีการบันทึกเทป ในขณะที่เข้าไปพบผู้ให้ข้อมูลเพื่อนัดวันและเวลาที่ จะสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการ หรือพูดคุยกับญาติผู้ป่วยคนอื่นๆ ในขณะที่รอผู้ให้ข้อมูลหลักที่ได้นัดหมายไว้ การพูดคุยจะเป็นแบบตัวต่อตัวหรือ 2-3 คน ข้อมูลส่วนนี้ผู้ให้ข้อมูลได้บันทึกไว้ในข้อมูลภาคสนาม และใช้ประกอบการวิเคราะห์และอภิปรายข้อมูล

### ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามเริ่มตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2551 จนกระทั่ง กุมภาพันธ์ 2552 รวมระยะเวลาประมาณ 4 เดือน รวมจำนวนครั้งที่เข้าไปเก็บข้อมูลภาคสนามทั้งสิ้น 27 ครั้ง ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการติดต่อกับผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพแผนกจิตเวช โรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อแนะนำตัวผู้วิจัยและบอกถึงวัตถุประสงค์ที่จะขอทำการวิจัยเรื่องประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท เมื่อได้รับการยินยอมให้ทำการเก็บข้อมูลจากแผนกจิตเวช โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล พร้อมกับโครงร่างงานวิจัยและแนวคำถามในการสัมภาษณ์ยื่นต่อคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. เมื่อคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเห็นชอบให้ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากแผนกจิตเวชได้ ผู้วิจัยจึงเริ่มต้นเก็บข้อมูล โดยในช่วงแรกผู้วิจัยได้เข้าช่วยงานในแผนกผู้ป่วยจิตเวช โดยการช่วยเรียกผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ตามคิวเพื่อให้ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย รวมทั้งเพื่อให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจและได้สัมผัสกับผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ประกอบกับผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูลได้ช่วยอธิบายถึงลักษณะอาการและธรรมชาติของ

ผู้ป่วยจิตเภท จึงช่วยให้ผู้วิจัยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาๆ ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นฐานความรู้สำคัญที่ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักได้อย่างเข้าใจ

3. หลังจากนั้นเมื่อผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูลพบว่าผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเข้าเกณฑ์การวิจัยของผู้วิจัยมาพบแพทย์ตามนัด ผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูลจะแนะนำให้ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทรู้จักกับผู้วิจัย เมื่อแนะนำแล้วผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูลจะเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทตามลำพัง ซึ่งผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูลได้อนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ห้องตรวจรักษาซึ่งยังว่างอยู่เป็นที่สำหรับสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่โรงพยาบาล ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลนี้ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แจงให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททราบถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล อันประกอบด้วย การขออนุญาตบันทึกเสียง การสัมภาษณ์ และการขออนุญาตเข้าไปเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้เข้าร่วมการวิจัย ถ้าผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทคนใดยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะสอบถามผู้ให้ข้อมูลคร่าวๆเกี่ยวกับอาการในปัจจุบันของผู้ป่วย และได้สอบถามเส้นทางและวาดแผนที่ในการเดินทางไปบ้านของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งขอหมายเลขโทรศัพท์เพื่อที่จะได้ติดต่อกันในกรณีที่เกิดการเปลี่ยนแปลงการนัดหมาย หรือเพื่อสอบถามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเมื่อผู้วิจัยติดต่อขอเก็บข้อมูล สุดท้ายผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ครั้งแรกนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 45 นาที

4. เมื่อผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยพร้อมด้วยผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูลจะเดินทางไปเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลหลักยินดีเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งในการเยี่ยมผู้ป่วยบางรายได้มีเจ้าหน้าที่อนามัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของบ้านผู้ป่วย รวมทั้งเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยพาผู้วิจัยและผู้แนะนำเข้าสู่แหล่งข้อมูลไปยังบ้านของผู้ป่วย

5. ภายหลังจากการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยจะเดินทางไปเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลเพียงลำพัง โดยในช่วงแรกผู้วิจัยจะสอบถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน การรับประทานยาของผู้ป่วย ต่อมาจึงค่อยๆ เริ่มเข้าสู่ประเด็นหลักของการวิจัย คือ ประสพการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้สอบถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งปัจจุบัน และอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ โดยมุ่งเน้นไปที่อารมณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลมากกว่าประเด็นอื่นๆ เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมงครึ่ง และผู้วิจัยจะพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนๆ ละ 2 ถึง 3 ครั้ง

เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปการสัมภาษณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปในประเด็นที่ยังไม่มีความกระจ่าง และยังไม่ครบตามวัตถุประสงค์

6. เมื่อผู้วิจัยเรียบเรียงข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยจึงติดต่อผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้วิจัย หรือตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลว่าสอดคล้องกับที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อหรือไม่

### การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

วิธีการตรวจสอบข้อมูลที่ผู้วิจัยใช้ มีดังนี้

1. ตรวจสอบข้อมูลกับเจ้าของข้อมูล โดยการซักถามผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมหลังจากการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการ และผู้วิจัยจะทำการสอบถามผู้ให้ข้อมูลในประเด็นเดียวกันซ้ำหลายครั้ง นอกจากนี้ผู้วิจัยจะนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ผ่านการเรียบเรียงแล้วไปสอบถามและตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลทุกราย เพื่อตรวจสอบว่าความเข้าใจของผู้วิจัยตรงกับประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้มาหรือไม่

2. การตรวจสอบเพื่อดูความครบถ้วนและคุณภาพของข้อมูล โดยการพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้นั้นต้องไม่เกิดประเด็นใหม่ขึ้นหลังจากการซักถามซ้ำหลายครั้ง ตรวจสอบดูว่าข้อมูลที่ได้มาเพียงพอหรือไม่ที่จะนำไปทำการวิเคราะห์ รวมทั้งข้อมูลที่ได้นั้นสามารถตอบคำถามงานวิจัยได้หรือไม่

เมื่อทำการตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ก็จะนำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

## 1. การวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1.1. เตรียมข้อมูล โดยการถอดเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ จากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปกับการฟังเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้ง

1.2. ผู้วิจัยอ่านข้อมูลจากการถอดเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ทั้งหมดซ้ำเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม รวมทั้งแยกแยะความหมาย และความรู้สึกที่แฝงอยู่ในบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูล

1.3. ผู้วิจัยทำการถอดรหัสข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ แล้วนำมาจัดหมวดหมู่เพื่อสร้างเป็นข้อสรุปแบบอุปนัย

1.4. ผู้วิจัยเชื่อมโยงผลการวิจัยที่ได้กับแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาคั้งนี้ เพื่ออธิบายข้อมูลที่ได้จากการวิจัย จากนั้นทำการสรุปประเด็นที่ได้จากการวิจัยทั้งหมด เพื่อให้เห็นภาพเชิงลึกของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลัก

## 2. การตรวจสอบการดำเนินงาน ภายหลังจากทำการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

ผู้วิจัยจะเชิญผู้เชี่ยวชาญมาตรวจสอบการดำเนินงาน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 2 ท่าน รวมทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อทำการตรวจสอบดังนี้

2.1. ตรวจสอบการดำเนินงาน(peer debriefing) ผู้วิจัยจะนำขั้นตอนการดำเนินงานและการตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการบันทึกไว้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบการดำเนินงานและการตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆของผู้วิจัย

2.2. ตรวจสอบหลักฐานการเก็บข้อมูล(audit trail) ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลทั้งที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ เทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ บันทึกการถอดเทป บันทึกการดำเนินงานและการวิเคราะห์ข้อมูล และข้อมูลที่ได้จากการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่ การบันทึกภาคสนาม อย่างเป็นระบบ เพื่อให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบขั้นตอนการดำเนินงาน และการตัดสินใจที่ผ่านมาได้

2.3. ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นสุดท้าย นำประเด็นที่ได้จากการสรุปข้อมูลซึ่งผ่านการจัดหมวดหมู่แล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธี



วิจัยเชิงคุณภาพ 2 ท่าน และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อ่านตรวจสอบความเหมาะสมของ  
ประเด็นที่ได้ โดยผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ให้คำแนะนำในการจัดกลุ่ม  
ประเด็นของข้อมูลที่ได้

### การสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยนำประเด็นต่างๆที่ได้จากการวิเคราะห์มาประกอบกับข้อมูลภาคสนามที่ได้ทำการ  
บันทึกไว้มาเขียนสรุปการศึกษา โดยใช้นามสมมติแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล หลังจากสรุปผลการวิจัย  
เรียบร้อยแล้วผู้วิจัยทำการอภิปรายผลการวิจัย รวมทั้งแสดงข้อเสนอแนะแก่ผู้ที่ศึกษางานวิจัยฉบับ  
นี้เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงต่อไป



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ผลการวิเคราะห์

การศึกษาเรื่องประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 คน พบว่า ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็นประเด็นใหญ่ๆ ได้ 3 ประเด็น คือ 1. สภาพจิตใจที่หลากหลายเมื่อรับรู้ว่าคุณามีอาการทางจิต 2. สภาพจิตใจที่ขึ้นลงเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย และ 3. การปรับสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. สภาพจิตใจที่หลากหลายเมื่อรับรู้ว่าคุณามีอาการทางจิต

สภาพจิตใจเมื่อรับรู้ว่าคุณามีอาการทางจิต หมายถึง สภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวเมื่อรับรู้ว่าคุณามีอาการทางจิตจากการสังเกตแล้วพบว่าคุณามีพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติ เช่น การพูดหรือยิ้มคนเดียว การมีอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรง ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวทุกรายไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่าคุณจะกลัซิดหรือบุคคลอื่นเป็นที่รักจะต้องมาป่วยทางจิต จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดภายในจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว โดยผู้ดูแลในครอบครัวได้กล่าวถึงความรู้สึก และความคิดที่เกิดขึ้นเมื่อรับรู้ว่าคุณามีอาการทางจิตใน 7 ลักษณะ คือ

1.1 **ความสงสาร** ผู้ดูแลส่วนหนึ่งเล่าว่าเมื่อสังเกตเห็นลักษณะอาการทางจิตที่เกิดขึ้นกับญาติ เช่น ไม่พูดไม่จา อาละวาด หรือไม่สนใจทำงานแล้วผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสงสารที่คุณต้องตกอยู่ในสภาพอย่างนี้ ต้องประสบชะตากรรมเช่นนี้แทนที่จะมีอนาคตที่ดี มีชีวิตปกติเหมือนคนทั่วไป ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“สงสารเพราะเขาไม่พูดไม่จาเลย เป็นตอนแรกเลยนอนอย่างเดียว”(ID.1)

“โห มันก็สงสารลูก สงสารลูกทำไมต้องมาเป็นแบบนี้ละ เรียนมาก็ดี ต้องมาเป็นแบบนี้ ชีวิตเขาไม่น่าเป็นอย่างนี้”(ID.5)

“ก็เศร้าแหละลูกเป็นอย่างนี้ สงสารน้ำตาร่วงเลย ทำไมลูกต้องเป็นอย่างนี้เวรกรรมอะไรก็ไม่รู้ สงสารเขาใจ เราก็งงสารลูก ทำไมชีวิตมันน่าจะดีกว่านี้ใจ ไม่น่าจะเป็นอย่างนี้เลย เรียนมาก็ดี” (ID.5)

**1.2 ความเสียใจ** ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้สูญเสียญาติคนเดิมของตนไป โดยญาติคนเดิมนั้นจากผู้ดูแลเข้าไปอยู่ในโลกของการป่วยทางจิต ญาติที่เห็นอยู่ในขณะนี้เปลี่ยนไปไม่เหมือนผู้ที่ผู้ดูแลเคยรู้จัก จากที่เคยมีนิสัยดี ขยันขันแข็ง กลายเป็นผู้ที่มีอารมณ์รุนแรง ไม่สามารถทำงานได้ บางรายไม่แม้แต่จะดูแลกิจวัตรของตนเองได้ ผู้ดูแลจึงรู้สึกเสียใจเป็นอย่างมาก ซึ่งความรู้สึกสูญเสียนี้ฝังแน่นอยู่ในใจของผู้ดูแล ยากที่จะลบเลือนไปได้จนกระทั่งปัจจุบัน และมักจะรู้สึกสะเทือนใจได้ตลอดเวลาเมื่อนึกถึงญาติที่ป่วย ซึ่งถูกสะท้อนออกมาด้วยสีหน้า แววตาที่หม่นหมอง ไม่สบสายตากับผู้สัมภาษณ์ มีน้ำตาคลอ น้ำเสียงที่ค่อยๆ ขาดหาย จนกระทั่งร้องไห้ออกมาและไม่สามารถพูดต่อไปได้เมื่อเล่าถึงความเสียใจ ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ก็เสียใจหนะ เขาเป็นอย่างนี้”(ID.1)

“เสียใจ ร้องไห้ บอกไม่ถูกหนะจะบอกอาการ แบบเสียใจมากเลยแหละ ร้องไห้มากเลยแหละ พ่อเขาก็ร้อง ก่อนตอนลูกเป็นใหม่ๆ หนะนะ”(ID.2 )

“นั่งน้ำตาหยดเฒ่าเลย นั่งคนเดียวน้ำตาไหล คนดินะ คนดีมากเลยลูกบ้านี้ คนแถวนี้รักทุกคนแหละ พี่บ้าน้ำอา รักหมดทุกคน เป็นเด็กดี”(ID.5 )

**1.3 ความผิดหวัง** ผู้ดูแลบางรายโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นบิดา หรือมารดาของผู้ป่วยนั้นก็รู้สึกเช่นเดียวกับบิดา-มารดาส่วนใหญ่ที่อยากจะทำให้ลูกของตนเป็นคนดี ขยันตั้งใจเรียน เมื่อเรียนจบจะได้มีอาชีพ การงานที่มั่นคง สามารถเลี้ยงตัวเองได้ แต่เมื่อลูกของตนป่วยทางจิตและไม่อาจเป็นดังที่ผู้ดูแลหวังได้ ผู้ดูแลจึงรู้สึกสูญเสียความคาดหวังต่างๆ ที่เคยมีต่อลูก ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ผิดหวังหนะ ผิดหวัง ว่าจะให้ลูกเรียนจบ ทำงาน มีงานทำ ลูกมาเป็นกลางคันอย่างนี้เลย ปวช. เป็นเนี้ยที่เป็นความดันเป็นอะไรคิดมากเนี้ย ไม่ได้นอน นอนเหมือนกันหลับไปด้วยความเพลียพอตื่นมาคิดกววนอยู่นั้นแหละ คิดไม่ตก เสียตายลูกใจ เสียตาย ผิดหวัง”(ID.2 )

“ที่แรกก็รู้สึกที่ไม่สมหวังหนะนะ คือเราอยากให้ลูกเรียนจบ มีงานทำ หวังไว้ อย่างนั้นหนะนะ พอลูกมาอย่างนี้ที่แรกก็นึกว่าทำไม”(ID.6)

**1.4 ความกังวล** ผู้ดูแลรู้สึกกังวลอย่างมากเมื่อนึกถึงอนาคตอันไม่แน่นอนถ้าญาติของตนไม่หายจากอาการป่วย อนาคตที่วุ่นวายนี้หมายถึง อนาคตของญาติ อนาคตของผู้ดูแล และอนาคตของครอบครัว เนื่องจากในระยะแรกนั้นผู้ดูแลรู้สึกว่าญาติมีอาการทางจิต แต่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคแน่ชัดว่าเป็นโรคอะไร หรือมีการดำเนินของโรคอย่างไร จึงเกิดความกังวลว่าญาติจะหายป่วยหรือไม่ ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“โห มันก็คิดหะสิว่าเขาเป็นแบบนี้จะหายไหม”(ID.1)

“ก็กลัวเขาจะไม่หาย กลัวเขาจะ มันก็คิดกังวลไปหมดหะ”(ID.4)

“มันกังวลว่าลูกจะหายไม่หายอย่างนี้ ตัวเองหะไม่มีอะไร ใจเราก็ไม่ค่อยว่างงานก็ต้องทำ มาถึงนี่ก็ต้องดูลูก มันก็เครียด”(ID.6)

“ก็คิดว่ามันจะหายหรือไม่หาย จะหายเป็นปกติหรือเปล่า มันจะมาดีอย่างเดิมหรือเปล่า ก็คิดไป ก่อนที่จะเป็นมันก็แทบจะปลดงาน รถมันก็ขายหมดแล้ว เราก็คิดไม่มากเท่าไร มันก็คงไปไม่ได้ไปอยู่แล้ว โห คิดจ้งเลยแล้วกัน คิดกลัวว่าจะไม่มีกินมิใช้ ลูกเค้าก็ยังไม่แยกบ้านไปใช้ไหม”(ID.9)

**1.5 ความท้อแท้** ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้เมื่อคิดว่าตนต้องทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวแทนสามีที่ป่วยทางจิต ทั้งการทำงานหารายได้เพื่อเลี้ยงดูครอบครัวและเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย การให้การดูแลญาติที่ป่วยอย่างใกล้ชิด การดูแลลูกซึ่งยังเด็ก ประกอบกับการที่ต้องตัดสินใจดำเนินการทุกอย่างโดยลำพังซึ่งนับว่าเป็นงานที่หนัก ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ มันก็แบบว่า มันก็ไม่มีกำลังใจ มันก็ท้อแท้อย่างนี้ ลูกก็ยังไม่ได้โตก็เครียด เครียดไปขายของที่ไหนก็ห่วยเขา มันต้องดูด้วยทำมาหากินด้วย ใจคอมันก็ไม่ดี จิตใจมันก็ไม่มี ความสบายใจ”(ID.4)

**1.6 ความรู้สึกปลง** ผู้ดูแลทำใจยอมรับว่าญาติของตนป่วยทางจิตตั้งแต่รับรู้ว่าญาติของตนป่วย โดยคิดเสียว่าการที่ญาติของตนต้องมียุติภาพชีวิตเช่นนี้ คือ การที่ต้องเจ็บป่วยทางจิตหรือสุขภาพชีวิตก่อนที่จะป่วยทางจิตซึ่งก็ไม่ค่อยจะดีนัก เป็นผลจากเวรกรรมที่ได้เคยทำไว้ เป็นสิ่งที่ไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว สิ่งที่จะทำได้ก็คือการรักษาเพียงเท่านั้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

“ก็ไม่นึกอย่างไร เวรกรรมของมัน เวรกรรม ทำงานก็ไม่เหลือ ทำนะเงินเดือน พอสิ้นเดือนก็คอยทำปิ่นโต ตอนก่อนเขาอยู่ด้วยกัน เขาหุงข้าวใส่ปิ่นโต พอสิ้นเดือนก็คอยเงินมา จะได้ซื้อของใส่ปิ่นโตไปให้นะ ไม่มีเลย ไม่มี”(ID.8)

“ไม่ได้คิดอย่างไร ก็รักษาไป”(ID.8)

**1.7 ความคิดที่จะดูแลผู้ป่วย** แม้ว่าผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์เมื่อรับรู้ว่ามีญาติของตนป่วยทางจิต แต่ผู้ดูแลในครอบครัวก็ตัดสินใจที่จะดูแลผู้ป่วย ไม่คิดทอดทิ้งผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตตามยถากรรม ซึ่งความคิดที่จะดูแลผู้ป่วยนี้เกิดจากเหตุผลที่หลากหลาย ผู้ดูแลบางรายแทบไม่ต้องคิดหาเหตุผลอื่นใด เนื่องจากเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลตระหนักแล้วว่าตนต้องทำหน้าที่นี้ ถ้าตนไม่ทำตนก็จะรู้สึกไม่สบายใจเอง ในขณะที่ผู้ดูแลบางรายต้องพิจารณาถึงสภาพแวดล้อม หรือคำนึงถึงผู้คนรอบข้าง ผู้วิจัยจึงแบ่งที่มาของความคิดที่จะดูแลผู้ป่วยเป็น 5 ประการ

**1.7.1 สายสัมพันธ์-ความผูกพัน** การที่ผู้ดูแลคิดที่จะดูแลผู้ป่วยเนื่องมาจากความผูกพันที่มีต่อกันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวเป็นสัมพันธ์ภาพที่มีมาตั้งแต่กำเนิด หรือก่อนที่ญาติจะป่วย ไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์อะไร รุนแรงเพียงใดก็ยากที่จะตัดให้ขาดได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ก็คือว่าตอนนี้กินนั่นแหละคือเขาได้ป่าเป็นที่พึ่ง น้องสาวเป็นที่พึ่งต้องดูแล จะทิ้งกันไม่ได้นะพี่น้อง อย่างแฟนเขาทิ้งกันได้ เขาไม่ยอมรับความลำบาก ไม่รู้จะหากินอะไรนะ พี่ชายเป็นอาการอย่างนี้ก็คิดอะไรไม่ได้แล้ว เสียแล้ว เสียหมด”(ID.3)

“พี่ชายของเขา เขาก็มีพี่ชาย พี่ชายเขายังยู่ให้ทิ้งเลย เขาบอกไม่หายหรอก อยู่ไปก็หวาดกลัว ทิ้งไปเขาก็ไม่ว่าเขาบอก แต่มันแบบๆยังไงล่ะ มันสงสาร เดี่ยวนี้ไม่กลัวแล้วนะ เขาไม่ดูแลแล้ว เขาใจดี จะพูดจะอะไรก็รู้ หัวก็บอก ก็คิดหนะ มันมีลูกด้วยกันนะ มันก็ไม่คิดทิ้งไป (ร้องไห้)” (ID.4)

“ตลอดไม่เคยทิ้งเลย ต้องดูแล เป็นกันทุกคนแหละ มันคือความรักลูก เราก็ตองดูแล ไม่ว่าจะคนไหนจะเป็นอย่างไรเราก็ต้องคอยดูแล คนไหนเขาปกติเราก็ว่างเฉยได้ คนไหนเป็นอะไรเราก็ต้องคอยดูแล ไม่ได้ทิ้งเขาหรอกนะ” (ID.6)

“ปล่อยไม่ได้ ทิ้งไม่ได้เป็นน้อง ถ้าเกิดเราทิ้งมันก็ต้องเดิน มันเคยเป็นถึงขนาดเดินพรวด กลางค้ำกลางคืนพรวดตามถนน พรวดไปพรวดมา มันก็ไม่สบายใจนะ เราก็ไม่สบายใจนะ”(ID.7)

**1.7.2 การรักษาคำสัญญา** ผู้ดูแลที่ไม่ได้ทำหน้าที่ตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการในระยะเริ่มต้น แต่รับหน้าที่ต่อจากผู้ดูแลในครอบครัวคนแรกที่เสียชีวิตไป กล่าวถึงเหตุผลในการรับหน้าที่ว่านอกจากเหตุผลเรื่องความสัมพันธ์ทางครอบครัวระหว่างตนกับผู้ป่วยแล้ว คำสัญญาที่ตนให้ไว้กับผู้ดูแลในครอบครัวแรกเป็นเหตุผลอีกประการหนึ่งที่อยู่ในใจของตนและมีส่วนที่คอยย้ำเตือนถึงการทำหน้าที่เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกเหนื่อย ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“แพนก็ฝากมานะเนี่ย ก่อนเขาจะตายเขากำแน่นอนเลย เขาก็ร้องใหญ่เลยตอนนั้น เขามีสติหะ เขาบอกฝากลูกเขาด้วย เขาบอกหุงข้าวอย่าได้ขาดห้ม้อ เขาฝากนะเขาฝากว่าทำอย่างที่เขาอยู่ ยังมีชีวิตอยู่หะ ทำนะ ลูกอยากกินอะไรก็ทำไปเถอะ ลูกของเรา เราให้เขาเกิดมาแล้วทำให้เขาไปเถอะ แพนหะนะแพนเขาฝากมา เขาก็ยังคิดทำอย่างที่แพนสั่ง”(ID.2)

“มันก็อย่างนี้แหละดูแลกันไปอย่างนี้ ให้แกมั่ง เขาก็มีทำอะไรน เพราะแม่ป้าก็เคยสั่งไว้มีอะไรก็แบ่งกันกินนะ แม่ป้าเคยสั่งไว้อย่างนี้ คล้ายแบบว่าแม่เราก็เป็นห่วงลูกเขาใช่ปะ แล้วเราเป็นน้องก็สั่งไว้ มีอะไรก็แบ่งกันกินนะ ป้าก็ต้องดูแลไปอย่างนี้ใช่ปะ เพราะแม่หะเคยสั่งไว้”(ID.3)

**1.7.3 ความกลัวว่าจะถูกสังคมตำหนิ** ผู้ดูแลรู้ว่าผู้คนที่อาศัยอยู่ในละแวกบ้านใกล้เคียงกันมีความคิดเห็น หรือค่านิยมทางสังคมเกี่ยวกับเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวว่าคนในครอบครัวจะต้องช่วยเหลือกันเมื่อตกทุกข์ได้ยาก ประกอบกับเห็นว่าผู้อื่นพากันตำหนิภรรยาที่ทิ้งผู้ป่วยทางจิตไป ไม่ยอมดูแล จึงเกิดความคิดที่ว่าถ้าตนไม่ดูแลผู้ป่วยก็จะโดนผู้อื่นในสังคมตำหนิ ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า

“นะก็อย่างว่าจะขว้างไปไหนหละ ขว้างไปไหนได้ เราทำได้ คนอื่นคนเขาก็ในหมู่ละแวกนี้ใครๆ เขาก็อดจะดูที่เรา เรามันไม่ดูพี เขาก็ต้องดูว่าป้าไม่ดีเป็นคนไม่ดีใช่ปะ ก็ต้องอย่างนั้น”(ID.3)

**1.7.4 ความรู้สึกจำใจ** ผู้ดูแลคิดแล้วพบว่าตนไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากต้องทนดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยก็ไม่ยอมไปไหน ไม่ยอมไปอยู่กับญาติคนอื่น และจะให้ผู้ดูแลเป็นฝ่ายทิ้งผู้ป่วยไปเอง ผู้ดูแลก็ไม่รู้ว่าตนจะไปอยู่ที่ไหน จึงต้องจำใจอยู่ร่วมบ้านและดูแลผู้ป่วย ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งเล่าว่า

“ก็ต้องดู เราจะเอาไปทิ้ง เอาไปไหนหนะก็ต้องเลี้ยงกันไป จะไปเหวี่ยงให้ใครเขาก็แยกมาแล้ว ทางโน้นเขาก็ส่งเสียมาแล้ว เราจะไปเหวี่ยงให้ใคร มันก็ต้องจำใจ” (ID.9)

## 2. สภาพจิตใจที่ขึ้นลงเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในหลายด้าน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านรักษา คือ การดูแลเรื่องการรับประทานยา และพาไปพบแพทย์ตามนัด ด้านค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวหลายรายยังต้องรับผิดชอบในเรื่องอื่นๆ นอกจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น การหารายได้ของครอบครัว การงานในสังคม หรือดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว ความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว ประกอบกับการที่ผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและทางจิตใจในการที่จะรับผิดชอบต่องานเหล่านี้ จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว และจากข้อมูลที่รวบรวมได้พบว่าสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตามลักษณะอาการของผู้ป่วย ตามระยะเวลาที่ให้การดูแล และตามสภาพแวดล้อมต่างๆ ในแต่ละขณะของการดูแล เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว หรือปัญหาอื่นๆ ของครอบครัว อย่างไรก็ตามพบว่าสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวจะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นและลงเป็นวงจรในลักษณะเดิม ประกอบด้วยจิตใจที่เป็นทุกข์ และจิตใจที่เป็นสุขหมุนเวียนกันไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**2.1 จิตใจที่เป็นทุกข์** เป็นสภาพจิตใจของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นเมื่อรู้สึกว่าการที่ญาติของตนป่วยทางจิต และการให้การดูแลญาติที่ป่วยทางจิตนี้เป็นสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนาจะเกิดขึ้น เกิดความไม่มั่นคงทางใจ และไม่พึงพอใจกับสภาพความเป็นอยู่ที่ตนต้องเผชิญ ประกอบด้วยความคิด ความรู้สึกดังนี้

**2.1.1 ความทรมานใจ** เป็นความรู้สึกบีบคั้นและเจ็บปวดใจอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นความรู้สึกของผู้ดูแลรายหนึ่งที่ได้ถึงความรู้สึกของตนที่เกิดขึ้นทุกครั้งที่ลูกมีอาการทางจิตกำเริบ และความรู้สึกทรมานใจนี้ก็ยิ่งเกิดขึ้นเมื่อนึกถึงลูกที่ป่วยขึ้นมา ดังคำกล่าว

“เขาเดินกันกลางคืน เขาเดินกันเป็นยามเลย เราต้องปิดห้องนอน นอนไม่หลับ บางทีผม เขาเรียกแม่ จะกินโน้น จะเอาโน้นเอานี้ นอนเคลิ้มลูกเรียกแล้วต้องตื่นมา เหมือนกับเขาประสาทหนะ เขาอนไม่หลับ เป็น 3 คนเลย ใจบอกไม่ถูกหนะ เล่าไม่ถูกหนะในใจ ใครไม่เป็นไม่รู้ใจ ถ้าเป็นแล้วจะรู้มันทรมาน เป็นแม่คนหนะนะ ลูกเขาดี เขา

ก็ดีขึ้นแล้ว แล้วลูกเราเป็นแบบนี้ ทรมานบอกไม่ถูก เวลาคุยกับใครก็เพลिन พอแวบมาถึงลูก  
ใจเนี่ยแบบหาย”(ID. 1)

**2.1.2 น้อยใจในโชคชะตา** เป็นความรู้สึกที่นึกน้อยใจว่าเพราะเหตุใดเหตุการณ์  
ที่มีญาติป่วยทางจิตจึงต้องมาเกิดขึ้นกับตน เพราะเหตุใดจึงไม่ไปเกิดกับคนอื่นบ้าง นอกจากนี้  
ผู้ดูแลบางรายยังรู้สึกว่าชีวิตของตนก็ไม่ได้สุขสบายนัก แล้วชะตาก็กำหนดให้ญาติมาป่วยด้วย  
โรคนี้ เหมือนเป็นการซ้ำเติมให้ชีวิตของตนมีแต่ความทุกข์มากยิ่งขึ้น โดยผู้ดูแลเล่าว่าความรู้สึกนี้  
จะเกิดขึ้นเมื่อเห็นว่าญาติของตนมีอาการกำเริบ และในระยะหลังแม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะอาการ  
หลงเหลือแล้วผู้ดูแลหลักก็ยังคงเกิดความรู้สึกน้อยใจ เมื่อนึกถึงผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“พอเราอยู่คนเดียวก็ถึงทำไมลูกคนอื่นเขาไม่เป็น ลูกเราทำไมต้องมาเป็นแบบ  
นี้ ร้องให้ ตัวเล็กเนี่ยบอกว่ามะมะเป็นโรจน์้ำตาไหล นั่งก็น้ำตาไหล อยู่คนเดียวคิดถึง  
ลูก(น้ำตาไหล) ทำไมดูลูกคนอื่นรุ่นเดียวคราวเดียวกันไม่เป็น ลูกเราต้องมาเป็นเวรกรรม  
อะไรของเรา เออถ้าเราวยเราอะไร ถ้าใครบอกหาหมอนี่ไหนเราก็อยากจะไปที่ดี ๆ ครั้นจะ  
มาหาหมอนี่ไม่มีตั้งค์(ร้องไห้)” (ID.2)

“ครอบครัวพี่น้องแม่นะ ลูกๆ เขาจบกันสบายไปแล้วหนะ จบสูงๆ พี่น้องก็ดีขึ้นทุก  
คน นี่ทำไมเราต้องมาเป็นอย่างนี้ครอบครัวเดียว บางทีเราก็คิดนะ”(ID.7)

“ไ้เราก็ไม่รู้ทำอะไรไว้ถึงจะมาโดนกับเรา เราก็ดไม่เคยทำอะไรให้ใคร คนอื่น  
เขาทำไมไม่ถูก คนอื่นเขาทำไมไม่เป็น เราก็นึกอย่างนี้ เราก็ดแต่ความดีชาตินี้ทั้งชาติ ไม่  
เคยโกงใคร ไม่อะไรกับใครเลย”(ID.9)

**2.1.3 ความหวังใจ** เป็นความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อญาติของตน เนื่องจากตระหนักว่า  
ญาติป่วยทางจิต มีความผิดปกติด้านความคิดและพฤติกรรม ไม่รู้สึกตัวว่าตนเองกำลังทำอะไรอยู่  
อาการทางจิตที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลเป็นห่วงผู้ป่วยอย่างมาก ความรู้สึกห่วงนี้เป็นผลเนื่องจากสาเหตุ  
3 ประการ คือ เกรงว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตราย และเกรงว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตัวเอง โดยสาเหตุแต่ละ  
ประการมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**2.1.3.1 เกรงว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตราย** ผู้ดูแลเป็นห่วงว่าผู้ป่วยอาจจะ  
แสดงพฤติกรรมที่ทำให้ผู้อื่นไม่พอใจและทำร้ายผู้ป่วย และเกรงว่าเมื่อผู้ป่วยของตนไม่รับรู้กับสิ่ง  
ต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัว จะไม่ระมัดระวังตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ และอาจประสบอุบัติเหตุได้รับ  
บาดเจ็บ ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้



“คนเขาขับมอเตอร์ไซด์มาเนี่ยข้างบ้าน เนี่ยขับมอเตอร์ไซด์มาจอดไปถึงวังปรีไป เขาเขาเลย กลุ้มใจไหมหละ ใจโหดกลุ้มใจ ลงไปเรียกลูกหนะนะ ตัวเองหนะไม่ได้ทำเขา กลัวเขาจะทำลูก เรากลัวเขาๆ แข็งแรงกว่า เขาแบบว่าคนสติไม่ดีเขาก็ทำไป แต่พอเขา สวมมาก็เจ็บนะ แม็กก็เจ็บนะ ก็เรียกเขามา ก็เรียกเขาเข้ามาเขาก็มา เขาก็เชื้อเรา เรียก เขาหนะเขาก็เชื้อ เขามา เป็นห่วงหนะแหละ ก็เป็นห่วงว่าเขาจะเจ็บตัวหรืออะไรแบบนี้แหละ เป็นห่วง”(ID.1)

“ก็มันแบบว่าก็ห่วงเขาหนะแหละ มันไม่สบายใจ ห่วงเขาจะวิ่งไปในวังปรีมาหะ จะไปเดินเห็นอะไร คนจะตีบ้างอะไรบ้างอย่างนี้ไง เหมือนคนสติไม่ดี คนบ้า ใจคนดีไม่รู้ไป เจอ คนที่สมัยก่อนนะเขาคืนที่นี้ตายเลยนะ สมัยก่อนนี้หนะ คนเขาเรียกว่าวัยรุ่นแต่ว่า เป็นคนอันตพาลหนะ มันตีตายเลยหนะ”(ID.1)

“ที่นี้เดินล่องไปทางกรุงเทพหนะ ไปสายเอเชียรถเยอะนะ คนไปเจออีก บ้านี้หมด ปัญญาแล้ว ไม่รู้ทำยังไง ไปไกล คนยังยุให้บ้าทิ้งลงเลย(ร้องไห้) แต่เขาไม่รู้ เดี่ยวรถชนให้” (ID.4)

**2.1.3.2 เกรงว่าผู้ป่วยจะฆ่าตัวตาย** ผู้ป่วยจิตเภทบางรายจะรู้สึกอยากตายและพยายามที่จะฆ่าตัวตาย เมื่อผู้ดูแลรายหนึ่งได้ฟังผู้ป่วยบอกว่าอยากตายจึงรู้สึกตกใจอย่างมาก และเป็นห่วงกลัวว่าผู้ป่วยจะฆ่าตัวตาย จึงให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

“เขาเคยพูดนะ พูดบอกเดี๋ยวผูกคอตายเลย เมื่อก่อนเขาเคยพูด บอกอย่าตายนะ ถ้าทำอย่างนั้นเดี๋ยวจะบาปนะ ถ้าทำอย่างนั้นมันจะบาป ก็มี 2-3 ครั้งนะ แล้วพอระยะหลังนี้เขาก็ไม่พูดเลย เราพูดดีกับเขา ปะหละเขา บอกฆ่าตัวตายเป็นบาป อย่าทำ เดี่ยวก็หายแล้ว อะไรอย่างนี้เดี๋ยวก็ทำงานได้แล้ว เห็นคนอื่นเห็นเพื่อนฝูงมาใส่ชุดทำงาน เห็นน้องนุงทำงานอย่างนี้ ก็อยากทำอย่างคนอื่น ตัวเองทำไม่ได้ก็เครียดใช้ใหม่ โอ๊ยเบื้อไว้ย อะไรอย่างนี้ เบื้อไว้ย เห็นใครทำงานที่ เห็นน้องนุงแต่งชุดทำงานที่ ก็อยากแต่งชุดทำงานอยากทำ คนเคยทำมาแล้ว บ้าใจหายแว็บหนะสิ ใจหายแล้วแบบว่ามีห้องส่วนตัวคนละห้อง เราก็กลัวสิใช้ปะ ก็ต้องมีกุญแจไว้ เวลานั้นไซ้ดู” (ID.5)

**2.1.3.3 ห่วงอนาคตของผู้ป่วยเมื่อตนตายไป** ผู้ดูแลรู้สึกกังวลถึงชีวิตของผู้ป่วยในอนาคตภายหลังจากตนเสียชีวิตไปแล้วจะเป็นอย่างไร เป็นห่วงว่าจะมีคนดูแลผู้ป่วยหรือไม่หรือญาติคนที่มาทำหน้าที่ดูแลต่อจากตน และจะทำหน้าที่ได้ดีเหมือนตนหรือไม่ ผู้ดูแล

หลายคนจึงฝากฝังผู้ป่วยไว้กับญาติใกล้ชิดคนอื่น ๆ ให้ช่วยกันดูแล รวมทั้งพยายามรักษาให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นมากที่สุดเท่าที่ตนจะทำได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“คงจะมีพี่เขาหนะดู เราสิ้นบุญไปแล้วนะก็คิดๆ ว่าพี่เขาคงจะดู แต่พี่ๆ เขาคงดูไม่เหมือนแม่หนะ คงดูไม่เหมือนกัน เขาคงไม่มาตามใจ เรื่องเงิน เรื่องทอง เรื่องกินเรื่องอยู่ อะไร เขาก็คงให้กินนะ เขาก็ไม่อดหรอก แต่เขาก็ไม่ตามใจอย่างกับที่แม่ ตอนนี้อาจะกินอะไรก็เอา กินได้ก็กิน”(ID.1)

“ก็บ้านี้กอย่างนี้ลูกบ้ารณไม่ดีเกิดป่าตายไป เขาก็คงเค็งคว้างเดินกลางถนน ถ้าเป็นพี่น้องเขาจะเอาอย่างแม่หรือเปล่าไม่รู้ แต่เราก็ฝากนะ คุยๆเราก็ฝากจะไปตอนไหนเราก็ไม่รู้ บอกฝากเขาด้วยนะบอกฝากพี่ๆผู้หญิงหนะ คุยๆพี่น้องบ้างคุยๆช่วยกันดูนะ เนี่ยฝาก”(ID.2)

“ก็เพราะเป็นห่วงอนาคตเขาไป ต้องเลี้ยงตัวเอง อนาคตก็ต้องเลี้ยงตัวเองใช้ใหม่ เราก็อยู่กับเขาก็มือเราก็ไม่รู้ ถ้าเราอยู่กับเขาไปเรื่อยเราก็ไม่เท่าไร ทีนี้เรามันมีวันจากกัน เราต้องให้เขาช่วยเหลือตัวเองได้ เราจะได้หมดห่วง แค่นั้นไม่มีอะไร หวังให้จะดีร้อยเปอร์เซ็นต์อย่างเก๋ามันๆ ไม่ได้ เอาแค่สัก 60 70 เปอร์เซ็นต์ก็ดีแล้ว”(ID.6)

“ก็อยากให้อีกกว่านี้ อยากให้หายเขาจะได้ดูแลตัวเองได้ไง แล้วใครจะมาดูแล ตลอดชีวิตใช้ใหม่ เราก็ต้องตาย อยากจะให้เขาช่วยเหลือตัวเองได้อย่างนี้ใช้ใหม่”(ID.7)

**2.1.4 ความเครียด** ผู้ดูแลหลายรายกล่าวว่าตนเกิดความเครียดเมื่อทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลต่อทั้งจิตใจและร่างกาย กล่าวคือ เมื่อใจเกิดความเครียด ก็ส่งผลต่อร่างกาย เช่น ร้องไห้ นอนไม่หลับ เป็นต้น ความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวเหล่านี้เป็นผลมาจากสาเหตุ 3 ประการ ดังนี้

**2.1.4.1 เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย** การรักษาผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก เนื่องจากเริ่มแรกผู้ดูแลหลายรายไม่ได้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล แต่พาผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีต่างๆมากมาย และแม้ว่าจะนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลแล้วในสมัยก่อนก็ต้องนำส่งโรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากจากรักษา และค่าเดินทาง ซึ่งผู้ดูแลส่วนมากไม่ได้ร่ำรวย จึงต้องพยายามหาเงินด้วยวิธีต่างๆ เพื่อนำไปใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“แต่ก่อนนั้นหนะหนัก ช่วงนั้นหนะหนัก ใ้โห้ หาเงินเครียดเลย หาเงินรักษา เขาหนะ โห้กลุ่ม มันก็มีพอกกลุ่มหนักๆ เข้ามันก็ความดันมันก็ขึ้น พอความดันขึ้นนี้ตัวจะชา มันจะมีอาการความดันจะขึ้น”(ID.1)

**2.1.4.2 อาการของผู้ป่วย** ผู้ดูแลหลายรายเกิดความเครียดเนื่องจากอาการของผู้ป่วยนั้นเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดเดาได้ ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากเมื่ออาการกำเริบจะอาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายบุคคลรอบข้าง ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ก็เครียดเรื่องนี้ เรื่องในครอบครัว คือเรื่องนี้มันไม่จบหนะ มันไม่รู้ว่าจะขึ้นยามไหนใช้ใหม่หละ มันไม่รู้ว่าจะขึ้นยามไหน เวลาโกรธขึ้นมาจะขึ้นยามไหน จะทำตัวเราหรือว่าทำของ หรือว่าจะไปทำชาวบ้านเขา เราก็เดือดร้อนทั้งนั้นแหละ”(ID.4)

“บางทีเครียดๆเนอะ นอนไม่หลับ คิดเรื่องลูกแหละ ถึงจะเป็นมานาน ทางเราก็ต้องคิดหละเนอะ(เริ่มมีน้ำตาปริ้มและร้องไห้) แต่ก่อนแฟนอยู่ก็ช่วยปรึกษาหารือกันได้ คุยเวลาเขาเป็นมา บางทีเขาขาดยา เขาคั้งนะ ถีบคน บางทีก็ทุบข้าวของหมดเลย”(ID.2)

**2.1.4.3 ความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น** ผู้ดูแลหลายรายเมื่อรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังต้องทำหน้าที่ด้านอื่นๆ ด้วย เช่น หารายได้ เป็นหัวหน้าครอบครัว หรือดูแลผู้ป่วยโรคอื่นด้วย ผู้ดูแลจึงเกิดความเครียดจากความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้นโดยไม่ทันตั้งตัวนี้ ซึ่งบางครั้งผู้ดูแลรู้สึกที่ตนเองเครียดมากเกินไปจนจะป่วยทางจิตไปอีกคน หรือจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่เลยที่เดียว ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“นั่นแหละใจมันยังโง่บอกไม่ถูก ก็ร้องไห้แหละแทบจะบ้าความดันจะขึ้น โห้เครียดแบบนอนไม่หลับคิดโน่นคิดนี่ ร้องไห้โหยเลยแหละ ตอนเป็นใหม่ๆร้อง เห็นใครก็ร้อง เขากามร้องเลยแหละ”(ID.2)

“แบบอยากตายตอนนั้นแบบไม่ยอมมีชีวิตอยู่ แบบจนด้วยนะบ้าก็จน ก็ทองป่า 7-8 บาทเอารักษา ใครว่าดีนะเอาไปโรงพยาบาลไม่มีใครเอาไปหรอก ป้าต้องใช้ตำรวจจับกุญแจ จ้างๆ เอาไปส่งศรีธัญญา บางทีคนก็หลอกป้า เขาก็เอาดั่งค์กันหนะแหละ จ้างเขา แล้วพ่อเขาก็เป็นโรคหัวใจหนะนะ พ่อหนะเข้าออกโรงพยาบาล”(ID.2)

“เครียดลูก เครียดมาก เครียดเหมือนว่าเราจะเป็นไปอีกคน” (ID.4)

**2.1.5 ความรู้สึกหนักและเหนื่อย** ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยทางจิตเป็นงานที่หนักและเหนื่อย จนอาจเรียกได้ว่าเป็นงานที่ทรหด เป็นงานที่ไม่ได้เพียงใช้แรงกายในการดูแลเท่านั้น แต่ยังต้องใช้แรงใจในการที่จะต่อสู้กับผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังต้องใช้เงินเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นงานที่ต้องใช้พลังงานทุกอย่างที่มีอยู่ในตัว ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ดูแลหนักเลย ไปทั้งเงินด้วย ทั้งแรงด้วย ไปดูเขาหนะ ทั้งเงินทองหนะ เป็นแสนเป็นแสนเลย ก็อยู่ช่วงๆอยู่ศรีรัษฎา 3 เดือนนะ เป็นแสนเลยเพราะเป็นอิสลามก็ต้องให้ค่าเตียงเขา ค่าห้องค่าเตียงหนะ 200 ค่าอาหารอีก 120 ค่ายาอีกตั้งหาก ต่อหนึ่งวัน หากมาได้ก็ลงเขามาได้ก็ลงเขา หากมาได้ก็มารักษาเขา รักษาเขาไม่ได้หยุด รักษาเขาไม่มีเว้น ไม่ได้หยุด อยู่โรงพยาบาลก็รักษา”(ID.1)

“เหนื่อย ก็อะไรก็ต้องปรนนิบัติดูแล ช่วงที่แกเป็นมันต้องทุกอย่าง ดูแลทุกอย่าง อาหารการกิน การจ่ายเงินให้แกกินอะไรอย่างนี้ทุกอย่าง ร่างกายเราก็คืออย่างเราจะทำอะไรอย่างนี้ไม่ทันแกกิน แกก็ดูให้ แกก็นั่นให้ ดู เหนื่อยๆ ทั้งเหนื่อยใจ เหนื่อยร่างกาย เหนื่อยเงิน เหนื่อยหมด เหนื่อยหมดทุกอย่าง”(ID.3)

“โห ทรหดกว่าจะผ่านมานี้”(ID.4)

“งานที่หนัก มันไม่ต้องแบกต้องหาม แต่มันเป็นงานที่หนัก บางคนทำไม่ได้หรอก”(ID.4)

**2.1.6 กลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย** การที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดก่อให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัวแก่ผู้ดูแลอย่างมาก เนื่องจากเวลาผู้ป่วยอาการกำเริบจะอาละวาด ทำลายข้าวของ และทำร้ายร่างกายผู้อื่น ซึ่งผู้ป่วยหลายรายมักใช้อาวุธ เช่น มีดและไม้ ประกอบกับอาการของผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะกำเริบขึ้นเมื่อใด ผู้ดูแลจึงอยู่ร่วมกับผู้ป่วยด้วยความหวาดระแวง และต้องคอยระมัดระวังตัวเอง ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“เวลาแกเป็นขึ้นมา แกะอะอะ แกมาพังข้าวของในบ้าน โวยวายเสียงดัง บ้าใจไม่ดี ใจไม่ดี ใจมันสั้น ใจไม่ดี ใจสั้น แบบมันคล้ายมันจะมีแบบกลัวๆ มันจะมีแบบกลัวหมดหนะเวลาแกเป็นขึ้นมา ก่อนแกแข็งแรง โหยแกเป็นอย่างนี้หลานหลินอะไรอย่างนี้แก ตบ ตบแต่โดยทำไปรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ไม่รู้ แต่ว่าไอ้พวกหลานก็อย่างว่าแหละพอมันโตๆกันขึ้น มันก็ไม่ยอม พอแกทำมันๆ ก็ต้องเล่นแล้วหละ ก็นี่แหละเวลาแกเป็นมาๆ บ้าก็ใจ

ไม่ดี ใจสั้น กลัวมั่งอะไรมั่งอย่างนี้ มันก็สารพัด กลัวแบบว่าแกจะทำอะไรแบบว่าพังข้าว พังของ เอามีดพร้าอะไรอย่างนี้กลัว กลัวแบบนั้นแหละพังคังพังของในบ้าน”(ID.3)

“มันก็กังวล กลัวเขาจะทำร้ายเรามั่ง กลัวจะไปทำร้ายคนอื่นอะไรอย่างนี้เราก็กังวล กังวลไป แล้วก็กลัวจะทำร้ายลูกหลานอะไรอย่างนี้ มีแต่ความกลัว มันกลัวจนแบบว่าเรา กลัวมากหนะ ดู กลัว ตอนๆ เขาดูนี่กลัวมากเพราะเขาจะไม่ใช้ใช้มือเปล่าๆ เขาจะชอบไป หยิบมิด มิดต้องเอาไปซ่อนมิดแหลมๆ มิดคมๆ นี้ ที่มันแหลมจืดยาวๆ น่ากลัว ป้าก็จะเอา ไปฝากๆ บ้านพี่ชาย มิดชอยยาวๆ ก็เอาไปฝาก”(ID.4)

“ไม่ค่อยจะดีเท่าไร ต้องเรียกว่าใจไม่ดีเลย ไม่ค่อยมีความสุขเลย มันเสียวนะ ถือ มิดถืออะไร เราก็กังวล”(ID.7)

**2.1.7 ความอาย** เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบจะมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น การไม่ อาบน้ำ ไม่ใส่เสื้อผ้า และในบางครั้งผู้ป่วยออกนอกบ้านไปในสภาพดังกล่าว ผู้ดูแลจึงรู้สึกอับอาย เพื่อนบ้านในละแวกใกล้เคียง รวมทั้งคนที่สัญจรผ่านไปมา นอกจากนี้ผู้ดูแลยังรู้สึกอับอายที่มี ญาติป่วยทางจิต เนื่องจากเพื่อนบ้านและคนรู้จักมักจะตั้งคำถามว่าเพราะเหตุใดญาติจึงป่วยทาง จิต ดังที่ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า

“ก็อายลูกเป็นอย่างนี้ไง คนเขาถามทำไมลูกเป็นอย่างนี้ ฉันก็ไม่รู้ เป็น เขาบอก ทำไมลูกเป็นตั้ง 3 คน เขาก็ว่าฉันก็ไม่รู้เหมือนกัน”(ID.2)

“ป้าอาย อายมากเลยแหละ อายแบบ บางทีป้าไม่เดินออกมานอกบ้านเลย วัน ไหนเขาเดินนุ่ง เขาไม่ได้แก้เลยเขาเดินนุ่งกางเกงในตัวเดียว เขาร้อน เขาเดินมาสูดถนน ตรงนี้เขาก็เดินกลับ”(ID.2)

**2.1.8 ความรู้สึกผิด** การที่ผู้ป่วยยังคงถูกผู้คนรอบข้างหรือผู้คนละแวกบ้าน ใกล้เคียงกันมองว่าเป็น “คนบ้า” แม้ว่าผู้ป่วยจะอาการดีขึ้นมากจนไม่เหลืออาการทางจิตให้ สังเกตเห็น และยังสามารถทำงานได้บ้างแล้ว เช่น ช่วยงานที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกผิดต่อผู้ป่วย เพราะคิดว่าตนเป็นผู้ที่ทำให้ผู้ป่วยมีมด้อยดังกล่าว เนื่องจากพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งตามความเข้าใจของชาวบ้านทั่วไป ก็คือเป็นโรงพยาบาลที่รักษาคนบ้า แม้จะพยายามบอกกับตัวเองว่าถ้าไม่พาผู้ป่วยไปรักษาผู้ป่วยก็คงจะไม่หายอย่างทุกวันนี้ก็ตาม ก็ ยังไม่สามารถที่จะลบความรู้สึกผิดนี้ได้ ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลรายหนึ่ง

“ก็คิดหลายๆ อย่างบางทีก็โทษตัวเอง บางทีคิดเยอะๆ ตรึกตรองเยอะๆ ที่แรกก็ ถ้าไม่พาไปลูกก็คงไม่หาย บางทีก็โทษตัวเองเห็นลูกแล้วก็สงสาร อยากให้เหมือนคนอื่น เขาใจ ลูกมาเป็นอย่างนี้ อยากให้เหมือนคนอื่นเขา กลัวลูกมีปมด้อยโงะนะ มีปมด้อย ทำไมคนอื่นเขาไม่เป็นอะไรอย่างนี้”(ID.5)

**2.1.9 ความเบื่อหน่าย** ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากต้องดูแลเกือบทุกอย่างเหมือนกับทารก เด็ก ไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพัง หรือพาผู้ป่วยไปทำธุระหรือไปพักผ่อน ท่องเที่ยวสถานที่ต่างๆ ตามที่ผู้ดูแลต้องการได้ สาเหตุจากอารมณ์ของผู้ป่วยมักจะไม่คงที่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“แต่บางวันก็ทำได้ แต่บางวันท้อแท้ซะ ป้าหัวใจป้าแทบจะขาดเลยบางวัน คิดวอกวนแต่รู้ว่ารู้ว่าเป็นมานานแล้ว แต่บางวันก็สู้นะใจก็เข้มแข็งอะไรจะเกิดก็ให้มันเกิด บางวันก็ท้อแท้อยากตาย มันท้อแท้บางทีไม่ทำอะไรเลย นอนๆ คิดหะนะนะ อะไรก็ไม่อยากทำอะไรก็ไม่อยากซัก มันแบบมันเบื่อหน่าย มันเบื่อโลกไปหมด แฟนก็ไม่มีนี่ในใจใครจะมาช่วยดูแล คิดวอกวนจนท้อแท้ บางทีลูกก็กะไม่เห็นทำอะไรกับข้าว ก็เอาไปซื้อแกงนะ มันท้อแท้ไม่ทำอะไรหุงข้าวแล้วไม่ทำอะไร บางทีไปซื้อแกงมากิน แบบมันเบื่อนะ ฉันทก็เบื่อชีวิต”(ID.1)

“ก็เปลี่ยน มันไม่มีความสุขเลย พอลอยให้เบื่อไปหมด ไปไหนก็ไปไม่ได้ ต้องดูแลเขาตลอด ingsไม่ได้”(ID.7)

“ไม่เคยคิดเลยนะว่าในชีวิตจะต้องมาเจออย่างนี้ มันเบื่อ มันเบื่อนะหลายๆ เลยนะสุดๆ ที่จะเบื่อเลย”(ID.7)

**2.2 จิตใจที่เป็นสุข** เป็นสภาพจิตใจของผู้ดูแลที่มีลักษณะผ่อนคลาย สภาพจิตใจที่ดีขึ้น รู้สึกพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง ฟังพอใจกับลักษณะอาการของผู้ป่วย และฟังพอใจกับการดูแลที่ให้แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วยความคิด ความรู้สึกดังนี้

**2.2.1 ความสบายใจ** ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลสังเกตพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือแม้จะไม่ได้ดีขึ้นมากนักถึงขนาดหายเป็นปกติ เพียงแค่ผู้ป่วยยอมรับประยาทานเอง หรือผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้นเท่านั้น ความรู้สึกเครียด กังวลต่างๆ ของผู้ดูแลก็แทบจะหายเป็นปลิดทิ้ง ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“แต่มาตอนนี้เขาก็ดีขึ้น ก็ดีใจแล้วแหละ คือ เขาหาย คือเขากินข้าว หลับนอนได้สบายก็ไม่มีปัญหาอะไรแล้ว ถึงเราจะมีกินบ้าง ไม่มีกินบ้าง อดบ้างไม่เป็นไร ก็ยังสบายใจ”(ID.1)

“โหดใจ จากว่าอย่างไรแหละแบบเครียดๆ มันก็โง่ง บอกไม่ถูกหนะ โง่งในอก แบบว่าหัวเหอโง่งเบา ในอกนี้เบาเลย ถ้าวานขึ้นอย่างที่เขาเป็นนะมันบอกไม่ถูกเลยมันอึดอั้นตันใจมันบอกไม่ถูกเลย พอถูกหาย มันหายหมดเลยไอ้หัวเหอที่ปวดก็หายหมดเลย มันเป็นที่เราคิดมากด้วยนะ เครียดพอถูกไม่สบายเป็นฉันทก็จะตายเลย ใจจะขาด พอถูกหายนะก็หายโง่งเลย”(ID.2)

“รุ่นนั้นที่ว้ายยังไม่หายนะ เพื่อนมา(ผู้ป่วย)เขาดิจัง ดูกระปรี้กระเปร่าคุยสนุก จำเพื่อนได้หมดทุกคนเราก็สบายใจใช่ไหมหะ นั่งหน้าขึ้นตาบาน เราก็สบายใจ”(ID.5)

**2.2.2 คิดว่าตนเองสามารถจัดการดูแลได้** ผู้ดูแลคิดประเมินแล้วพบว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ตนเองสามารถจัดการได้ ควบคุมได้ด้วยตนเอง ความคิดนี้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลคุ้นเคยกับลักษณะอาการของผู้ป่วย ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ก่อนที่จะมีอาการกำเริบผู้ป่วยจะมีอาการนำอย่างไร และรู้วิธีจัดการกับผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ คือ การนำตัวส่งโรงพยาบาล ถ้าไม่สามารถนำตัวส่งผู้ป่วยได้เอง ก็รู้ว่ามีแหล่งช่วยเหลือ คือ ให้ตำรวจมาพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ความคิดนี้จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยในระยะอาการหลงเหลือ ซึ่งผู้ป่วยจะมีลักษณะอาการทางลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์ที่อึมครึม สีหน้าเฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนเพลีย และแยกตัวเอง การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ส่วนมากจึงเป็นการดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลคิดว่าเป็นเรื่องที่ธรรมดาสำหรับตน ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“อย่างนี้ไม่คิดอะไร ถ้ามันไม่อาละวาด มันก็ธรรมดาเนาะ เราก็รู้สีกรรมดา ขอให้มันอยู่ในเกณฑ์นี้ก็พอแล้ว ไม่อาละวาด อันนี้มันก็มีปัญหาธรรมดา สำหรับเราก็เป็นปัญหาธรรมดา ถ้ามันไม่อาละวาดถ้าอยู่อย่างนี้ก็ปล่อยมันเถอะ ถ้ามันอาละวาดแล้วมันเดือดร้อนใจ มันถึงมีดออกนอกบ้านด้วยนะ จุดนี้เออ ถ้าจุดนี้เราพอคุมได้ ถ้าเกิดมันอาละวาดรุนแรง เราควบคุมมันไม่ได้ไง” (ID.7)

“พอมันเป็นหนักๆ ที่ส่งไปศรีรัษฎา ไปโรงพยาบาลประสาทก่อน โรงพยาบาลประสาทเขาให้ไปศรีรัษฎา คล้ายๆ มันหนักกว่าประสาทไซ้ใหม่ ก็ไปศรีรัษฎา ให้อาอยู่ศรีรัษฎาตั้ง 3 วัน 4 วันแล้ว พอหายเขาก็ให้กลับบ้าน เขาก็ส่งกลับมา หายเขาก็ให้รับกลับมา บางทีเขาไม่ส่งกลับมา มันก็มาถูก แต่เราจะชวนมันไปเองมันไม่ไป บอกไปรักษาที่

หายก็จะไปรับกลับมา มันไม่ไปๆ มันบอกไม่ได้เป็นอะไร เป็นหนักเราต้องเอาตำรวจมา ตำรวจมาเราก็อยู่ที่อื่นก่อน พอบอกเขาจะไปวัดมาแล้วเขาค่อยเข้ามาเนี่ย ตำรวจมาคอยอยู่ตรงนี้ก่อน พอฉันเราก็คอยกระซิบปิดประตูหลังไว้ใช่ไหม ลั่นกลอนไว้ พอมันขึ้นมาเขาก็ตะครุบมัน มันก็ยกมือไหว้ ไปรักษาครับ ไปรักษา” (ID.9)

### 3. การปรับสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนมากเกิดสภาพจิตใจที่เป็นทุกข์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวจึงพยายามใช้วิธีการต่างๆ มาปรับสภาพจิตใจของตนให้ดีขึ้น วิธีการที่ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ในการปรับสภาพจิตใจของตนเองแบ่งเป็น 4 วิธี คือ ทำใจยอมรับ บอกตนเองให้เข้มแข็ง ยึดความเชื่อหรือหลักทางศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ คิดเปรียบเทียบเพื่อให้ตนรู้สึกดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนมากจะใช้วิธีปรับสภาพจิตใจมากกว่า 1 วิธี ซึ่งวิธีปรับสภาพจิตใจตนเองทั้ง 4 วิธีมีลักษณะ ดังนี้

**3.1 การทำใจยอมรับ** ผู้ดูแลเริ่มปรับสภาพจิตใจของตนเองด้วยการทำใจยอมรับว่าญาติของตนป่วยทางจิตซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าคุณค่าที่ไม่ทำใจยอมรับความจริงนี้สถานการณ์ก็จะยิ่งแย่ลง การทำใจยอมรับเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วย และพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“มันทำอะไรอย่างอื่น มันถอยไม่ได้แล้วไง มันต้องทำใจจริงๆ มันไม่ได้ฝืนทำ มันต้องทำจริงๆ มันต้องทำมาจากใจเลยจริงๆ ถ้าเราฝืนมันก็จะยิ่งกลุ่มใหญ่ แล้วลูกเราก็จะพากลุ่มไปด้วย เราก็ต้องรับให้ได้ รับให้ได้จะได้บอกลูกบอกเต้าได้” (ID.4)

“ก็ไม่หายก็ต้องอยู่กันไปอย่างนี้ เลี้ยงไปอย่างนี้ รักษากันไปเรื่อยๆ ก็ต้องทำใจว่าเขาไม่หายก็ต้องอย่างนี้แหละ ทำใจได้หละ ทำอะไรไม่ได้ก็อยู่อย่างนี้”(ID.5)

“ใหม่ๆก็เครียด มันกังวลว่าลูกจะหายไม่หายอย่างนี้ ตัวเองหนะไม่มีอะไร ใจเราก็ไม่ค่อยว่าง งานก็ต้องทำ มาถึงนี่ก็ต้องดูแล มันก็เครียด ต้องนั่งทำใจ อะไรจะเกิดก็ให้มันเกิด” (ID.6)

“เราก็ต้องแบบไม่อ่อนไหวจนเกินไปนะ มัวแต่ทำไม่ถึงเราต้องมารับภาระอะไรอย่างนี้ มันก็ไม่มีอะไรดีขึ้นมา ถ้าเกิดเราคิดอย่างนั้นนะ สุขภาพเราก็จะแย่ มันคือว่ามันทำอะไรให้มัน ถ้ามันเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีกว่านี้มันคงเป็นไปไม่ได้แล้ว เราก็ต้องยอมยอมรับสภาพ เราก็ต้องปรับตัวจะให้เขาปรับตัวหาเรามันเป็นไปไม่ได้นะ มันเป็นไปไม่ได้



ไม่มีประโยชน์ มันเป็นแล้ว มันเป็นมาก เราไม่ได้เป็นมันเป็น เราก็ต้องยอมปรับตัว ถ้าเรา  
 มัวเอาแต่อารมณ์เราอย่างเดียวมันก็ได้ ซึ่งคิดอย่างนี้มันก็ต้องอยู่ในสภาพนี้อยู่ดีแหละ”  
 (ID.7)

**3.2 การบอกตนเองให้เข้มแข็ง** ผู้ดูแลเฝ้าบอกกับตนเองว่าต้องเข้มแข็ง จะอ่อนแอ  
 หรืออ่อนไหวไปตามความรู้สึกทางลบที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยไม่ได้ เพราะยิ่งตนอ่อนแอ  
 มากเท่าไร สภาพจิตใจของตนก็จะยิ่งย่ำแย่ลงมากเท่านั้น ซึ่งย่อมส่งผลต่อสภาพร่างกาย และ  
 สมรรถภาพในการทำหน้าที่ต่างๆ ด้วย รวมถึงอาจจะทำให้ตนป่วยทางจิตไปอีกคน ถ้าเป็นเช่นนั้น  
 ผู้ป่วยก็จะขาดคนดูแล และในผู้ดูแลบางรายที่ต้องดำรงบทบาทในฐานะหัวหน้าครอบครัวด้วยต่าง  
 คิดว่าถ้าหัวหน้าครอบครัวอ่อนแอก็จะไม่สามารถเป็นหลักให้กับสมาชิกครอบครัวคนอื่นได้ ดัง  
 ตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“หนักไปหมด อะไรก็ดูหนักไปหมด โหเครียดเลย ใจมันก็กังวลนะ ตัวเองก็เจ็บ  
 เดียวเป็นโน่นเดียวเป็นนี่ แต่ก็ดูแลอยู่นี้ ก็เป็นโน่นเป็นนี่แต่ว่าต้องทำกำลังใจให้เข้มแข็งไว้  
 ถ้าทำเป็นอ่อนแอเขาก็จะไม่มีใครดูแล ทั้งพ่อทั้งเขา”(ID.1)

“แต่เราก็ออย่างว่ามันก็ล้มไม่ได้ มันล้มไม่ได้มันต้องแข็งตะพืด เมื่อก่อนป่าจะ  
 ชี้้อ่อนมากกว่านี้ ที่ว่าพอแข็งแล้วมันก็จะไม่อ่อน มันร้องแล้วมันก็ช่วยอะไรไม่ได้ คิดหนะ  
 ร้องให้แล้วมันก็ช่วยอะไรไม่ได้ มันก็ยังเครียด พาเราเครียด มันต้องไม่ร้องๆ มากก็ช่วยอะไร  
 ไม่ได้ ต้องค่อยๆคิด ค่อยๆมา ค่อยๆ เดินไป อย่าให้พลาดสะดุด ป้าคิดถ้าป้าเป็นเหมือน  
 เขาอีกคนจะทำไง เอ้อพรอมนี่มันเบ่งง่ายนะ เราก็คิดหนะนะ”(ID.4)

“ต้องมันคง อ่อนไหวไม่ได้ เราจะไปเครียด ไปใช้อารมณ์ก็ได้ ต้องยิ้มสู้เสมอ  
 ถึงใจเราจะกังวลอะไรเราก็ต้องยิ้มสู้ ถ้าเราไปแสดงออกเดี่ยวเขาก็ยิ่งไปใหญ่ เก็บไว้ ต้อง  
 ไม่ให้เขารู้ ก็ต้องยิ้มสู้ จะพูดจะอะไรก็ต้องให้มันดีๆ พวกนี้จะไปใช้อารมณ์อะไรไม่ได้  
 เลยเดี๋ยวมันจะเตลิดใหญ่”(ID.6)

“ถ้าเรามาคิดมากกว่าทำไมเราต้องเป็น ก็ไม่รู้จะพูดอย่างไร ก็ท้อกันไปใหญ่ ก็ต้อง  
 สู้ ถ้าเรามัวแต่ไม่สู้มันก็มีมันไม่มีทางที่จะดีขึ้นมา ถ้าเรายอมแพ้มันก็ไม่มีอะไรดีขึ้นมา มัน  
 จะยิ่งแย่ไปกันใหญ่ ตัวเราจะแย่ ทุกสิ่งทุกอย่างมันก็พังหมด ถ้าเผื่อเราท้อแท้ก็ยิ่งไปกัน  
 ใหญ่”(ID.7)

**3.3 การยึดความเชื่อหรือหลักทางศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ** ผู้ดูแลส่วนมากนำเอาความเชื่อหรือหลักธรรมทางศาสนามาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของตนให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติ หรือทำให้ตนรู้สึกสบายใจขึ้น ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ การยึดความเชื่อหรือหลักทางศาสนามาอธิบายที่มาของเหตุการณ์ และการยึดแนวปฏิบัติตามความเชื่อหรือหลักทางศาสนา

**3.3.1 การยึดความเชื่อหรือหลักทางศาสนามาอธิบายที่มาของเหตุการณ์**  
 ผู้ดูแลนำเอาความเชื่อหรือหลักธรรมทางศาสนาที่ตนยึดถือมาเป็นเหตุผลอธิบายถึงที่มาของภาวะที่ญาติของตนป่วยด้วยโรคทางจิต ซึ่งไม่สามารถที่จะหาคำตอบในเชิงวิทยาศาสตร์ได้ เนื่องจากผู้ดูแลเกิดคำถามว่าเหตุใดคนอื่น ๆ ซึ่งมีพฤติกรรมที่แพทย์ระบุว่า เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย เช่น การเสพยาเสพติด จึงไม่ป่วยทางจิตเหมือนญาติของตน ความเชื่อและหลักธรรมทางศาสนาที่ผู้ดูแลนำมาอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีดังนี้

**3.3.1.1 ความเชื่อเรื่องกรรม** ผู้ดูแลหลายรายเชื่อว่าภาวะที่ญาติของตนป่วยทางจิต และการที่ตนต้องดูแลผู้ป่วยเป็นผลกรรมอันเกิดจากการกระทำที่ไม่ดีในอดีตทั้งในชาติปัจจุบัน และในอดีตชาติของผู้ป่วยและของตน ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ก็แบบว่าก็ไม่รู้จะทำอย่างไร ก็เฉย ก็คิด ใจก็คิดทำไมถึงได้เป็นแบบนี้ละ ทำไมเขาถึงได้เป็นแบบนี้ เราก็คิดว่าชาติก่อนเราคงทำกรรมอะไรไว้เยอะอย่างนี้ ชาตินี้ถึงมีกรรมอะไรอย่างนี้ ก็คิดไปอย่างนี้แหละ” (ID.1)

“ทำไมลูกต้องเป็นอย่างนี้ เวิร์กรรมอะไรก็ไม่รู้”(ID.5)

“ก็ไม่นึกอย่างไร เวิร์กรรมของมัน เวิร์กรรม”(ID.8)

“ก็เวิร์กใครก็เวิร์กคนนั้น ที่นี้มาโดนเรา ธรรมดาทางโน้นเขาเป็นหนะ ทางโน้นเขาเป็นน้องเขาเป็น”(ID.9)

**3.3.1.2 ความเชื่อเรื่องอำนาจเหนือการควบคุม** ผู้ดูแลรายหนึ่งได้อธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตโดยยึดถือความเชื่อทางศาสนาที่ตนนับถือ คือ ศาสนาอิสลาม ว่าภาวะที่ญาติของตนป่วยทางจิตเกิดจากพระเจ้ากำหนดให้เป็นเช่นนั้น ดังคำกล่าว

“พระเจ้าให้เราเป็นอย่างนี้เนาะก็รับไป ใครก็อยากจะทำให้ลูกได้ดีนะ เรียนมีงานทำดี ๆ ไม่ให้ลูกเป็นอย่างนี้ เป็นบ้าเป็นบอใครเขาอยากหละ อยากให้ลูกได้ดีกันทุกคนแหละ ปกติเหมือนชาวบ้านทั่วไป”(ID.2)

3.3.2 การยึดแนวปฏิบัติตามความเชื่อหรือหลักทางศาสนา ผู้ดูแลจะปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ หรือตามหลักทางศาสนาที่ตนยึดถือ โดยเชื่อว่าตนจะได้รับผลที่ดีจากการปฏิบัตินั้นๆ อากาศของผู้ป่วยจะดีขึ้น หรือชีวิตของตนจะดีขึ้น สิ่ง que ผู้ดูแลปฏิบัติประกอบด้วย

3.3.2.1 การให้ทาน ผู้ดูแลทำบุญโดยการให้ทานด้วยหวังว่าผลบุญที่ได้จากการทำทานจะส่งผลให้สิ่งที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นกับตนเบาบางลง ให้ผลกรรมที่ไม่ดีหมดไป รวมทั้งหวังให้ผลบุญนั้นสะท้อนกลับไปให้ผู้ป่วยให้มีคนสงสาร และช่วยเหลือผู้ป่วย เหมือนที่ตนสงสาร และช่วยเหลือผู้อื่น ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“คนอื่นเข้ามาฉันยังให้เลยนะ ฉันนึกว่าลูกฉัน เนี่ยคนเดินข้างถนนนี้ ฉันให้บางทีขอตั้ง 5 บาทเราก็ให้ ป้าขอตั้งกินน้ำหน่อย แล้วคนเขาบอกป้าทำไม่ไปให้คนลมไม่ดี คนบ้าชอบให้ตั้ง อ้อลูกเราก็เป็น เขาก็เหมือนลูกเรา เราบอกเรานึกว่าลูกเราเมื่อเราตายไป เวลาลูกเราไปทางไหนเพื่อเขาจะทำบุญกับลูกเรามั่ง”(ID.2)

“มันก็หนักนะ ไหนจะงานของเรา ไหนจะเรื่องน้อง ทุกอย่างมันรวมทุกอย่าง มันก็อยากจะให้มันดีขึ้นมาบ้างอะไรอย่างนี้ สิ่งที่ไม่ดีอยากจะให้มันซาลงบ้าง มันอาจจะไม่ก็เชื่อเรื่อง ตอนเช้าก็ใส่บาตรทุกวัน”(ID.7)

“เราก็หวังบุญกุศลอย่างเดียวเท่านั้นแหละไม่ได้หวังอย่างอื่นหรอก จะได้หมดเวรหมดกรรมกันไปซะที สำหรับคนที่เชื่อเรื่องบาปเรื่องบุญนะ”(ID.7)

3.3.2.2 การสวดขอพรจากพระเจ้าที่ตนนับถือ สำหรับผู้ดูแลที่นับถือพระเจ้า เชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้กำหนดให้เกิดสิ่งต่างๆ ขึ้นนั้นก็จะขอพรจากพระเจ้า ด้วยเชื่อว่าพระเจ้าจะกำหนดให้ตนได้ตามที่ขอในวันใดวันหนึ่ง ดังคำกล่าว

“ขอทุกเข้ามีดแหละ จะละหมาดก่อนแล้วก็ขอให้ลูกข้าพเจ้าหายจากสติไม่ดี ให้มาทำมาหากินได้ เหมือนคนไทยเขาสวดมนต์ไหว้พระกัน ขอๆอย่างนี้แหละว่าให้ลูกป้าหาย ให้ช่วยเหลือตัวเองได้ ให้ทำงานเลี้ยงตัวได้ ตัวเขาเองได้ ป้าขอทุกวันเลย พระเจ้าจะให้ไม่ให้ป้าก็ขอ สักวันเขาต้องให้ป้า”(ID.2)

3.3.2.3 การศึกษาหลักธรรมทางศาสนา ผู้ดูแลศึกษาหลักธรรมทางศาสนาด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ฟังเทศน์ ฟังธรรม หรืออ่านหนังสือธรรมะ ด้วยหวังว่าจะส่งผลให้จิตใจของตนสงบ และมีสติ ดังคำกล่าว

“เราก็อ่านหนังสือพระบ้าง อะไรบ้างเอาทางธรรมะเข้ามาชมจิตใจบ้างอะไรบ้าง ฟังเทศน์ฟังธรรมอะไรบ้าง จิตใจเราก็ปกติ คือถ้าเราไปเครียดตาม ไปเสียใจตาม ก็ไปกันใหญ่ ก็ต้องพยายามดูแลตัวของเรา”(ID.6)

**3.4 การเปรียบเทียบความทุกข์ของตนกับผู้อื่น** วิธีหนึ่งที่ผู้ดูแลเลือกใช้เพื่อช่วยให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น คือ การนำปัญหาของตนไปเปรียบเทียบกับคนอื่นที่กำลังเผชิญปัญหาที่หนักกว่าตน ซึ่งวิตกมีความทุกข์ยากลำบากกว่าตน ซึ่งอาจจะเป็นผู้ที่รู้จักสนิทสนม หรือเป็นคนที่ไม่รู้จักแต่รับรู้เรื่องราวผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งพบได้มากมายในปัจจุบัน เช่น การนำเสนอทางโทรทัศน์ เมื่อเห็นว่าเป็นคนเหล่านั้นมีความทุกข์มากกว่าตน ผู้ดูแลก็จะรู้สึกว่ายังมีคนที่ปัญหาหนักกว่าตนอีกมาก และมีกำลังใจที่จะเผชิญกับปัญหาของตนมากขึ้น นอกจากนี้แม้ว่าปัญหาของผู้อื่นจะเบากว่าหรือหนักใกล้เคียงกับของตน แต่ก็ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าทุกคนก็มีปัญหาเช่นเดียวกัน ขึ้นอยู่กับว่าใครจะมีปัญหาเรื่องใด ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ต้องทำให้ใจให้เข้มแข็ง เราคิดเวลาเรามอง เราก็ต้องมองคนที่ เขาทุกข์กว่าเราแหละ เราก็จะทำใจ สบายใจ แล้วคนเราก็ไม่ได้อยู่ไปถึงร้อยปีอะไร เราก็คิด ต้องอยู่ให้ได้”(ID.4)

“ใช่ๆ ทุกข์กว่าเรา บ้านที่ไม่มีบ้านก็ต้องเช่าเขาอยู่ ทุกข์ดีกันดีเข้าดีเย็นทั้งที่สติดี ไม่ใช่เป็นอย่างไรของเรา เขาก็ยังอยู่ได้เลย ของเรามันก็ต้องอยู่ได้”(ID.4)

“มันต้องทำให้ใจให้เข้มแข็งไว้ คนอื่นที่เขาเป็นมากกว่าเราก็คงมี”(ID.7)

“โหดที่สุดเลย ทนกันมา เดียวนี้ไม่เท่าไรแล้ว เราเห็นคนอื่นมีปัญหา อย่างบ้านนี้ก็ไม่ค่อยจะพอกินพอใช้ รบกันลูกหลายคน อย่างบ้านโน้นก็รวยมีกินมีใช้ สะไมก็อยู่บ้านไม่ได้ รบกันไม่ค่อยลงกัน ก็มีปัญหากันทั้งนั้นแหละ”(ID.9)

โดยสรุปผลการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษานี้ พบว่า ความคิด ความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัวที่เกิดขึ้นนั้นมีความหลากหลาย และเกิดขึ้นพร้อมๆกัน วิธีการปรับสภาพจิตใจตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวนั้นมีหลายวิธี โดยผู้ดูแลในครอบครัวคนหนึ่งอาจใช้วิธีการปรับสภาพจิตใจมากกว่า 1 วิธี และไม่ว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะใช้วิธีการใดก็ตาม ทุกวิธีก็ล้วนแต่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น

จากผลการวิจัยสามารถสรุปประสพการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดังแผนภาพต่อไปนี้

**แผนภาพที่ 2** แผนภาพแสดงภาพรวมของประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 9 คน ซึ่งเป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช (ผู้ป่วยนอก) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่มีความยินดีและเต็มใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 4 เดือน จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากบทสัมภาษณ์และบันทึกภาคสนามจากการสังเกต ผู้วิจัยสามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

1. **สภาพจิตใจที่หลากหลายเมื่อรับรู้ว่าคุณามีอาการทางจิต** หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของผู้ดูแลในครอบครัวที่เกิดขึ้นเมื่อรู้ว่าคุณามีอาการทางจิตใจ แบ่งเป็น 7 ลักษณะ คือ 1) ความสงสัย 2) ความเสียใจ 3) ความผิดหวัง 4) ความกังวล 5) ความท้อแท้ 6) ความรู้สึกปลง และ 7) ความคิดที่จะดูแลผู้ป่วย

2. **สภาพจิตใจที่ซึ้นลงเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย** หมายถึง ความรู้สึกและความคิดของผู้ดูแลในครอบครัวที่เกิดขึ้นเมื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเปลี่ยนแปลงซึ้นลงตลอดเวลา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ จิตใจที่เป็นทุกข์ และจิตใจที่เป็นสุข ดังรายละเอียด

#### 2.1 จิตใจที่เป็นทุกข์ มีดังนี้

2.1.1 ความทรมานใจ

2.1.2 น้อยใจในโชคชะตา

2.1.3 ความหวังเฝ้าย ซึ่งเป็ผลเนื่องจากสาเหตุ 3 ประการ คือ 1) เกรงว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตราย 2) เกรงว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตัวเอง และ 3) ห่วงอนาคตของผู้ป่วยเมื่อตนตายไป

2.1.4 ความเครียด ซึ่งเป็ผลเนื่องจากสาเหตุ 3 ประการ คือ 1) เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย 2) อาการของผู้ป่วย และ 3) ความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น

2.1.5 ความรู้สึกหนักและเหนื่อย

2.1.6 กลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย

2.1.7 ความอาย

2.1.8 ความรู้สึกผิด

2.1.9 ความเบื่อหน่าย

2.2 จิตใจที่เป็นสุข มีดังนี้

2.2.4 ความสบายใจ

2.2.5 คิดว่าตนสามารถจัดการดูแลได้

**3 การปรับสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว** ผู้ดูแลในครอบครัวพยายามใช้วิธีการต่างๆ มาปรับสภาพจิตใจของตนให้ดีขึ้น วิธีที่ผู้ดูแลในครอบครัวนำมาใช้แบ่งเป็น 4 วิธี ดังนี้

3.1 การทำใจยอมรับ

3.2 การบอกตนเองให้เข้มแข็ง

3.3 การยึดความเชื่อหรือหลักทางศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ เป็นการพยายามหาที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะยึดความเชื่อหรือหลักทางศาสนา 2 ลักษณะ คือ

3.3.1 การยึดความเชื่อและหลักทางศาสนามาอธิบายที่มาของเหตุการณ์ ได้แก่ 1) ความเชื่อเรื่องกรรม และ 2) ความเชื่อเรื่องอำนาจเหนือการควบคุม

3.3.2 การยึดแนวปฏิบัติตามความเชื่อและหลักทางศาสนา ได้แก่ 1) การให้ทาน 2) การสวดขอพรจากพระเจ้าที่ตนนับถือ และ 3) การศึกษาหลักธรรมทางศาสนา

3.4 การเปรียบเทียบความทุกข์ของตนกับผู้อื่น

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาวิจัยประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยขอเสนอประเด็นที่น่าสนใจมาอภิปราย ดังนี้

#### 1. สภาพจิตใจที่หลากหลายเมื่อรับรู้ว่าคุณามีอาการทางจิต

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อรับรู้ว่าคุณามีอาการทางจิต พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยส่วนมากจะเกิดความรู้สึกทางลบ คือ ความสับสนผู้ป่วย ความเสียใจ ความผิดหวัง ความกังวล และความท้อแท้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของคุณาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่บ้านของ Ip and

Mackenzie (1998) ที่พบว่าญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณได้สูญเสียผู้ป่วยซึ่งมีอาการป่วยทางจิตอย่างรุนแรง นอกจากนี้ญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วยยังรู้สึกสูญเสียความคาดหวังต่างๆ ที่เคยหวังจากผู้ป่วย เนื่องจากอาการทางจิตทำให้ความหวังนั้นไม่มีทางเป็นจริงได้แล้ว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kawanishi (2006) ที่พบว่าเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวสังเกตเห็นสัญญาณแรกที่บ่งชี้ว่าญาติของตนมีความผิดปกติทางจิต ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเครียด ไม่มั่นคง และเจ็บปวด โดยเฉพาะพ่อแม่ พี่น้อง และคู่สมรสจะเกิดความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก สับสน รู้สึกถึงความไม่แน่นอน และไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับบุคคลอันเป็นที่รักของตนบ้างในอนาคต

ผลการวิจัยที่พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกทางลบนี้อาจมีสาเหตุมาจากความรู้สึกมีพันธะผูกพัน (Commitment) ซึ่ง Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า เมื่อบุคคลรู้สึกมีพันธะผูกพันต่อเหตุการณ์ใดมาก จะส่งผลให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะประเมินเหตุการณ์นั้นว่าสูญเสียหรือคุกคามได้มาก ด้วยเหตุนี้เมื่อผู้ดูแลหลักรู้สึกมีพันธะผูกพันกับผู้ป่วยมาก กล่าวคือผู้ป่วยเป็นญาติใกล้ชิด เป็นบุคคลอันเป็นที่รัก และบุคคลสำคัญในชีวิต ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความรู้สึกสูญเสียได้มาก เหตุผลอีกประการหนึ่งอาจเนื่องมาจากการมีญาติป่วยทางจิตเป็นประสบการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างไม่ทันตั้งตัว Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ใหม่ที่ตนไม่เคยมีประสบการณ์ตรง บุคคลจะนำประสบการณ์ทางอ้อมของตนเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นมาใช้ในการประเมินสถานการณ์ ประสบการณ์ทางอ้อม ได้แก่ สิ่งที่คุณเคยได้รู้ ได้เห็น หรือได้รับฟังเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้น อาจด้วยตนเองหรือผ่านทางสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หรือคำบอกเล่าของบุคคลอื่น ด้วยเหตุนี้ผู้ดูแลในครอบครัวยังไม่เคยมีญาติป่วยทางจิต และไม่คิดมาก่อนว่าญาติของตนจะป่วยทางจิต จึงไม่ได้เตรียมตัวศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนมากขาดความรู้อันถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่จะนำมาใช้ในการประเมินสถานการณ์ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงนำประสบการณ์ทางอ้อม คือ สภาพของผู้ป่วยทางจิต หรือ “คนบ้า” ที่ตนเคยเห็นเดินตามท้องถนน แต่งตัวสกปรก และหาของตามถังขยะ ซึ่งล้วนแต่เป็นภาพทางลบมาใช้ในการประเมินเหตุการณ์การป่วยทางจิตของญาติ เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวนึกถึงญาติของตนในสภาพเช่นนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเกิดความรู้สึกสงสาร สูญเสียกังวล และเมื่อนึกถึงการที่ตนต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทำหน้าที่ต่างๆ แทนผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเกิดความรู้สึกท้อแท้

อนึ่งผลการวิจัยยังพบว่าความรู้สึกที่แสดงถึงการสูญเสียที่เกิดขึ้น คือ ความเสียใจ และผิดหวังนั้นยังคงอยู่ในใจของผู้ดูแลในครอบครัวจนกระทั่งปัจจุบัน อาจกล่าวได้ว่าแทบจะไม่ลดน้อยลงจากช่วงเวลานั้นเลย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kawanishi (2006) ที่พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวตระหนักถึงความเจ็บปวดจากการที่มีญาติป่วยทางจิตอย่างลึกซึ้งซึ่งอยู่เป็นประจำ ในขณะที่



ที่ความเครียดมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ เมื่อผู้ดูแลใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยยาวนานขึ้น ซึ่ง Kawanishi ได้ อธิบายไว้ว่า ระยะเวลาที่นั้นไม่ส่งผลต่อการรับรู้และความรู้สึกที่มีต่อความจริงที่ว่าตนมีญาติป่วย ทางจิต ในขณะที่การดำเนินโรคเป็นตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของครอบครัว การที่ ความรู้สึกสูญเสียยังฝังอยู่ในใจของผู้ดูแลในครอบครัวอาจเนื่องมาจากสิ่งที่สูญเสียไปนั้นไม่ สามารถเรียกคืนกลับมาได้ เป็นสิ่งที่สูญเสียไปตลอดกาล กล่าวคือ แม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้น เพียงใด แต่ก็ไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยไม่มีโอกาสที่จะกลับมาเป็นญาติคนเดิมของ ตน ความหวังต่างๆ ที่เคยหวังจากผู้ป่วยก็ไม่มีโอกาสได้สมหวังด้วยเช่นกัน

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวรายหนึ่งเกิดความรู้สึกปลง ซึ่งเป็นการนำหลัก ทางศาสนามาอธิบายถึงที่มาของการที่ญาติของตนป่วยทางจิต ซึ่งวิธีการนี้อาจช่วยให้ผู้ดูแลใน ครอบครัวสามารถทำใจยอมรับได้ ซึ่ง Kawanishi (2006) กล่าวว่า การทำใจยอมรับกับเหตุการณ์ จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถจัดการกับความเสียใจได้ดีกว่า ลดความคาดหวังของตนเอง ลง และหาความหมายทางบวกจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวรายนี้จึงกล่าวว่า “ไม่ได้คิด อย่างไกรักษากันไป”

นอกจากผู้ดูแลในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกที่หลากหลายแล้ว จะพบว่าผู้ดูแลใน ครอบครัวเกิดความคิดขึ้นเช่นกัน คือ ความคิดที่จะดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่คิดที่จะทอดทิ้งผู้ป่วย โดย ผู้ดูแลในครอบครัวแต่ละคนมีเหตุผลในการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไป ผู้ดูแลในครอบครัว ส่วนมากรับหน้าที่ด้วยความเต็มใจ ซึ่งเกิดจากสายสัมพันธ์-ความผูกพัน และการรักษาคำสัญญาที่ ให้ไว้กับบุคคลสำคัญ จะพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้เหตุผลเหล่านี้ส่วนมากจะเป็นสมาชิกใน ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์โดยตรงทางสายโลหิต คือ พ่อแม่ พี่น้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา ของผู้ป่วยที่ ดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่เริ่มต้นด้วยความรัก ความเห็นใจ ความสงสาร และความห่วงใย และสอดคล้อง กับการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความสัมพันธ์ เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วย แต่การศึกษาก็พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่แม้จะไม่ได้มีความสัมพันธ์ ทางสายโลหิต เช่น ภรรยา ก็ให้เหตุผลของการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยว่าเนื่องมาจากความสัมพันธ์- ความผูกพันเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kawanishi (2006) ที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่เป็น ภรรยาไม่เคยคิดที่จะทิ้งสามีซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภท แม้ว่าเธอจะรู้สึกสิ้นหวังเพียงใดก็ตาม ทั้งนี้อาจ เนื่องมาจากแม้ว่าบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นบทบาทที่เกิดขึ้นภายหลัง แต่เมื่อ พิจารณาจากความสัมพันธ์ในครอบครัวจะพบว่า เป็นบทบาทที่มีอยู่ก่อนที่จะมีผู้ป่วยทางจิตใน ครอบครัวแล้ว กล่าวคือ เป็นบทบาทที่ซ่อนอยู่ในบทบาทความสัมพันธ์ทางครอบครัว อันได้แก่ ความเป็นพ่อ ความเป็นแม่ ความเป็นพี่น้อง ความเป็นภรรยา ซึ่งวัฒนธรรมทางสังคมของไทยเป็น

สังคมที่ให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัว มีการปลูกฝังให้เกิดความรัก ความผูกพัน และความเอื้ออาทรต่อกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวมาช้านาน ด้วยเหตุนี้อาจเป็นผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยตัดสินใจรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยแทบไม่ต้องพิจารณาถึงเหตุผลอื่นใด

หนึ่งผลการวิจัยยังพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวให้เหตุผลในการรับหน้าที่อย่างไม่เต็มใจ คือ กลัวว่าจะถูกสังคมตำหนิถ้าตนไม่ดูแลผู้ป่วย และจำใจเนื่องจากไม่มีทางเลือกอื่น ซึ่งการที่ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลผู้ป่วยด้วยเกรงว่าผู้อื่นจะตำหนิตน นับว่าเป็นการครอบงำบทบาทที่คาดหวังหรือบทบาทในอุดมคติ(role expectation or ideal) คือ ครอบงำบทบาทตามความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตน เหตุผลนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม หรือกลุ่มทางสังคมในบริเวณที่อยู่อาศัยของตน ซึ่ง Matlin (1999) กล่าวว่าความคิดเห็นของกลุ่ม(groupthink) จะส่งผลต่อการตัดสินใจของสมาชิกในกลุ่มให้มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไปในทิศทางเดียวกับความคิดเห็นของกลุ่ม เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ว่าคุณค่าซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันมีค่านิยม หรือความคิดเห็นว่าญาติพี่น้องต้องให้การช่วยเหลือ และดูแลกันเมื่อตกอยู่ในความลำบาก จึงเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวตัดสินใจดูแลผู้ป่วยสำหรับการดูแลผู้ป่วยด้วยความจำใจนี้ อาจเป็นผลจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดภาวะที่ไม่สอดคล้องกัน(congruence)ระหว่างความต้องการของตนเองและความเหตุการณ์จริงที่เกิดขึ้น นั่นคือผู้ดูแลในครอบครัวไม่เต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยแต่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย อันเนื่องมาจากตนเองไม่รู้ว่าเมื่อทิ้งผู้ป่วยไปแล้วตนจะไปอยู่ที่ใด ประกอบกับผู้ป่วยก็อาศัยอยู่บ้านโดยไม่ยอมไปอยู่ที่อื่นเช่นกัน ซึ่งการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยด้วยความจำใจนี้นับว่าเป็นการแสดงบทบาทที่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง หรือ role distance (วิมาลา เจริญชัย, 2545) ซึ่งหมายถึง ภาวะที่บุคคลแสดงบทบาทได้เหมาะสม แต่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของตน ซึ่งความไม่สอดคล้องในลักษณะนี้จะส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคล ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถปรับตัวตามบทบาทได้

## 2. สภาพจิตใจที่ซึ้นลงเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะเกิดจิตใจที่เป็นทุกข์และจิตใจที่เป็นสุขหมุนเวียนกันเป็นวงจรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยจิตใจที่เป็นทุกข์นั้นจะเกิดขึ้นทั้งในขณะที่ดูแลผู้ป่วยในระยะอาการกำเริบและในระยะอาการหลงเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกทางลบเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 ระยะ คือ การศึกษาของ Shanker and Muthuswamy (2007) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมงานวิจัยทุกคนกล่าวว่าในช่วงเริ่มต้นของการดูแลผู้ป่วยนับได้ว่าเป็นช่วงวิกฤติที่ผู้ดูแลรู้สึกเครียดอย่างมาก รู้สึกถึงการไม่สามารถช่วยเหลือ

ตนเอง สูญเสียการควบคุม กลัวเรื่องความปลอดภัยของตนเองและผู้ป่วย การศึกษาของ Addington, Coldham, Jones, and Addington (2003) ที่พบว่า ในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่มีความสุขอย่างมาก และประสบกับความยากลำบากมาก การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับความรู้สึกทางลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Oldridge and Hughes (1992 อ้างถึงใน Provencher and Mueser, 1997) ที่พบว่า อาการทางลบนั้นมีความสัมพันธ์กับความตึงเครียดทางอารมณ์ของผู้ดูแล และการศึกษาของ Dyck, Short, and Vitaliano (1999) ที่พบว่า ยิ่งผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบมากเท่าใดความเครียดของผู้ดูแลจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Angermeyer, Bull, Bernert, Dietrich, and Kopf (2006) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทที่มีความเบื่อน่ายในระดับสูง จะพบได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทั้ง 2 ระยะ แม้ว่าจะมีลักษณะของการดูแลที่แตกต่างกันก็ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบเช่นเดียวกัน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ระยะ ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ต้องดำรงบทบาทแทนผู้ป่วย และต้องให้การดูแลเกือบจะตลอดเวลาไม่ต่างกัน

จิตใจที่เป็นสุขของผู้ดูแลในครอบครัวที่พบ คือ ความสบายใจ และความคิดที่ว่าตนสามารถจัดการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรนนท์ ชันแข็ง (2548) ที่พบว่าเมื่อมารดาทุกรายที่เข้าร่วมการวิจัยเห็นบุตรซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอาการสงบ ไม่เอะอะ โวยวาย หรืออาละวาดดูแลตัวเองในการรับประทานยา การไปรับยา รวมทั้งสามารถทำงานได้มารดาจะสบายใจ และรับรู้ว่าคุณ ขณะนั้นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ความรู้สึกสบายใจที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นผลจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวเปรียบเทียบระหว่างอาการของผู้ป่วยในระยะอาการกำเริบ กับในระยะอาการหลงเหลือแล้วเกิดความรู้สึกว่าการที่ผู้ป่วยไม่มีอาการโหมโห้ร้าย ไม่มีอารมณ์รุนแรง ทำร้ายผู้อื่น หรือทำร้ายข้าวของ รวมทั้งรับประทานยาด้วยตนเองเป็นสิ่งที่แสดงว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว ผู้ดูแลในครอบครัวจึงรู้สึกสบายใจ นอกจากนี้การเปรียบเทียบอาการของผู้ป่วยใน 2 ระยะข้างต้นยังเป็นผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าตนมีความสามารถเพียงพอในการที่จะจัดการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากอาการของผู้ป่วยในระยะหลงเหลือนี้จะเป็นกลุ่มอาการทางลบ เช่น มีอารมณ์เฉยเมย ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมทุกชนิด(สมภพ เรืองตระกูล, 2542) เป็นอาการที่ผู้ดูแลสามารถควบคุมและดูแลได้มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับอาการทางบวก ซึ่งเป็นสิ่งที่ตนไม่สามารถควบคุมหรือจัดการได้

นอกจากนี้เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาหนึ่งผู้ดูแลในครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธีมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบอีกในระยะอาการหลงเหลือ นั่นคือ นำตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นการจัดการที่ถูกต้องเมื่อ

ผู้ป่วยมีอาการกำเริบแล้ว ยังอาจเป็นเหตุผลอีกประการที่ส่งผลให้ความรู้สึกต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยค่อยๆ ลดลง เนื่องจากดูแลผู้ป่วยในระยะกำเริบเปลี่ยนเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลไม่ใช่หน้าที่ของผู้ดูแลหลักโดยตรงเหมือนเช่นในระยะแรก ประกอบกับค่าใช้จ่ายในการรักษาก็ลดลงจากช่วงแรกมากผู้ดูแลในครอบครัวจึงเกิดความคิดที่ว่าถ้าการดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่ตนสามารถจัดการได้

การที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีสภาพจิตใจที่ขึ้นลง สลับกันไปนั้นอาจเนื่องมาจากลักษณะอาการของผู้ป่วยซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เป็นระยะ นั่นคือ ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบ และอาการหลงเหลือสลับกัน ซึ่งเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการหลงเหลือผู้ดูแลในครอบครัวส่วนมากจะเกิดความสบายใจและความคิดที่ว่าตนสามารถจัดการดูแลได้ดังที่กล่าวไปแล้ว นอกจากสาเหตุจากลักษณะอาการของผู้ป่วยแล้วสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงอาจเป็นผลจากระยะเวลาในการดูแลที่นานขึ้น ซึ่ง Zarit et al. (1986, อ้างถึงใน วิมาลา เจริญชัย, 2545) กล่าวว่าระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นมีแนวโน้มที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น เพราะการเป็นผู้ดูแลใหม่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมาก เมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลมีโอกาสปรับตัว มีพัฒนาการในการเผชิญปัญหาและมีการพัฒนาจิตใจมากขึ้นด้วย ซึ่งผลการวิจัยนี้พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวพยายามที่จะใช้วิธีการต่างๆ มาปรับสภาพจิตใจของตน เมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น แม้ว่าจะยังคงเกิดจิตใจที่เป็นทุกข์อยู่ แต่ก็ไม่มากเท่ากับในช่วงแรกของการดูแล

### 3. การปรับสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว

จากการวิจัยพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวได้รับผลกระทบด้านจิตใจ เกิดความเครียดขึ้นในหลายลักษณะตั้งแต่รับรู้ว่าคุณาติของตนป่วยทางจิต จนกระทั่งการให้การดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันเป็นผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ความพยายามด้านการกระทำนั้นคือ การพยายามรักษาผู้ป่วยให้หาย ซึ่งนับว่าเป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา(problem-focus coping) ตามแนวความคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยเป็นความพยายามของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์อันเป็นสาเหตุของความเครียด แต่เมื่อพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษายังถูกวิธีที่โรงพยาบาลและได้รับข้อมูลจากแพทย์แล้วว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นจะไม่หายขาด ผู้ดูแลในครอบครัวทุกรายจึงเริ่มที่จะจัดการกับความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์(Emotion-focused Forms of coping) ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลนำมาใช้เพื่อบรรเทาความไม่

สบายใจ หรือปรับอารมณ์ของตนเองให้กลับเข้าสู่สมดุล เมื่อประเมินแล้วว่าเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนั้นไม่สามารถแก้ไขได้

ผู้ดูแลในครอบครัวทุกรายที่ได้รับผลกระทบด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทล้วนแต่บอกเล่าถึงวิธีที่ตนใช้ในการปรับสภาพจิตใจของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Nehra, Chakrabarti, Kulhara, and Sharma (2005) ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจะใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ สอดคล้องกับคำกล่าวของ Magliano, Fadden, and Economou (1998) ที่ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมักจะเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการอารมณ์เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ซึ่ง Lazarus & Folkman (1984) ได้กล่าวว่า การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์นั้นจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแนวทางการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งวิธีที่ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ในการปรับสภาพจิตใจประกอบด้วยวิธีต่อไปนี้

### 3.1 การทำใจยอมรับ

ผู้ดูแลในครอบครัวตระหนักว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และไม่อาจละทิ้งหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้ สิ่งที่ผู้ดูแลหลักทำเมื่อต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วย คือ การทำใจยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Ip and Mackenzie (1998) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานาน ใช้การเผชิญปัญหาโดยการยอมรับต่อความบกพร่อง และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย และการศึกษาของ Chang and Horrocks (2006) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะใช้การทำใจยอมรับ เมื่อรู้สึกไร้ค่ากฎพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกเบื่อหน่าย

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำใจยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้แล้วเป็นผู้ที่มีพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นโดยปราศจากความรู้สึกทางลบ ในขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวที่กำลังพยายามทำใจยอมรับนั้นยังคงเกิดความรู้สึกทางลบจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่ง Carver, Scheier, and Wientraub (1989, อ้างถึงใน ภัทรสุดา ฮามอำไพ, 2538) ได้กล่าวว่า การยอมรับ เป็นการยอมรับความจริงตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บังถึงความพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ

### 3.2 การบอกตนเองให้เข้มแข็ง

ผู้ดูแลในครอบครัวจะเฝ้าเตือนตัวเองอยู่เสมอว่าตนเองต้องไม่อ่อนไหวไปกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ตนต้องเป็นเสาหลักของครอบครัว ต้องเข้มแข็ง จะอ่อนแอไม่ได้ ต้องเดินหน้าต่อไปอย่างระมัดระวัง วิธีนี้เป็น การบอกกับตนเอง (self talk) ซึ่ง Morin (1993) กล่าวว่า การบอกกับตนเองจะส่งผลให้บุคคลสร้างรูปแบบความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองในทิศทางที่เปลี่ยนไปอย่างมาก โดย Harris (1986 อ้างถึงใน Morin, 1993) กล่าวว่า การบอกกับตนเองนั้นมีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหา เป็นผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวหันหน้าเข้าสู่กับปัญหา ไม่หลีกเลี่ยง ท้อถอยหรือปล่อยให้ตนเองถูกครอบงำด้วยอารมณ์และความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้น

### 3.3 การยึดความเชื่อหรือหลักทางศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ

การปรับสภาพจิตใจด้วยวิธีนี้จัดเป็นการเผชิญความเครียดด้านการใช้จิตวิญญาณของตน (ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์, 2512 อ้างถึงใน เชื้ออารีย์ สาริกา, 2543) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับความคิดและการกระทำ เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตของตนได้ ค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต โดยผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวยึดความเชื่อหรือหลักทางศาสนาเป็นที่พึ่งใน 2 ลักษณะ คือ ยึดความเชื่อและหลักทางศาสนามาอธิบายที่มาของเหตุการณ์ และยึดเป็นแนวปฏิบัติตามความเชื่อและหลักทางศาสนา

ผลจากการวิจัยนี้พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวใช้ความเชื่อเรื่องกรรม และความเชื่อเรื่องอำนาจเหนือการควบคุม มาเป็นแนวทางในการอธิบายเหตุการณ์ที่มีญาติป่วยทางจิตและตนต้องมาทำหน้าที่ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Rammohan, Rao, and Subbakrishna (2008) ที่พบว่า ในช่วงระยะแรกที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคิดว่าการเจ็บป่วยนี้เป็นผลมาจากความเชื่อทางศาสนา เช่น มนต์ดำ หรือปีศาจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนนท์ ชันแข็ง (2548) ที่พบว่ามารดาคิดว่าการที่ต้องดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นเรื่องของเวรกรรมที่ตนเคยทำมาในอดีต ซึ่ง Kawanishi (2006) กล่าวว่า การที่มนุษย์เชื่อว่าเหตุการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้นั้นมีเหตุที่มาจากอำนาจที่เหนือธรรมชาติ จะทำให้มนุษย์ยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ง่าย

นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวยังปฏิบัติตามความเชื่อและหลักทางศาสนาของตน ได้แก่ การให้ทาน การสวดขอพรจากพระเจ้าที่ตนนับถือ และการศึกษาหลักทางศาสนา โดย

หวังผลจากการปฏิบัติเหล่านี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rammohan et al. (2008) และ Kawanishi (2006) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนมากมักจะใช้การสวดอ้อนวอนต่อพระเจ้า ซึ่ง Tix and Frazier (1998) ได้กล่าวว่าการสวดอ้อนวอน การปฏิบัติทางศาสนา และความเชื่อในศาสนา จะช่วยบรรเทาความเครียด ความทุกข์ รวมทั้งจะก่อให้เกิดความหวังในการเผชิญกับความเครียดในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Ip and Mackenzie (1998) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา จิตใจจะเกิดความสงบสุข บรรเทาความเจ็บปวด และช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความหวัง ซึ่งความหวังนี้เป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวคงการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป

### 3.4 การเปรียบเทียบความทุกข์ของตนกับผู้อื่น

การที่ผู้ดูแลในครอบครัวใช้การเปรียบเทียบสถานการณ์ความยากลำบากของตนกับบุคคลอื่น ๆ ที่มีความทุกข์เช่นเดียวกัน หรือมากกว่าตน จัดว่าเป็นการเปรียบเทียบทางสังคมจากเบื้องบนสู่เบื้องล่าง (Downward social comparison) คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลที่ด้อยกว่า กับบุคคลที่ประสบความล้มเหลว หรือมีความสุขน้อยกว่าตน ซึ่งผลการศึกษาของ Wheeler and Miyake (1992) พบว่า การที่บุคคลใช้การเปรียบเทียบจากเบื้องบนสู่เบื้องล่าง จะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิตของตนมากขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Aspinwall and Taylor (1993) ยังพบว่า หลังจากบุคคลที่มีการนับถือตนเองในระดับต่ำซึ่งเป็นบุคคลที่เกิดอารมณ์ทางลบต่อตนเองได้รับข้อมูลของผู้อื่นที่มีลักษณะด้อยกว่าตนแล้ว บุคคลนั้นจะนำข้อมูลที่ได้รับมาปรับอารมณ์ของตนเองให้ดีขึ้น ด้วยเหตุนี้เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าการที่ตนกำลังเผชิญอยู่นั้น ไม่สามารถแก้ไขได้ จึงพยายามหาวิธีการที่จะทำให้ตนรู้สึกดีขึ้น ซึ่งการเปรียบเทียบนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่ายังมีคนอื่นอีกมากมายที่มีปัญหารุนแรงกว่าที่ตนต้องเผชิญ และเกิดกำลังใจว่าเมื่อคนเหล่านั้นยังสามารถต่อสู้และใช้ชีวิตอยู่ได้ ตนก็ต้องใช้ชีวิตอยู่และทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้

การอธิบายผลการศึกษาข้างต้นเป็นการอธิบายแบบแยกส่วนเพื่อประโยชน์ในการทำ ความเข้าใจ แต่ในความเป็นจริงแล้วประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละ ประเด็นมีความเชื่อมโยง และส่งผลต่อกันและกัน โดยการที่ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ว่าคุณติของตนป่วยทางจิตจนกระทั่งการให้การดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึก และความคิดที่เป็นลบ เป็นผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเรียนรู้ที่จะปรับสภาพจิตใจของตนเพื่อให้เกิด เข้าสู่สมดุล สภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวจึงค่อยๆ ดีขึ้น แต่ก็ยังคงเกิดจิตใจที่เป็นทุกข์อยู่บ้าง เป็นระยะ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีสภาพจิตใจที่ขึ้นลงเป็นวงจรระหว่างจิตใจที่เป็นสุขและเป็นทุกข์

กล่าวโดยสรุป ข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งละเอียดอ่อน และซับซ้อน ซึ่งความรู้สึก และความคิดที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลาของการดูแลและระยะการคงอยู่ของแต่ละความรู้สึกจะแตกต่างกัน แต่สิ่งที่เหมือนกันคือ ความรู้สึก และความคิดที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงจะมีทั้งด้านบวกและด้านลบ รวมทั้งเป็นสิ่งที่ผ่านกระบวนการรับรู้ การคิดประเมินสถานการณ์ และการพยายามที่จะนำประสบการณ์หรือการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นมาเป็นข้อมูลในการที่จะทำให้เหตุการณ์อันเป็นเหตุของความทุกข์ใจ คลี่คลายลง และทำให้จิตใจของตนดีขึ้นอยู่ตลอดเวลา ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ บางส่วนอาจสอดคล้องกับแนวคิดหรือการวิจัยที่ผ่านมา แต่ผลการวิจัยบางส่วนก็เป็นลักษณะที่พบได้จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นเพียงบางส่วนของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยนี้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นผู้ที่อยู่อาศัยในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยาเท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงแสดงถึงประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น ไม่อาจอ้างอิงข้อมูลที่ได้เพื่อใช้อธิบายประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดได้
2. ข้อมูลที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยข้อมูลในปัจจุบัน และข้อมูลย้อนหลังจากความทรงจำของผู้ให้ข้อมูลหลัก ข้อมูลบางส่วนจึงต้องใช้เวลาในการให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อขยายผลในเรื่องของประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละช่วงเวลาอย่างละเอียด โดยใช้วิธีการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น



2. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล ซึ่งเป็นความเข้มแข็งภายในที่ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำตนเองผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากช่วงหนึ่งของชีวิต เพื่อจะได้ทำการส่งเสริมและพัฒนาลักษณะบุคลิกภาพนี้ให้เข้มแข็ง เป็นการดึงศักยภาพที่มีในตัวของผู้ดูแล

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย รวมถึงนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นความรู้เบื้องต้นในการออกแบบโปรแกรมหรือกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมถึงการดูแล การฟื้นฟู และการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีต่อตัวบุคคล ได้แก่ ต่อตัวผู้ป่วย และต่อตัวผู้ดูแลในครอบครัวเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าอารมณ์ ความรู้สึกลักษณะนี้เป็นสิ่งที่บั่นทอนสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างลึกซึ้ง และคงอยู่ในใจของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นระยะเวลายาวนานกว่าอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งจะค่อยๆ ลดน้อยลงเมื่อเวลาผ่านไป

2. ควรมีการเผยแพร่ข้อมูล และการให้ความรู้อันถูกต้องเกี่ยวกับลักษณะอาการและวิธีการรักษาหรือดูแลผู้ป่วยจิตเภทแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงโดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในพื้นที่นอกเขตเมือง เนื่องจากข้อมูลอันถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทนี้เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์และการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างถูกวิธีที่โรงพยาบาลของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวขาดความรู้จึงประเมินสถานการณ์ในทางลบ และไม่ได้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ผู้ป่วยจึงมีอาการมากขึ้นตามลำดับ ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความอารมณ์ รุ้สึกทางในลบ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กาญจนา ชัยเจริญ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. (2008)., จาก  
[http://www.bcnlp.ac.th/ebook/2008/home\\_health.pdf](http://www.bcnlp.ac.th/ebook/2008/home_health.pdf)

เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิรพันธ์ ชันแข็ง. (2548). ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชะอุทธิ์ พงษ์อนุตรี. (2531). การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยจิตเภท. สมาคมจิตเภทแห่งประเทศไทย (กรกฎาคม-กันยายน), 99-105.

ชาย โปธิสิตา. (2550). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน).

ณัฐยา พรหมบุตร. (2545). สุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดาวรุ่ง หนูแก้ว. (2546). ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปรับตัวและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต

และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทีปประทีน สุขเขียว (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. (2534). การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปัทมา ทับเสรีฟูไท. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนตัว การสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พระธรรมโกศาจารย์(พุทธทาสภิกขุ). (2549). คู่มือมนุษย์(ฉบับสมบูรณ์). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุภาพใจ.

พัชรินทร์ อรุณเรือง. (2545). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการฟื้นฟูพลังและกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัสดราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภัทรสุดา สามอำไพ.(2538). ผลของการปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2544). *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: สหวิทยาการพิมพ์.
- ยอดสร้อย วิเวกรรณ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *รามาริบัติพยาบาลสาร* 1, 43-52.
- รจนา ปุณโณทก. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรกช นิธิกุล. (2535). *การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมาลา เจริญชัย. (2545). *พฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *คู่มือจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภางค์ จันทวนิช. (2550). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอื้ออารีย์ สาริกา. (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Addington, J., Coldham, E. L., Jones, B., Ko, T., & Addington, D. (2003). The first episode of psychosis: The experience of relatives. *Acta Psychiatr Scand*, *108*, 285-289.
- Angermeyer, M. A., Bull, N., Bernert, S., Dietrich, S., & Kopf, A. (2006). Burnout of caregivers: A comparison between partners of psychiatric patients and nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, *20*(4), 158- 165.
- Aspinwall, L. G. & Taylor, S. E. (1993). Effects of social comparison direction, threat, and self-esteem on affect, self-evaluation, and expected success. *Journal of personality and social psychology*, *64*(5), 708-722.
- Chadda, R. K., Singh, T. B., & Ganguly, K. K. (2007). Caregiver burden and coping: A prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patient with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*, 923-930.
- Chang, K. H., & Horrocks, S. (2006). Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *Journal of Advanced Nursing*, *53*(4), 435-443.
- Convinsky, K. E., Goldman, L., & Cook, E. F. (1994). The impact of serious illness on patients' families. SUPPORT investigators. Study for Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *JAMA*, *272*(23), 1839-1844.
- Dyck, D. G., Short, R., & Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*, *61*, 411-419.
- Eakes, G. G. (1995). The lived experience of patients of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, *9*(2), 77-84.
- Grandon, P., Jenaro, C., & Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry research*, *158*, 335-343.

- Hinrichsen, G. A. & Lieberman, J. A. (1999). Family attributions and coping in the prediction of emotional adjustment in family members of patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 359-366.
- Hou, S-Y., Ke, C-L. K., Su, Y-C., Lung, F-W., & Huang, C-J. (2008). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 62, 508-514.
- IP, G. S. H. & Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The experience of family carers in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 288-294.
- Kawanishi, Y. (2006). *Families coping with mental illness: Stories from the U. and Japan*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Lauber, C., Eichenberger, A., Luginbuhl, P., Keller, C., & Rossler, W. (2003). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 18, 285-289.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Li, J., Lambert, C. E., & Lambert, V. K. (2007). Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China. *Nursing and Health Sciences*, 9, 192-198.
- Lim, Y. M. & Ahn, Y. H. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research*, 16(2), 110-117.
- Lowyck, B., De Hert, M., Peters, E., Wampers, M., Gilis, P., & Peuskens, J. (2004). A study of family burden of 150 members of schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 19, 395-401.
- Lubkin, I. M. (1995). *Chronic illness: Impact and interventions* (3<sup>rd</sup> ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.

- Magliano, L., Fadden, G., & Economou, M. (1998). Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 413-419.
- Matlin, M. W. (1999). *Psychology* (3<sup>rd</sup> ed.). Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers.
- McDonnell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., & Dyck, D. G. (2003). Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Family Process*, 42(1), 91-103.
- Morin, A. (1993). Self-talk and self-awareness: On the nature of the relation. *The Journal of Mind and Behavior*, 14(3), 223-234.
- Nehra, R., Chakrabarti, S., Kulhara, P., & Sharma, R. (2005). Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia: A re-examination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 329-336.
- Provencher, H. L. & Mueser, K. T. (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 26, 71-80.
- Rammohan, A., Rao, K., & Subbakrishna, D. K. (2008). Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(5), 356-362.
- Roick, C., Heider, D., Toumi, M., & Angermeyer, M. C. (2006). The impact of caregivers characteristics, patients' conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: A longitudinal analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 114, 363-374.
- Shankar, J. & Muthuswamy, S. S. (2007). Support needs of family caregivers of people who experience mental illness and the role of mental health services. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 88(2), 302-310.

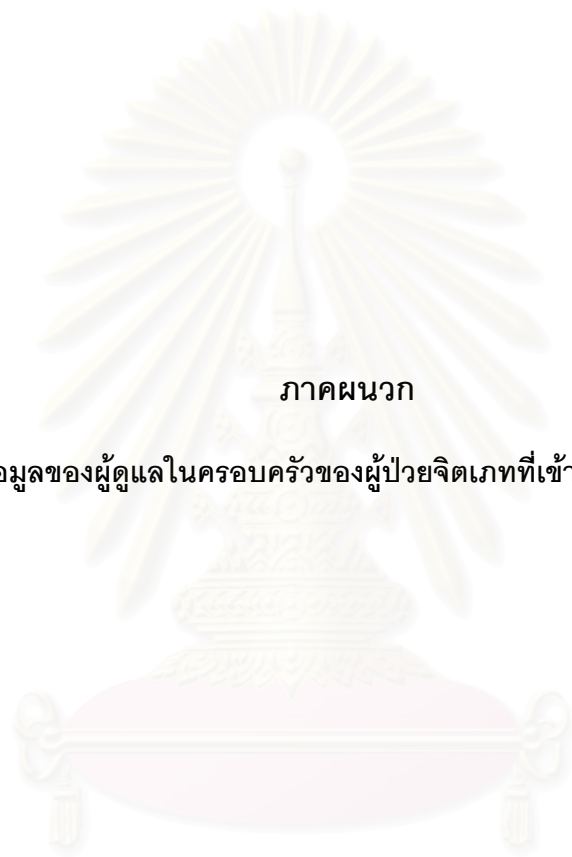
TIX, A. P. & Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation and mediation. *J Con Clin Psychol*, 66, 411-422.

Wheeler, L. & Miyake, K. (1992). Social comparison in everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(5), 760-773.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก

ข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อมูลของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการวิจัย

### สรุปบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท : ID.1

เพศ หญิง	อายุ 66 ปี	
สถานภาพ สมรส	อาชีพ แม่บ้าน	ศาสนา อิสลาม
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มารดา	จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแล 1 คน	
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 14 ปี	อายุผู้ป่วย 30 ปี	

### ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลแต่งงานแล้ว มีบุตรทั้งหมด 4 คน เป็นลูกสาว 3 คน และลูกชายคนเล็ก 1 คน ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผู้ให้ข้อมูลดูแล คือ ลูกชายคนเล็ก ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งปัจจุบัน โดยมีสามีเป็นผู้ช่วยในการดูแล แต่เมื่อ 4 ปีที่แล้วสามีป่วยเป็นอัมพฤกษ์ ผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วย 2 คน คือ ลูกชายซึ่งเป็นโรคจิตเภท และสามีซึ่งเป็นอัมพฤกษ์

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอยู่บ้านร่วมกับลูกชาย และสามี 3 คน ส่วนลูกสาว 3 คนได้แยกย้ายออกไปอยู่กับครอบครัวของตนเองในอำเภอพระนครศรีอยุธยาซึ่งไม่ไกลจากบ้านของผู้ให้ข้อมูล 2 คน และอยู่กรุงเทพ 1 คน โดยลูกสาวคนโตจะเป็นผู้พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลอายุมากขึ้นประกอบกับมีอาการปวดเข่า และเป็นโรคความดัน แต่ถ้าผู้ป่วยอาการกำเริบมากจนต้องนำส่งโรงพยาบาลศรีธัญญาลูกสาวที่อยู่กรุงเทพจะช่วยดูแลโดยการไปเยี่ยมที่โรงพยาบาล

ฐานะของครอบครัว อยู่ในระดับพอมีพอใช้ บางช่วงก็ไม่พอ โดยลูกสาวทั้ง 3 คนจะเป็นผู้ส่งเงินให้ผู้ดูแล เป็นจำนวนเงินไม่คงที่ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับรายได้ของแต่ละครอบครัว

### ข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษาของผู้ป่วย

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเมื่อประมาณปี 2536 อาการเริ่มต้น มีอาการง่วงคอค้าง เดินออกนอกบ้าน เพื่อ หูแว่วว่ามีคนจะมาทำร้าย แก้วผ้า และอาละวาด จะทำร้ายผู้อื่นรวมถึงพ่อแม่ โดยใช้อาวุธร่วมด้วย เช่น มีด พังบ้าน พังห้องน้ำ ไม่พูดไม่จา ในระยะที่มีอาการดังกล่าวนี้ผู้ให้ข้อมูลได้พาผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีพื้นบ้าน และวิธีทางไสยศาสตร์ เช่น พาไปรดน้ำมนต์ ไปหาหมอมือ เมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นจึงนำเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลศรีธัญญา เมื่ออาการหายเป็นปกติ ผู้ป่วยได้แต่งงานพร้อมทั้งทำงานค้าขาย ต่อมามีอาการกำเริบเป็นมากขึ้นผู้ให้ข้อมูลจึงนำผู้ป่วยเข้ารับการ

รักษาที่โรงพยาบาลศรีรัษฎาอีกครั้งและรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จนกระทั่งปัจจุบัน

อาการปัจจุบัน อยู่ในระยะหลงเหลือ คือ มีอาการกำเริบเป็นระยะๆ แต่ไม่มีอาการกำเริบ มาเป็นเวลา 6-7 เดือนแล้ว สามารถช่วยแม่ทำงานเล็กๆน้อยๆได้ เช่น เด็ดพริก ช่วยดูแลหลาน ดูแลพ่อบ้าง และหาข้าวทานเองรวมทั้งทำกับข้าวง่ายๆทานเองได้

### สภาพจิตใจเมื่อรับรู้ว่ามีอาการทางจิต

ผู้ดูแลรู้สึกเสียใจที่ลูกชายป่วยมีอาการทางจิต เนื่องจากลูกชายก็ขยันทำมาค้าขาย รวมทั้งตนก็ไม่รู้มาก่อนว่าลูกชายเสพยาบ้า มารู้เมื่อลูกชายมีอาการทางจิตแล้ว ความรู้สึกแรกที่เกิดขึ้นในใจ คือ เสียใจ และผู้ให้ข้อมูลยังรู้สึกสงสารที่ลูกต้องมาป่วยมีอาการทางจิต

### เหตุผลในการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

ความเป็นแม่เมื่อลูกป่วยจึงต้องดูแล สายใยของความเป็นแม่-ลูก ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถที่จะตัดใจทิ้งลูกไปได้ และพยายามอย่างเต็มที่ในการหาทางรักษาลูกให้หาย รักษาทุกวิธีไม่ว่าจะเหนื่อย หรือใช้เงินมากเท่าไร เมื่อรู้ว่าโรคที่ลูกเป็นไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ด้วยความรู้สึกของผู้เป็นแม่ทำให้ผู้ดูแลตัดสินใจที่จะดูแลผู้ป่วยไปจนกว่าที่ตนจะตาย

### สภาพจิตใจภายหลังรับหน้าที่ดูแล

ระยะแรกเริ่มมีอาการและระยะอาการกำเริบ ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาไม่มากนักที่อาการค่อยๆรุนแรงขึ้นนั้นผู้ให้ข้อมูลต้องหยุดงานที่ทำในตอนนั้น คือ การค้าขาย มาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และไม่เพียงแต่ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นแม่เท่านั้น พ่อและพี่สาวก็ต้องหยุดงานมาช่วยดูแลด้วยเช่นกัน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลคนเดียวไม่สามารถดูแลได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกลุ่มใจที่ตนเอง รวมทั้งสามีและลูกไม่สามารถออกไปทำงาน รายได้จึงไม่มี เพื่อหารายได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องออกไปค้าขาย แม้ว่าจะออกไปทำงานใจก็มักเป็นห่วงลูก ในขณะเดียวกันเมื่อกลับจากค้าขายในตอนกลางวันก็ต้องมาดูแลลูกต่อในตอนกลางคืน ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเหนื่อย และเป็นงานที่หนัก เนื่องจากอาการของผู้ป่วยไม่รู้ว่าจะทำเริบหนักเมื่อใด และตนเองจำเป็นต้องออกไปค้าขายเพราะนอกจากจะนำเงินมาใช้จ่ายในครอบครัวแล้วยังต้องหาเงินเป็นจำนวนมากในการรักษาผู้ป่วย ในบางครั้งก็รายได้ไม่พอ ผู้ให้ข้อมูลหาเงินด้วยการเล่นแชร์เพื่อนำเงินไปเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย และ

หาเงินใช้หนี้ภายหลัง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดในการหาเงินเพื่อรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้เวลาที่ผู้ป่วยอาการกำเริบจะไม่รู้ว่าใครเป็นพ่อเป็นแม่ก็จะด่าทอ และจะทำร้ายร่างกาย จึงก่อให้เกิดความกลัวแก่ผู้ให้ข้อมูลด้วย

ระยะหลงเหลือ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลผ่านช่วงที่หนักของการดูแลมาแล้ว คือ ช่วงที่ผู้ป่วยอาการกำเริบ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกชินกับการดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกสบายใจ ร่วมกับอายุของผู้ให้ข้อมูลที่อายุเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมากทำให้ผู้ให้ข้อมูลหมดหวัง และคิดว่าเมื่อตนตายไปลูกๆ คนอื่นก็จะดูแลผู้ป่วยต่อไป แต่อีกอดหวังไม่ได้ว่าถึงจะมีลูกคนอื่น ๆ ซึ่งก็คือพี่สาวของผู้ป่วยดูแลอย่างไร ก็คงจะไม่เหมือนกับผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นแม่ดูแล

### การปรับสภาพจิตใจของตนเอง

เมื่อผู้ให้ข้อมูลพยายามทุกวิถีทางแล้วแต่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงทำใจว่าผู้ป่วยจะไม่หาย รวมทั้งใช้เรื่องกรรมมาเป็นสิ่งอธิบายความเป็นมาเป็นไปของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเพราะชาติก่อนตนคงจะเคยทำกรรมไว้มาก จึงมาส่งผลในชาตินี้ และแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกเครียด เหนื่อยหนัก และตนเองจะป่วยบ้างแต่ก็พยายามที่จะทำใจของตนเองให้เข้มแข็งไว้ เนื่องจากคิดว่าถ้าตนเองอ่อนแอไปอีกคนก็จะไม่มีใครดูแลลูกและสามี

### สรุปบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท : ID.2

เพศ หญิง

อายุ 57 ปี

สถานภาพ สมรส(สามีเสียชีวิต) อาชีพ ค้าขาย(ขายน้ำ) ศาสนา อิสลาม

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มารดา จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแล 3 คน

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 10 กว่าปี อายุผู้ป่วย 30 กว่าปี 1 คน, 20 เกือบ 30 ปี 2 คน ตามลำดับ(ผู้ให้ข้อมูลจำแนกไม่ได้)

### ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลแต่งงานแล้ว มีบุตรทั้งหมด 11 คน เป็นลูกชาย 4 คน และลูกสาว 7 คน ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ผู้ให้ข้อมูลดูแล คือ ลูกชายคนโต ลูกชายคนที่สาม และลูกชายคนที่ห้า รวม 3 คน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 คนตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งปัจจุบัน โดยช่วยกันดูแลร่วมกับสามีซึ่งเป็นครู โดยแต่ก่อนสามีจะเป็นผู้พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากเป็นครูโรงเรียนประจำ

ตำบล นักเรียนไม่มากนัก ทำให้สะดวกมากกว่าผู้ให้ข้อมูลซึ่งต้องค้าขาย แต่เมื่อสามีเสียชีวิต ด้วยโรคหัวใจเมื่อ 3 ปีที่แล้ว ผู้ให้ข้อมูลจึงเป็นผู้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอยู่ร่วมกับบุตรชายที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท 3 คน ลูกสาวซึ่งทำงานเป็นครู อยู่ที่โรงเรียนอาชีวะ และลูกสาวคนเล็กซึ่งกำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 รวม 6 คน ลูกอีก 6 คนไปเช่าบ้านอยู่ที่จังหวัดนนทบุรี เรียนระดับปริญญาตรีที่ธรรมศาสตร์และพระจอมเกล้าพระนครเหนือ 2 คน เรียนนักเรียนช่างทหารอากาศ 1 คน และจบชั้นปริญญาตรี ทำงานแล้ว 3 คน ซึ่งทำงานโรงงาน และทำอยู่ร้านโฮมโปร

ฐานะของครอบครัวอยู่ในระดับพอมีพอใช้ และในหลายช่วงที่ไม่พอ โดยค่าใช้จ่ายในบ้าน ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและของลูกสาวคนเล็ก จะมาจากรายได้จากการขายน้ำในโรงเรียนประจำ ตำบลของผู้ให้ข้อมูลซึ่งมีกำไรเพียงเล็กน้อย รวมกับรายได้ของลูกสาวซึ่งทำงานเป็นครูและรายได้จากลูกสาวอีก 3 คนที่ทำงานอยู่จังหวัดนนทบุรีซึ่งแบ่งเงินให้ไม่มากนักให้ซึ่งไม่มากนัก เนื่องจากมีรายจ่ายที่มากกว่าที่รายได้มีไม่มากนักทำให้ฐานะทางบ้านค่อนข้างค่อนข้างขัดสน

### ข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษาของผู้ป่วย

#### ลูกชายคนที่ 1

อาการเริ่มต้น หัวเราะคนเดียว บางครั้งร้องไห้ บางครั้งร้องไห้แล้วก็หัวเราะ ไม่ใส่เสื้อผ้า หวาดระแวงคิดว่ามีคนจะมาทำร้าย ผู้ให้ข้อมูลและสามีจึงนำเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

อาการปัจจุบัน ไม่มีอาการหวาดระแวง และหัวเราะ แต่ยังไม่สามารถดูแลตัวเองได้ผู้ให้ข้อมูลต้องคอยถามว่าอาบน้ำหรือยังให้ไปอาบน้ำ บางครั้งต้องอาบน้ำให้ แปรงฟันให้ คอยบอกให้เปลี่ยนเสื้อผ้า ตัดเล็บให้ ซักผ้าให้ พาไปตัดผม ตัดผมให้ กัดข้าวไว้ให้ทาน ไม่ค่อยออกจากบ้าน และสูบบุหรี่

#### ลูกชายคนที่ 3

อาการเริ่มต้น คลั่ง อาละวาด คิดว่าคนจะมาทำร้าย หูแว่ว ทำลายข้าวของ เช่น ทิ้ง 4-5 เครื่อง วิทยุ หม้อหุงข้าว ผู้ให้ข้อมูลและสามีจึงนำเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

อาการปัจจุบัน ไม่มีอาการอาละวาด คิดว่าคนจะมาทำร้าย หูแว่ว หรือทำร้ายข้าวของ ตอนนี้อยู่คนเดียว 4 ตัว โดยพาออกไปเลี้ยงตามทุ่งทุกวัน พูดจากรู้อึ้งแต่จะคอยถามคำถามเดิมทุกวัน เช่น ถามผู้ให้ข้อมูลว่าเย็นนี้จะทำอะไรให้ทาน และถ้าพูดคุยกับใครแล้วไม่ได้คำตอบก็จะไม่ไปไหน

จะถามคำถามหรือพูดประโยคเดิมซ้ำๆ เช่น เมื่อจะนำข้าวออกไปเลี้ยงก็จะบอกผู้ให้ข้อมูลว่า “ไปแล้วนะ” ถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่ตอบว่า “เออรู้แล้ว” หรืออะไรทำนองนี้ ผู้ป่วยก็จะไม่ไปและจะพูดว่า “ไปแล้วนะ” เรื่อยๆ จนกว่าผู้ให้ข้อมูลจะตอบ

### ลูกชายคนที่ 5

อาการเริ่มต้น ไม่พูดกับใคร หงุดหงิด คิดว่ามีคนจะมาทำร้ายแต่ไม่ทำร้ายใครผู้ให้ข้อมูลจึงนำเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจนกระทั่งปัจจุบัน

อาการปัจจุบัน ไม่มีอาการใดๆ สามารถไปทำงานได้ โดยในขณะที่สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยไปทำงานรับจ้างทาสีได้ 10 กว่าวันแล้ว

### **สภาพจิตใจเมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยมีอาการทางจิต**

เมื่อลูกชายคนที่ 1 มีอาการป่วยทางจิตผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเสียใจเป็นอย่างมาก รวมทั้งรู้สึกหมดหวังจากที่เคยตั้งความหวังว่าลูกเรียนจบ มีงานทำดีๆ ก็เป็นไปได้แล้ว

เมื่อลูกชายคนที่ 1 อาการเริ่มดีขึ้น ลูกชายคนที่ 2 ก็มาป่วยด้วยโรคเดียวกันอีกทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเสียใจมากยิ่งขึ้น ประกอบกับช่วงที่ลูกชายคนที่ 2 นี้ สามีซึ่งป่วยเป็นโรคหัวใจก็เข้ารับการรักษาอยู่โรงพยาบาลเช่นเดียวกันจึงส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเครียดมากยิ่งขึ้น

ภายหลังจากสามีเสียชีวิตแล้วลูกชายคนที่ 3 ก็เริ่มมีอาการทางจิต แต่เป็นอาการยังไม่รุนแรงนัก เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์จึงพาไปรับการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการ เมื่อลูกชายคนที่ 3 ป่วยทางจิต ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกทรมานใจ เนื่องจากความเป็นแม่แต่มีลูกชายป่วยมีอาการทางจิตถึง 3 คนดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ทรมานมากเลยหมอบอกไม่ถูก”

### **เหตุผลในการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย**

ด้วยความเป็นแม่แม้ว่าลูกจะเป็นอย่างไรก็ไม่สามารถที่จะทิ้งลูกได้ ประกอบกับก่อนที่สามีจะเสียชีวิตก็ได้ฝากลูกไว้กับผู้ให้ข้อมูลโดยบอกว่า “เราให้เขาเกิดมาแล้วทำให้เขาไปเถอะ” หมายถึงให้ดูแลอย่างดี ด้วยความรู้สึกลูกผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามหาทางรักษาผู้ป่วยรวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดเท่าที่ตนจะทำได้ รวมทั้งคิดว่าจะดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งตนจะเสียชีวิต

## สภาพจิตใจภายหลังรับหน้าที่ดูแล

ระยะแรกเริ่มมีอาการและระยะอาการกำเริบ เมื่อลูกชายคนที่ 1 มีอาการในระยะนี้นั้นผู้ให้ข้อมูลยังมีสามีช่วยในการดูแล เมื่อคนหนึ่งไม่ไหวอีกคนก็จะทำหน้าที่นี้แทนสลับกัน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกยังมีกำลังใจอยู่ ความรู้สึกด้านลบจึงยังไม่เด่นชัด

แต่ความรู้สึกของผู้ดูแลจะเข้มข้นเมื่อลูกชายคนที่ 2 ป่วยเนื่องจากเป็นช่วงที่สามีซึ่งป่วยด้วยโรคหัวใจต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ ความรู้สึกเครียดจึงเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลต้องรับผิดชอบหลายอย่าง ทั้งการค้ำขายซึ่งไม่อาจหยุดได้ ไม่เช่นนั้นครอบครัวก็จะมีรายได้อันช่วงนั้นลูกๆก็เรียนหนังสือ รายได้จึงมาจากการค้ำน้ำเท่านั้น อีกทั้งต้องดูแลลูกชายซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภทถึง 2 คน ร่วมกับการต้องดูแลค่าใช้จ่ายสามีซึ่งนอนอยู่ที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังต้องดูแลบ้านในฐานะแม่บ้าน ความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูล เครียดมากดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “แทบจะบ้า” นอกจากความเครียดแล้วผู้ให้ข้อมูลยังมีความเสียใจที่ลูกป่วย ความน้อยใจในโชคชะตาที่ว่าตนเองจนแล้วลูกชายยังมาป่วยด้วยโรคเช่นนี้อีก ความรู้สึกต่างๆเหล่านี้รวมกันส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ อยากตาย นับว่าช่วงที่ให้การดูแลลูกชายคนที่ 2 นี้เป็นช่วงที่หนักและเหนื่อยมาก ผู้ให้ข้อมูลก็นึกอยู่ว่าตนเองผ่านช่วงนี้มาได้อย่างไร

เมื่อลูกชายคนที่ 3 ป่วยด้วยโรคเดียวกันอีกคน ความรู้สึกที่เข้มข้นอย่างเห็นได้ชัด คือ ความทรมานใจของผู้เป็นแม่ ความรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเอง เป็นห่วงผู้ป่วยการที่มีลูกป่วยด้วยโรคนี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ว่าจะทำอะไรก็จะนึกถึงผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ว่าผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร ทำให้ไม่ค่อยที่จะทิ้งผู้ป่วยไปไหน นอกจากนี้เวลาที่ผู้ป่วยอาการกำเริบผู้ป่วยซึ่งเป็นลูกคนที่ 1 จะไม่ใส่เสื้อผ้า ใส่กางเกงชั้นในตัวเดียวเดินออกมานอกบ้าน และพฤติกรรมอื่นๆอีกของผู้ป่วยคนอื่น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความอับอายจนบางครั้งไม่อยากจะออกไปนอกบ้าน

ระยะหลงเหลือ ในระยะอาการกำเริบผู้ป่วยจำไม่ยอมทานยา เมื่อผู้ป่วยยอมทานยาเองทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสบายใจขึ้น และแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ยอมทานยาแต่ถ้าผู้ป่วยอาการไม่กำเริบ นอนหลับดีผู้ป่วยก็จะสบายใจ แม้ว่าปัจจุบันผู้ป่วยจะอาการดีขึ้นแต่ผู้ป่วยก็ยังอดเป็นห่วงไม่ได้ว่าเมื่อตนเสียชีวิตไปผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร จึงฝากฝังให้ลูกคนอื่นๆดูแลผู้ป่วยเมื่อตนเสียชีวิตไป

การที่ต้องดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานแม้ว่าผู้ป่วยอาการจะดีขึ้นแล้ว แต่ก็ยังไม่เป็นเหมือนคนปกติผู้ให้ข้อมูลยังคงต้องดูแลราวกับยังเป็นเด็ก การดูแลอย่างมากและทำอย่างจำเจส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อกับการต้องดำรงชีวิตเช่นนี้ แม้ว่าจะพยายามทำใจแล้วก็ตาม

## การปรับสภาพจิตใจของตนเอง

การที่มีลูกป่วยด้วยโรคจิตเภทถึง 3 คน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกน้อยใจในชะตาชีวิตของตนเองเป็นอย่างมาก และเกิดคำถามในใจว่าเพราะเหตุใดตนต้องมาเจอกับเหตุการณ์เช่นนี้ เมื่อตอบตนเองไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามที่จะทำใจยอมรับกับชะตาชีวิตของตนเองโดยคิดว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นพระเจ้าเป็นผู้ดลบันดาลให้เกิดขึ้นจึงต้องยอมรับ และด้วยความเชื่อในเรื่องพระเจ้าเมื่อคิดว่าพระเจ้าเป็นผู้ทำให้เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจึงหาที่พึ่งทางใจโดยการขอพรจากพระเจ้าทุกวัน เมื่อทำแล้วก็สบายใจขึ้นและรู้สึกว่ที่ตนได้ขอพระเจ้าไปนั้นสักวันพระเจ้าต้องบันดาลให้ และเมื่อผู้ป่วยยอมทานยาเอง อาการดีขึ้นผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่พระเจ้าบันดาลให้ตามที่ตนขอ

## สรุปบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท : ID.3

เพศ หญิง อายุ 56 ปี  
 สถานภาพ สมรส อาชีพ ค้าขาย(ขายแกง) ศาสนา อิสลาม  
 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย น้องสาว จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแล 1 คน  
 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 10 กว่าปี อายุผู้ป่วย 59 ปี

## ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยมีกันอยู่ 2 คนพี่น้อง ผู้ให้ข้อมูลเป็นน้องสาวเพียงคนเดียวของผู้ป่วย ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่อายุ 16-17 ปี ตอนนั้นผู้ให้ข้อมูลซึ่งมีอายุน้อยกว่าผู้ป่วย 2 ปียังเด็ก อยู่ จึงเป็นเพียงผู้ช่วยแม่ในการดูแลผู้ป่วยในการพาผู้ป่วยไปรักษาตามที่ต่างๆ และไปเยี่ยมที่โรงพยาบาล จนกระทั่งเมื่อสิบกว่าปีที่แล้วแม่เสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลจึงเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอยู่บ้านร่วมกับลูกสาว 2 คน ลูกชายอีก 1 คน และครอบครัวของลูกสาว ซึ่งแต่งงาน มีลูกแล้วแต่ยังคงอยู่กับแม่ 1 ครอบครัว รวม 7 คน โดยที่ผู้ป่วยเพิ่งย้ายออกไปอยู่บ้านของตนเองที่แม่ให้ไว้ก่อนตายซึ่งอยู่ติดกันกับบ้านของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากบ้านของผู้ให้ข้อมูลคับแคบ และบางครั้งเวลาผู้ป่วยอาการกำเริบ ผู้ป่วยจะอาละวาดทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลัวว่ผู้ป่วยจะทำร้ายหลานซึ่งยังเป็นเด็กเล็กอยู่ แม้ว่าผู้ป่วยจะย้ายไปนอนบ้านของตนเอง แต่ผู้ป่วยก็ยังคงต้องมาทานข้าว ทานยาที่บ้านผู้ให้ข้อมูลทุกมื้อ รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลเป็นคนทำความสะอาดบ้าน ดูแลบ้าน และซักผ้า รวมทั้งให้เงินค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย



ฐานะของครอบครัวอยู่ในระดับพอมีพอใช้ไม่ถึงกับขัดสน เนื่องจากลูกๆ ให้เงินแก่ผู้ให้ข้อมูล แม้ว่าปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลจะไม่ค่อยได้ไปขายแกงแล้วก็ตาม ก็ยังพอมีเงินใช้ไม่ขัดสน แม้จะมีไม่มากก็ตาม

### ข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษาของผู้ป่วย

ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่อายุ 16-17 ปี โดยมีอาการเริ่มแรกผู้ป่วยจะไม่พูดเลย แล้วอาละวาดทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายข้าวของ แม่ของผู้ให้ข้อมูลจึงพาผู้ป่วยไปหาหมอเป่า รักษาทางไสยศาสตร์ พกคาถาอาคม เมื่อเห็นว่าไม่หาย ประกอบกับได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา แม่และผู้ให้ข้อมูลจึงพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทางที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ระยะหลงเหลือ ปัจจุบันผู้ป่วยพูดคุ้ยรู้เรื่อง สามารถดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรส่วนตัวได้ แต่ไม่ช่วยงานบ้านอะไร ไม่สามารถทำงานได้ ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งแรก ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าผู้ป่วยกำลังอาละวาดอยู่ที่บ้าน แต่เมื่อผู้สัมภาษณ์ไปเยี่ยมที่บ้านพร้อมกับพยาบาลแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบว่าผู้ป่วยพูดคุ้ยรู้เรื่องดี ไม่มีอาการอาละวาด แต่เมื่อผู้สัมภาษณ์ได้ติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อจะขอสัมภาษณ์ในครั้งที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าว่าตอนนี้ได้นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาแล้ว เนื่องจากจุดไฟในบ้านตนเอง ไฟเกือบไหม้บ้าน แต่ลูกเขยสามารถดับได้ทัน

### สภาพจิตใจเมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยมีอาการทางจิต

เนื่องจากตอนที่ผู้ป่วยมีเริ่มอาการทางจิต ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นน้องสาว อายุยังน้อยเพียง 14-15 ปีเท่านั้น จึงไม่มีความรู้สึกใดนอกจากความกลัว กลัวว่าจะถูกผู้ป่วยทำร้ายเวลาที่ผู้ป่วยอาละวาด

### เหตุผลในการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

การตัดสินใจทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของผู้ให้ข้อมูลนั้นเนื่องมาจากหลายสาเหตุผสมกัน สาเหตุหลัก ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยมีกันอยู่ 2 คนพี่น้อง การที่ถูกเลี้ยงดูมาด้วยกันแม้ว่าพี่ชายจะป่วยเป็นโรคจิตเภทก็ตาม และการที่เวลาแม่พาผู้ป่วยไปรักษา ก็พาผู้ให้ข้อมูลไปด้วย ประกอบกับที่แม่สั่งเสียผู้ให้ข้อมูลไว้ก่อนตายว่าให้ดูแลและแบ่งปันให้

พี่ชายด้วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยภายนอก คือ ผู้คนรู้จักที่อยู่ละแวกบ้านใกล้เคียงกันอาจจะ ตำนานว่าผู้ป่วยเป็นคนไม่ดี ถ้าไม่ดูแลพี่ชาย สิ่งเหล่านี้รวมกันทำให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจดูแลผู้ป่วย และคิดว่าจะดูแลผู้ป่วยจนตาย

### สภาพจิตใจภายหลังรับหน้าที่ดูแล

ระยะแรกเริ่มมีอาการและระยะอาการกำเริบ ในช่วงแรกที่ผู้ให้ข้อมูลช่วยแม่ในการดูแล พี่ชาย เนื่องจากยังเด็กอยู่ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีความรู้สึกใดนอกจากความกลัว แต่เมื่อแม่เสียแล้ว ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักคนเดียว ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย โดยผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าเหนื่อยทั้งกาย ทั้งใจ ทั้งเงิน เหนื่อยกายในการให้การดูแลต่างๆ เหนื่อยใจที่รักษาอย่างไรก็ไม่หาย เหนื่อยเงิน คือ เมื่อเวลาผู้ป่วยอาการกำเริบหนักต้องนำส่งโรงพยาบาลศรัทธาญญาจำเป็นต้องใช้เงินมาก นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังเป็นห่วงหลานที่ยังเด็ก กลัวจะถูกผู้ป่วยทำร้ายเวลาผู้ป่วยอาการกำเริบ ระยะ หลงเหลือ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความหงุดหงิด ค่อนข้างเอาแต่ใจ ทำให้บางครั้งผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกโมโหในความคิดที่จะเอาอะไรก็ตามมาให้ได้ตั้งใจโดยไม่นึกถึงอะไรของผู้ป่วย แต่ผู้ให้ข้อมูล ก็เก็บความโมโหไว้ในใจไม่ได้แสดงออก

### การปรับสภาพจิตใจของตนเอง

เมื่อแม่ของผู้ให้ข้อมูลยังมีชีวิตอยู่ก็ได้พาผู้ป่วยไปรักษาตามที่ต่างๆ ผู้ป่วยก็ยังไม่มีอาการดีขึ้น แม้พาเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยจะอาการดีขึ้น แต่ก็ไม่หายเป็นปกติ เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้า ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยแทนแม่ที่เสียชีวิตไป ในระยะหลงเหลือผู้ป่วยก็ยังคงมีอาการกำเริบอยู่ อย่างต่อเนื่อง มารยะหลังความถี่ของช่วงที่อาการกำเริบก็เพียงแต่ลดน้อยลงเท่านั้นไม่หายเป็นปกติ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลก็พยายามทำทุกอย่างที่จะไม่ให้ผู้ป่วยอาการกำเริบแล้วทั้งคอยให้ทานยา ดูแลทุกอย่าง ถ้าหลีกเลี่ยงได้ก็จะไม่ขัดใจผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยก็ยังคงมีอาการกำเริบ จึงส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูล ทำใจว่าผู้ป่วยไม่หายเป็นปกติ และทำใจว่าต้องดูแลผู้ป่วยเช่นนี้ไปจนตลอดชีวิต

### สรุปบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท : ID.4

เพศ หญิง

อายุ 70 ปี

สถานภาพ สมรส

อาชีพ แม่บ้าน

ศาสนา พุทธ

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ภรรยา

จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแล 1 คน

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 30 กว่าปี

อายุผู้ป่วย 69 ปี

## ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลแต่งงานกับผู้ป่วยขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอายุประมาณ 22 อยู่ด้วยกันมาจนกระทั่งมีบุตรด้วยกัน 2 คน ลูกเริ่มมีอาการทางจิตเมื่อผู้ให้ข้อมูลอายุประมาณ 30 กว่าปี คือ หลังจากแต่งงานกันประมาณ 10 กว่าปี ก็เริ่มมีอาการ ผู้ให้ข้อมูลดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งปัจจุบัน

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอยู่กับผู้ป่วย 2 คน ลูกแยกบ้านออกไปอยู่กับครอบครัวของตนเอง แต่บ้านของลูกก็อยู่ติดกัน มีอะไรก็ช่วยเหลือดูแลกัน แม้ว่าจะอายุมากแล้วแต่ผู้ให้ข้อมูลยังเป็นผู้ไปพบแพทย์ตามนัด โดยมีหลานไปเป็นเพื่อนในบางครั้ง

ฐานะของครอบครัวอยู่ในระดับมีกินมีใช้ ไม่ขัดสน พอมีที่ทางแม้จะไม่มากมาย มีลูกหลานคอยดูแลใกล้ชิด

## ข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษาของผู้ป่วย

อาการเริ่มต้น ผู้ป่วยจะชอบไปนั่งอยู่ที่มืดๆ ในบ้าน กลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย ให้ผู้ให้ข้อมูลพาตนไปแจ้งความ บอกว่ารู้ความลับของผู้ใหญ่แล้วคนๆ นั้นจะมาเก็บตน หลังจากนั้นผู้ป่วยเริ่มซึ่มไปอยู่ตามที่มีแดดๆ ต่อมาผู้ป่วยได้ทำร้ายผู้อื่นรวมถึงผู้ให้ข้อมูลด้วย ซึ่งมีทั้งมือเปล่า และใช้อาวุธ เช่น มีด ไม้ ผู้ให้ข้อมูลจึงพาผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีการพื้นบ้านต่างๆ เช่น หมอน้ำมันต์ เมื่อเป็นมากขึ้น ไม่หาย ผู้ให้ข้อมูลจึงตัดสินใจเปลี่ยนการรักษา นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ต่อมาจึงเปลี่ยนมารักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา แล้วจึงมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

อาการในปัจจุบัน ไม่มีอาละวาด หรือทำร้ายร่างกายผู้อื่นแล้ว พุดจารู้เรื่อง ช่วยดูแลผู้ให้ข้อมูลตอนที่ไม่สบาย สามารถดูแลกิจวัตรส่วนตัวของตนเองได้

## สภาพจิตใจเมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยมีอาการทางจิต

เมื่อผู้ให้ข้อมูลรู้แล้วว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวมีอาการทางจิตก็รู้สึกเครียด หดงำลังใจ ท้อแท้ และลูกทั้ง 2 คนก็ยังเล็ก รวมทั้งคิดกังวลว่าผู้ป่วยจะหายกลับมาเป็นเหมือนเดิมหรือไม่

## เหตุผลในการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

เหตุผลที่ผู้ให้ข้อมูลยังคงใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตก็คือ ความรู้สึก สงสารผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีพ่อแม่เป็นกำพร้า พี่ชายและน้องสาวก็ไม่มีใครดูแล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจดูแลผู้ป่วย และคิดว่าอย่างไรเสียก็ไม่ต้องทิ้งผู้ป่วย จะดูแลจนกว่าจะตายจากกัน

## สภาพจิตใจภายหลังรับหน้าที่ดูแล

ระยะแรกเริ่มมีอาการและระยะอาการกำเริบ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวใน ระยะแรกที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต ผู้ให้ข้อมูลจึงต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวที่นอกจากดูแล ลูกทั้ง 2 คน และดูแลผู้ป่วยแล้วยังต้องค้าขายเพื่อหารายได้มาเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว แต่ก็ ค้าขายด้วยใจคอที่ไม่ดี เนื่องจากเป็นห่วงผู้ป่วย นอกจากนี้อาการของผู้ป่วยก็ไม่แน่นอนว่าจะ เป็น เวลาไหน เวลาผู้ป่วยอาการกำเริบ ก็เกิดความกลัวว่าจะถูกผู้ป่วยทำร้าย และยังกลัวว่าผู้ป่วยจะไป ทำร้ายผู้อื่นซึ่งก็จะทำให้เกิดความเดือดร้อน ความรู้สึกเหล่านี้รวมเข้าด้วยกันจึงทำให้ผู้ให้ข้อมูล เกิดความเครียด รวมทั้งรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่หนัก

ระยะหลงเหลือ เมื่อผู้ป่วยได้ทานยาจึงอาการดีขึ้น ไม่มีอาการหวาด ทำร้ายผู้อื่น ผู้ให้ข้อมูล จึงรู้สึกสบายใจ

## การเยียวยาจิตใจของตนเอง

เมื่อรู้ว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นไม่สามารถรักษาให้หายขาด และหมอก็ไม่รับรักษาอยู่ที่ โรงพยาบาลนาน ผู้ให้ข้อมูลจึงทำใจในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยซึ่งยังมีอาการทำร้ายผู้อื่นอยู่ โดยการ ระมัดระวังตนเอง และแม้ว่าการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเครียดมากเพียงใด แต่ผู้ให้ ข้อมูลก็พยายามที่จะทำใจให้เข้มแข็ง เพราะนึกถึงลูก รวมถึงคิดในทางบวกว่าทุกคนเกิดมาก็ต้อง เจอกับปัญหา การดูแลสามีที่ป่วยเป็นโรคนี้ก็เป็นปัญหาหนึ่งที่ตนต้องพบ แต่ก็ไม่พบปัญหาอย่าง อื่น ลูกหลานก็ดี ไม่เกเร คนที่มีทุกข์มากกว่าตนเองก็มี

**สรุปบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท : ID.5**

เพศ หญิง	อายุ 53 ปี	
สถานภาพ สมรส	อาชีพ ค้าขาย(ของชำ)	ศาสนา พุทธ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มารดา	จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแล 1 คน	
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 8 ปี	อายุผู้ป่วย 34 ปี	

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

ผู้ให้ข้อมูลแต่งงานแล้วมีบุตรทั้งหมด 4 คน เป็นลูกชาย 3 คน และลูกสาวคนเล็ก 1 คน ผู้ป่วยคือ บุตรชายคนโต ลูกชายทุกคนทำงานหมดแล้ว ลูกชายคนที่ 2 ทำงานอยู่บริษัทค้าปลีกใกล้บ้าน ลูกชายคนที่ 3 ช่วยพ่อทำนา และขายไก่ย่างอยู่หน้าบ้าน ลูกสาวแต่งงานเจ้าของร้านขายทองแล้วอยู่กับสามีที่กรุงเทพฯ ตอนนี้กำลังเรียนต่อปริญญาโทที่รามคำแหง สำหรับผู้ให้ข้อมูลเปิดร้านขายของชำ และขายอาหารตามสั่งอยู่หน้าบ้าน ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลเป็นมะเร็งเต้านม แต่ได้ตัดออกไปแล้ว ตอนนี้อยู่ในช่วงทานฮอร์โมน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลแพ้คีโม แต่สุขภาพของผู้ให้ข้อมูลก็แข็งแรงดี และเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด

ฐานะของครอบครัวอยู่ในระดับมีกินมีใช้ ไม่ขัดสน เพิ่งจะสร้างบ้านใหม่ มีที่นาเป็นของตนเอง ลูกทุกคนมีงานทำ การค้าขายของผู้ให้ข้อมูลมีรายได้ดี

**ข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษาของผู้ป่วย**

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเมื่อปี 2543 อาการเริ่มต้น คือ มีอาการกลัวไปแอบตามที่ต่างๆ นั่งยิ้มคนเดียว และพูดคนเดียว ผู้ให้ข้อมูลจึงพาส่งโรงพยาบาลจิตเวชแล้วมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

**ความสภพจิตใจเมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยมีอาการทางจิต**

เมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยมีอาการทางจิตผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผิดหวังเนื่องจากก่อนหน้านี้ลูกชายซึ่งเป็นผู้ป่วยนั้นเป็นเด็กดี และเป็นที่รักใคร่ เ็นดูของญาติและคนละแวกบ้าน เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตจึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลเสียใจว่าลูกตนเองเป็นคนดีไม่น่าจะต้องมาป่วยอย่างนี้ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังรู้สึกสงสารลูกที่ต้องมามีอาการทางจิต

## เหตุผลในการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

เหตุผลที่ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลผู้ป่วย คือ ความเป็นแม่ ความเป็นแม่คนนั้น แม้ว่าลูกจะเป็นอย่างไรก็ยากที่จะทิ้งได้ และเมื่อรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแล้วผู้ให้ข้อมูลคิดหาทางที่จะรักษาผู้ป่วยให้หาย รวมทั้งคิดว่าถึงอย่างไรก็จะดูแลผู้ป่วยไปจนกว่าตนจะตาย

## สภาพจิตใจภายหลังรับหน้าที่ดูแล

ระยะแรกเริ่มมีอาการและระยะอาการกำเริบ หลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยก็ทำทุกอย่างขอเพียงให้ผู้ป่วยหายเท่านั้นโดยไม่ได้คิดหรือรู้สึกอย่างไร แต่ก็มีความรู้สึกที่เด่นชัด คือ ห่วงผู้ป่วยจะทำร้ายตนเอง ผู้ให้ข้อมูลจะคอยสังเกตและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด เมื่อผู้ป่วยบอกว่าจะฆ่าตัวตาย ผู้ให้ข้อมูลจึงเป็นห่วงผู้ป่วยเป็นอย่างมาก รวมทั้งพยายามพูดปลอบใจไม่ให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย

ระยะหลงเหลือ เมื่อผู้ป่วยทำที่ที่ดีขึ้นแม้เพียงชั่วขณะเช่นเวลามีเพื่อนมาเยี่ยม ก็ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสบายใจ และเมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้นไม่มีอาการที่หนักแม้ว่าจะยังไม่หายขาดต้องทานยาตลอด ผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกสบายใจ แต่ในบางครั้งผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกผิด เนื่องจากคิดว่าการที่ตนพาลูกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา คนทั่วไปก็พากันคิดว่าและตีตราว่าลูกของตนเป็นคนบ้า แม้เวลาที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถมาทำงานช่วยผู้ให้ข้อมูลขายของ และปัจจุบันผู้ป่วยสามารถออกไปทำงานได้แล้วก็ตาม ก็ยังมีคนในละแวกบ้านพูดว่าลูกของตนเป็นคนบ้าอยู่ ผู้ให้ข้อมูลจึงรู้สึกผิดว่าทำให้ผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นคนบ้า กลัวว่าผู้ป่วยจะมีปมด้อยที่ถูกว่าเช่นนั้น

## การเยียวยาจิตใจของตนเอง

เมื่อผู้ให้ข้อมูลพยายามที่จะรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการต่างๆ หลายวิธีแต่ผู้ป่วยก็ยังคงมีอาการเหมือนเดิม ไม่ได้ดีขึ้นเลยผู้ให้ข้อมูลจึงทำใจว่ารักษาไม่หาย ก็เลี้ยงดูกันไปอย่างนี้ แต่ก็ยังคงหาทางรักษาต่อไปเรื่อยๆ นอกจากนี้ยังนำหลักธรรมเรื่องกรรมมาอธิบายว่าคงเป็นเพราะผู้ป่วยไปทำอะไรไว้จึงได้รับเวรกรรมป่วยอย่างนี้

**สรุปบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท : ID.6**

เพศ ชาย	อายุ 66 ปี	
สถานภาพ สมรส	อาชีพ พ่อบ้าน	ศาสนา พุทธ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บิดา	จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแล 2 คน	
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 10 กว่าปี	อายุผู้ป่วย 33 ปี	

**ข้อมูลส่วนบุคคล**

ผู้ให้ข้อมูลแต่งงาน มีบุตรแล้วทั้งหมด 4 คน ลูกสาว 2 คน และลูกชายฝาแฝด 2 คน ผู้ป่วยคือ ลูกชายฝาแฝดทั้ง 2 คน โดยฝาแฝดคนโตป่วยก่อนฝาแฝดคนน้อง ผู้ให้ข้อมูลช่วยกันดูแลร่วมกับภรรยา และลูกสาวคนที่ 2 ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มป่วยจนกระทั่งปัจจุบัน โดยในช่วงแรกผู้ให้ข้อมูลและลูกสาวจะไปทำงานในตอนกลางวัน แต่กลับมาช่วยดูแลผู้ป่วยในตอนกลางคืน สำหรับตอนกลางวันมารดาจะเป็นผู้ดูแลหลัก ต่อมาหลังจากฝาแฝดคนน้องป่วยมีอาการทางจิตไม่นานมารดาก็เริ่มมีอาการป่วยทางจิตเช่นเดียวกัน แต่ไปรับการรักษาที่คลินิกเอกชน โดยมีอาการซึมเศร้า ไม่ค่อยพูด หลังจากนั้นลูกสาวจึงลาออกจากงานที่กรุงเทพฯ มาเปิดร้านขายของชำอยู่ที่บ้านและเป็นผู้ดูแลหลักในตอนกลางวันแทนมารดา เมื่อผู้ให้ข้อมูลเกษียณเมื่อ 6 ปีที่แล้วจึงมาช่วยลูกสาวดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 คน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า มารดานั้นมาเริ่มมีอาการหลังจากลูกชายป่วยคงเป็นเพราะเครียดจากเรื่องลูก

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอยู่ร่วมกับภรรยาที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ลูกชายฝาแฝด 2 คนที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท และลูกสาวคนที่สอง สำหรับลูกสาวคนแรกไปอยู่กับยายตั้งแต่เล็ก และไม่ได้กลับมาอยู่ช่วยดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 คน โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ไปพบแพทย์ตามนัดแต่ไม่พอบุตรชายไปด้วยเนื่องจากคิดว่าบุตรชายยังไม่หายดีที่จะไปได้ และจะเป็นผู้คอยดูแล อบรมบุตรชาย โดยมีลูกสาวเป็นคนที่สองซึ่งขายของชำอยู่กับบ้าน เป็นคนดูแลเรื่องกิจวัตรของผู้ป่วยโดยเป็นคนบอกให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรต่างๆ และเป็นคนจ่ายเงินรายวันให้แก่ผู้ป่วยทั้ง 2 คน

ฐานะของครอบครัวอยู่ในระดับพอมีพอใช้ ไม่ขัดสน ปัจจุบันรายได้ของครอบครัวมาจากการขายของของลูกสาวคนที่สอง ซึ่งขายได้ค่อนข้างดี

## ข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษาของผู้ป่วย

### ฝาแฝดคนที่

เริ่มมีอาการก่อนฝาแฝดคนน้อง โดยมีอาการเพื่อ กลัวใครจะมาทำร้าย ไม่ยอมรับประทานอะไร ผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งมารดา และลูกสาวจึงพาไปรักษาที่คลินิกเอกชน 2-3 ปี แต่อาการไม่ดีขึ้น กลับเริ่มอาละวาด จะทำร้ายผู้อื่น อีกทั้งมีการใช้อาวุธ เช่น มีด ผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งมารดา และลูกสาวจึงพาไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา พาไปรักษาที่ศรีธัญญาอยู่หลายครั้งก็ไม่ดีขึ้น แพทย์จึงให้นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิกพิเศษของโรงพยาบาลศรีธัญญา อาการของผู้ป่วยก็ดีขึ้น ไม่อาละวาด เมื่ออาการทรงอยู่อย่างนี้ผู้ให้ข้อมูลจึงได้ติดต่อมาขอรับยาและรักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

อาการปัจจุบันอยู่ในระยะหลงเหลือ ผู้ป่วยไม่มีอาการอาละวาด พูดคุยรู้เรื่อง แต่ไม่ช่วยงานอื่นภายในบ้าน นอกจากการขัดห้องน้ำ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลและลูกสาวมอบหมายให้ โดยผู้ให้ข้อมูลและลูกสาวต้องคอยเตือนให้ทำ แต่ก็ทำไม่สะอาด ลูกสาวต้องมาทำความสะอาดอีกครั้งเสมอ

### ฝาแฝดคนเล็ก

ผู้ให้ข้อมูลทราบว่ามีอาการเมื่อแพทย์แผนกจิตเวชที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โทรศัทพ์มาที่บ้านบอกว่าผู้ป่วยจะไปกระโดดตึกโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยจึงนำตัวมาส่งที่แผนกจิตเวช ผู้ป่วยจะมีอาการพยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง เคย ซึมเศร้า ไม่ค่อยพูดกับใคร

อาการปัจจุบันอยู่ในระยะหลงเหลือ ผู้ป่วยยังคงเฉย และไม่ค่อยพูดกับใคร แต่ไม่มีความพยายามฆ่าตัวตายแล้ว แต่ไม่ช่วยงานอื่นภายในบ้าน นอกจากการถูบ้านชั้นล่าง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลและลูกสาวมอบหมายให้ โดยผู้ให้ข้อมูลและลูกสาวต้องคอยเตือนให้ทำ แต่ก็ยังเป็นเช่นเดียวกับฝาแฝดคนที่คือทำไม่สะอาด ลูกสาวต้องมาทำความสะอาดอีกครั้งเสมอ

## สภาพจิตใจเมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยมีอาการทางจิต

ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลเมื่อรับรู้ว่าคุณชายทั้งสองมีอาการป่วยทางจิต แม้ว่าจะคนละเวลาก็ตาม แต่ความรู้สึกทั้ง 2 ครั้งเหมือนกัน ก็คือความรู้สึกผิดหวัง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหวังให้ผู้ป่วยเรียนจบ มีงานทำที่ดีแต่ก็ไม่เป็นตามที่คาดหวังไว้ทั้ง 2 คน รวมทั้งหวังว่าคุณป่วยจะหายจากโรคนี้หรือไม่



## เหตุผลในการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

เหตุผลในการดูแลผู้ป่วย คือ ความเป็นพ่อแม่ไม่รู้ว่าลูกจะเป็นอย่างไรก็ต้องดูแล เมื่อตัดสินใจดูแลผู้ป่วยแล้วก็พยายามหาทางรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหาย และคิดว่าถ้าผู้ป่วยไม่หายก็จะดูแลไปจนกระทั่งตนเองเสียชีวิต

## สภาพจิตใจภายหลังรับหน้าที่ดูแล

ระยะแรกเริ่มมีอาการและระยะอาการกำเริบ เมื่อลูกชายฝาแฝดคนโตเริ่มป่วยผู้ให้ข้อมูลยังคงต้องไปทำงานก่อนทำให้เกิดความรู้สึกห่วงผู้ป่วยว่าจะมีอาการอย่างไร จะทานยาหรือไม่ แม้ว่าจะมีภรรยาดูแลอยู่ก็ตาม นอกจากนี้ในตอนกลางคืนผู้ป่วยมักจะออกไปเดินตามถนนหน้าบ้าน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเดินตามเนื่องจากห่วงว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตราย

หลังจากผู้ให้ข้อมูลเกษียณแล้วลูกชายฝาแฝดคนน้องเริ่มมีอาการป่วยอีกความรู้สึกหนึ่งที่เกิดขึ้นมากคือ ความเครียด เนื่องจากหลังจากฝาแฝดคนน้องป่วยได้ไม่นาน ภรรยาก็มีอาการป่วยตามไปด้วย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องดูแลผู้ป่วยทางจิตถึง 3 คน แม้จะมีลูกสาวช่วยบางเบาไปได้มาก แต่ด้วยความเป็นพ่อ และความเป็นหัวหน้าครอบครัวจึงต้องทำให้คิดมาก

ระยะหลงเหลือ หลังจากที่ได้พยายามรักษาผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาานานผู้ป่วยก็ไม่หายเป็นปกติ ประกอบกับอายุของผู้ให้ข้อมูลก็มากขึ้นทุกวัน ผู้ให้ข้อมูลจึงห่วงอนาคตของผู้ป่วยว่าจะเป็นอย่างไร โดยเป็นห่วงเรื่องการพบแพทย์เพื่อรับยา เนื่องจากแม้ลูกสาวจะดูแล แต่ผู้ให้ข้อมูลก็รู้ว่าลูกสาวของตนต้องขายของ เพื่อหารายได้ อาจจะไม่วางใจไปรับยาเพราะลูกสาวก็ตัวคนเดียว ยังไม่ได้แต่งงาน และไม่มีใครช่วย จึงอยากให้ผู้ป่วยดีขึ้นพอที่จะไปรับยาด้วยตนเองได้ เนื่องจากตอนนี้ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าผู้ป่วยทั้ง 2 คนอาการยังไม่ดีพอที่จะไปรับยาเองได้

## การปรับสภาพจิตใจของตนเอง

เมื่อลูกชายมีอาการป่วยทางจิต ผู้ให้ข้อมูลจึงรู้สึกผิดหวังที่ลูกไม่เดินตามเส้นทางที่ตนขีดไว้ให้ เรียนก็ไม่จบ แต่ก็ไม่สามารถที่จะแก้ไขได้จึงต้องทำใจยอมรับว่าลูกไม่เป็นอย่างที่ตนหวัง ก็ต้องตั้งสติในการรักษาและให้การดูแลผู้ป่วย และเมื่อลูกชายทั้ง 2 คนและภรรยาป่วยทางจิตผู้ให้ข้อมูลจึงต้องทำใจของตนให้เข้มแข็ง ไม่ลืมหิว ไม่อ่อนไหว เนื่องจากตนเป็นเสาหลักของครอบครัว รวมทั้งใช้การอ่านหนังสือธรรมะ ฟังธรรมเพื่อลดความเครียดของจิตใจ ให้จิตใจเข้าอยู่ในภาวะปกติ

## สรุปบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท : ID.7

เพศ หญิง อายุ 39 ปี  
 สถานภาพ โสด อาชีพ ค้าขาย(ของชำ) ศาสนา พุทธ  
 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พี่สาว จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแล 2 คน  
 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 10 กว่าปี อายุผู้ป่วย 33 ปี

### ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพี่สาวของน้องชายฝาแฝดซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภท 2 คน โดยน้องชายฝาแฝดคนโตป่วยก่อนน้องชายฝาแฝดคนน้อง โดยผู้ให้ข้อมูลช่วยกันดูแลน้องชายร่วมกับบิดา และมารดา โดยในช่วงแรกผู้ให้ข้อมูลเดินทางไปกลับระหว่างที่บ้านกับที่ทำงานในกรุงเทพฯทุกวัน เพื่อช่วยดูแลน้องชายฝาแฝดคนโตซึ่งมีอาการทางจิตในตอนกลางคืน และช่วยในการพาผู้ป่วยไปรักษาตามที่ต่างๆ หลังจากน้องชายคนโตป่วยไม่นาน ผู้ให้ข้อมูลได้ลาออกจากการเป็นลูกจ้างประจำของหน่วยราชการ แล้วกลับไปเปิดร้านขายของชำที่บ้านเนื่องจากเงินเดือนลูกจ้างประจำไม่พอสำหรับค่าใช้จ่ายในครอบครัว ประกอบกับกลับไปช่วยมารดาดูแลผู้ป่วย ซึ่งต่อมามารดาของผู้ให้ข้อมูลก็ป่วยด้วยอาการทางจิต ผู้ให้ข้อมูลจึงดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 คนร่วมกับบิดาจนปัจจุบัน

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอยู่ร่วมกับบิดา มารดา และน้องชายฝาแฝดทั้ง 2 คน อันที่จริงผู้ให้ข้อมูลมีพี่สาวอีก 1 คน แต่ไม่เคยได้มาช่วยดูแลผู้ป่วยหรือมาดูแลที่บ้านเลย เนื่องจากไปอยู่กับยายตั้งแต่เด็กจนปัจจุบัน โดยบิดาจะเป็นผู้ทำหน้าที่ในการไปพบแพทย์ตามนัดและรับยา สำหรับผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ดูแลความเรียบร้อยต่างๆในบ้าน ดูแลในเรื่องของการทำกิจวัตรส่วนตัวของผู้ป่วยทั้งบอกให้ผู้ป่วยปฏิบัติและทำงานบางอย่างให้ผู้ป่วย เช่น ซักผ้า รวมทั้งเป็นคนจ่ายเงินรายวันให้แก่ผู้ป่วยทั้ง 2 คน

ฐานะของครอบครัวอยู่ในระดับพอมีพอใช้ ไม่ขัดสน ปัจจุบันรายได้ของครอบครัวมาจากการขายของของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งขายได้ค่อนข้างดี

### ข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษาของผู้ป่วย

#### ฝาแฝดคนพี่

เริ่มมีอาการก่อนฝาแฝดคนน้อง โดยมีอาการเพ้อ กลัวใครจะมาทำร้าย ไม่ยอมรับรู้อะไร บิดา มารดาและผู้ให้ข้อมูลจึงพาไปรักษาที่คลินิกเอกชน 2-3 ปี แต่อาการไม่ดีขึ้น กลับเริ่มอาละวาด จะทำร้ายผู้อื่น อีกทั้งมีการใช้อาวุธ เช่น มีด บิดา มารดาและผู้ให้ข้อมูลจึงพาไปรักษาที่

โรงพยาบาลศรีธัญญา พาไปรักษาที่ศรีธัญญาอยู่หลายครั้งก็ไม่ดีขึ้น แพทย์จึงให้ผู้ให้ข้อมูลนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิกพิเศษของโรงพยาบาลศรีธัญญา อาการของผู้ป่วยก็ดีขึ้น ไม่อาละวาด เมื่ออาการทรงอยู่อย่างนี้บิดาของผู้ให้ข้อมูลจึงได้ติดต่อมาขอรับยาและรักษาต่อเรื่องที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

อาการปัจจุบันอยู่ในระยะหลงเหลือ ผู้ป่วยไม่มีอาการอาละวาด พูดคุยรู้เรื่อง แต่ไม่ช่วยงานอื่นภายในบ้าน นอกจากการขัดห้องน้ำ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลและบิดามอบให้ โดยผู้ให้ข้อมูลและบิดาต้องคอยเตือนให้ทำ แต่ก็ทำไม่สะอาด ผู้ให้ข้อมูลต้องมาทำความสะอาดอีกครั้งเสมอ

### ฝาแฝดคนเล็ก

บิดาของผู้ให้ข้อมูลทราบว่าผู้ป่วยมีอาการเมื่อแพทย์แผนกจิตเวชที่โรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยาโทรศัพท์มาที่บ้านบอกว่าผู้ป่วยจะไปกระโดดตึกโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยจึงนำตัวมาส่งที่แผนกจิตเวช ผู้ป่วยจะมีอาการพยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง เคยดื่มสุรา ไม่ค่อยพูดจากับใคร

อาการปัจจุบันอยู่ในระยะหลงเหลือ ผู้ป่วยยังคงเฉย และไม่ค่อยพูดกับใคร แต่ไม่มีความพยายามฆ่าตัวตายแล้ว แต่ไม่ช่วยงานอื่นภายในบ้าน นอกจากการถูบ้านชั้นล่าง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลและบิดามอบหมายให้ โดยผู้ให้ข้อมูลและบิดาต้องคอยเตือนให้ทำ แต่ก็เป็นอย่างเดียวกับฝาแฝดคนพี่คือทำไม่สะอาด ผู้ให้ข้อมูลต้องทำความสะอาดอีกครั้งเสมอ

### **สภาพจิตใจเมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยมีอาการทางจิต**

เมื่อน้องชายฝาแฝดคนโตป่วยมีอาการทางจิตโดยมีอาการอาละวาด ทำให้ผู้ให้ข้อมูลอยู่บ้านอย่างมีไม่มีความสุข หวาดระแวงเนื่องจากความกลัวผู้ป่วย

### **เหตุผลในการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย**

แม้ว่าจะไม่มีความสุขแต่ด้วยความที่เป็นผู้ให้ข้อมูลจึงรู้สึกว่าเป็นความรับผิดชอบของพี่ที่จะต้องดูแลน้อง ไม่ว่าจะอย่างไรและจะดูแลแบบปล่อยตามยถากรรมก็ได้ เพราะถ้าทำเช่นนั้นผู้ให้ข้อมูลเองก็จะรู้สึกไม่สบายใจ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องพยายามหาทางรักษาพร้อมกับบิดา และเมื่อบิดาอายุมากขึ้น จึงเป็นหน้าที่ของตนที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลน้องและครอบครัว และดูแลน้องต่อไปเมื่อบิดา มารดาเสียชีวิตแล้วจนกระทั่งตนเองจะเสียชีวิตด้วย

## สภาพจิตใจภายหลังรับหน้าที่ดูแล

ระยะแรกเริ่มมีอาการและระยะอาการกำเริบ การดูแลในระยะแรกที่อาการกำเริบนี้ ความรู้สึกที่ชัดเจน คือ กลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้าย ต้องอยู่อย่างระแวงเนื่องจากไม่รู้ว่าอาการของผู้ป่วย จะกำเริบขึ้นเมื่อใด นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกเครียด เนื่องจากนอกจากผู้ให้ข้อมูลต้องดูแลผู้ป่วย แล้ว ยังมีหน้าที่การงานของตนเองที่ต้องคิด ต้องรับผิดชอบ รวมทั้งยังมีความรู้สึกน้อยใจใน โชคชะตาของตน เนื่องจากครอบครัวของญาติๆ นั้นไม่มีใครป่วยกันเลย แต่ครอบครัวตนมีคนป่วย ถึง 3 คน

ระยะหลงเหลือ ในระยะนี้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มรู้สึกเคยชินกับพฤติกรรมและอาการป่วยของผู้ป่วย ว่าควรจะจัดการหรือควรระวังอย่างไร และรู้สึกว่าแม้ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำงานหาเงินได้ และไม่ช่วยงานบ้านหรืองานค้าขาย แต่ใช้ชีวิตไปเรื่อยๆ อย่างปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลก็สามารถที่จะดูแลหรือ รับมือได้ แต่ถึงจะเคยชินเพียงใด ผู้ให้ข้อมูลก็รู้สึกเบื่อหน่ายกับการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการดูแล ผู้ป่วยนั้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่สามารถที่จะไปไหนมาไหนได้ เพราะเป็นห่วง ไม่สามารถที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพัง หรืออยู่กับบิดาเพียงลำพังได้ และถ้าจะให้พาผู้ป่วย ไปด้วย อารมณ์ของผู้ป่วยก็ไม่แน่นอน ทำให้ไม่สะดวกในการพาผู้ป่วยไปด้วย ทำให้ผู้ให้ข้อมูล ไม่ได้ทำอะไรหลายสิ่งทีตนอยากทำ

แม้ว่าจะรู้สึกเบื่อแต่ผู้ให้ข้อมูลก็ยังอดห่วงไม่ได้ว่าถ้าตนเสียชีวิตผู้ป่วยจะใช้ชีวิตต่อไป อย่างไรในเมื่อไม่สามารถดูแลตนเอง และทำงานหาเงินได้ ถ้าตนเสียชีวิตไปก็ไม่มีใครที่จะมาดูแล ผู้ป่วย เนื่องจากพี่สาวคนโตก็ไม่เคยมายุ่งเกี่ยวกับครอบครัวหรือมาดูแลเลย

## การปรับสภาพจิตใจของตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าการที่ผู้ป่วยป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้นี้เป็นเรื่องที่ไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว เนื่องจากพยายามรักษาเท่าใดก็ไม่หายขาด สิ่ง que ผู้ให้ข้อมูลจะทำได้ คือ ต้อง ทำใจยอมรับการสภาพที่ตนต้องดูแลผู้ป่วยตลอดไป ซึ่งการทำใจนี้เป็นสิ่งที่ยากสำหรับผู้ให้ข้อมูล ดังคำกล่าวที่ว่า “ต้องทำใจอย่างแรง” และการทำใจนั้นยังไม่พอต้องทำให้ใจของตนเองเข้มแข็ง ด้วย เนื่องจากถ้ามีวแต่ห่อแท้ก็จะมีอะไรดีขึ้น และตัวเองก็จะยิ่งแย่มากกว่าเดิม นอกจากนี้ผู้ให้ ข้อมูลยังลดความเครียดของตนเองเกี่ยวกับเรื่องของผู้ป่วยด้วยการระวางการคิดเรื่องผู้ป่วยลงบ้าง ในภาวะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ และหากิจกรรมที่ตนทำแล้วรู้สึกสบายใจ คือ การปลูกต้นไม้ มา

ทำ นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังได้ใส่บาตรอย่างสม่ำเสมอด้วยหวังว่าบุญกุศลที่ได้ใส่บาตรนั้นจะทำให้เรื่องที่ไม่ดีนั้นลดน้อยลง และเพื่อให้เวรกรรมนั้นหมดลงเสียที

### **สรุปบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท : ID.8**

เพศ หญิง อายุ 70 กว่าปี  
 สถานภาพ สมรส อาชีพ แม่บ้าน ศาสนา พุทธ  
 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พี่สาว จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแล 1 คน  
 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 40 กว่าปี อายุผู้ป่วย เกือบ 70 ปี

### **ข้อมูลส่วนบุคคล**

ผู้ให้ข้อมูลมีน้องสาวคนรอง 1 คน และน้องชายคนเล็กอีก 1 คน ผู้ป่วย คือ น้องชายคนเล็ก ซึ่งมีอาการป่วยทางจิตเมื่ออายุประมาณ 20 กว่าปี ซึ่งในขณะนั้นผู้ให้ข้อมูลแต่งงานมีครอบครัวแล้ว โดยเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตนั้นทางพ่อแม่ยังไม่ได้พาไปหาหมอ เมื่อมีอาการมากพอจึงพาไปหาหมอที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยาครั้งแรกเท่านั้น หลังจากนั้นพ่อแม่ก็ไม่ได้พาไปหาหมอ หรือเลี้ยงดูผู้ป่วย ซึ่งในการไปอยู่โรงพยาบาลสมเด็จพระยารั้งนั้นผู้ป่วยได้หนีออกจากโรงพยาบาลและกลับมาบ้าน ซึ่งอาการในขณะนั้นก็ดีขึ้น ตั้งแต่นั้นผู้ให้ข้อมูลก็เป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยตลอดมาทั้งด้านการเงินในการรักษา และการดูแลทั้งการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการนำส่งโรงพยาบาลศรีธัญญาเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ในขณะนั้นนอกจากดูแลผู้ป่วยแล้วผู้ให้ข้อมูลก็ดูแลพ่อแม่ไปพร้อมๆกัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแพทย์ได้ส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผู้ให้ข้อมูลมีลูกทั้งหมด 7 คน ลูกทั้ง 7 คนเป็นเด็กที่เชื่อฟัง ช่วยงานผู้ให้ข้อมูล คือ การทำไร่ข้าวโพดและอื่นๆ ไม่เกเร รวมทั้งสามีของผู้ให้ข้อมูลก็ขยัน ไม่ดื่มเหล้า ไม่สร้างความหนักใจให้แก่ผู้ให้ข้อมูล และลูกๆของผู้ให้ข้อมูลก็ช่วยกันดูแลผู้ป่วย

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอยู่กับผู้ป่วย และลูกสาว-ลูกชาย ส่วนลูกคนอื่นๆ อีก 6 คนได้แยกย้ายกันมีครอบครัวและย้ายออกไปอยู่กับครอบครัวของตนเอง แต่ก็หมั่นกลับมาเยี่ยมผู้ให้ข้อมูล โดยลูกของผู้ให้ข้อมูลมักจะมีของฝากมาฝากผู้ป่วยเสมอ และลูกสาวคนที่ยังอยู่กับผู้ให้ข้อมูลก็เป็นผู้ไปรับยาให้ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลแทนผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลอายุมากแล้ว สำหรับน้องสาวคนรองซึ่งอาศัยอยู่บ้านหลังข้างเคียงกับผู้ให้ข้อมูลนั้นไม่เคยได้มาช่วยดูแลผู้ป่วย แม้แต่ตอนที่ผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลก็ไม่เคยไปเยี่ยม พ่อ แม่และสามีของผู้ให้ข้อมูลได้เสียชีวิตไปแล้ว

ฐานะของครอบครัวอยู่ในระดับพอมีพอใช้ ่่าปลูกต้นกล้วยเล็กๆน้อยๆ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ได้จากเงินที่ลูกแต่ละคนให้มา ซึ่งลูกแต่ละคนก็มีงานทำที่มั่นคง ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย โดยผู้ให้ข้อมูลนำเงินที่ลูกๆ ให้มานั้นไปให้ และใช้ดูแลผู้ป่วยอีกต่อหนึ่ง

### ข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษาของผู้ป่วย

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิต คือ กลัวคิดว่าจะมีคนมาทำร้ายตนเอง ไม่ยอมไปทำงาน เมื่ออายุประมาณ 20 กว่าๆ ตอนนั้นครอบครัวยังไม่ได้พาไปพบแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นไม่หลับไม่นอน บิดาของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจึงได้พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา แต่ผู้ป่วยก็หนีออกจากโรงพยาบาลกลับมาที่บ้าน ซึ่งในขณะนั้นผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาเมื่ออาการของผู้ป่วยกำเริบ แต่ไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจนกระทั่งปัจจุบัน

ปัจจุบันอาการผู้ป่วยอยู่ในระยะหลงเหลือ ผู้ป่วยพูดคุ้ยเรื่อง บอกให้ช่วยทำอะไรก็ตาม บางครั้งไม่บอกก็ช่วยตัวเอง แต่จะมีบางครั้งที่หงุดหงิดบ้าง แต่ก็ไม่มากนัก

### สภาพจิตใจเมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยมีอาการทางจิต

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าไม่รู้สึกละไร

### เหตุผลในการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

เหตุผลที่ผู้ให้ข้อมูลดูแลผู้ป่วย เนื่องจากตนเองเป็นพี่จะให้ตัดขาดกับน้องได้อย่างไร และเมื่อแม่ไม่สามารถดูแลได้ตนในฐานะที่เป็นพี่ก็ต้องดูแล

### สภาพจิตใจภายหลังรับหน้าที่ดูแล

ระยะแรกเริ่มมีอาการและระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยไม่ได้รู้สึกอย่างไร เนื่องจากคิดว่าตนเองทำงานเก่ง หากินเก่ง สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ไม่มีปัญหาอะไร เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบก็จ้างให้ตำรวจมาพาตัวผู้ป่วยไปส่งที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ไม่ได้มีปัญหาอันใด เมื่อถึงเวลาก็ไปเยี่ยมที่โรงพยาบาล

ระยะหลงเหลือ ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รู้สึกอย่างไร เนื่องจากผู้ป่วยก็ไม่ได้มีอาการรุนแรง มีบางครั้งที่ผู้ป่วยจะหงุดหงิดและด่าขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลก็รู้วิธีที่จะจัดการ คือ การเงียบไม่ต่อล้อ

ด้วยผู้ป่วยก็จะเจ็บไปเอง สำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลก็นำเงินที่ลูกแต่ละคนให้มา นำมาใช้ในการดูแล

### การปรับสภาพจิตใจของตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าการที่ผู้ป่วยด้วยโรคนี้ เป็นเพราะเวรกรรมของผู้ป่วย

### สรุปบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท : ID.9

เพศ หญิง

อายุ 72 ปี

สถานภาพ สมรส

อาชีพ แม่บ้าน

ศาสนา พุทธ

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ภรรยา

จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแล 1 คน

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ประมาณ 20 ปี อายุผู้ป่วย 73 ปี

### ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นภรรยาของผู้ป่วย ทั้งสองแต่งงานกันและมีบุตรสาวด้วยกัน 3 คน ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตนั้นครอบครัวมีอาชีพทำเกษตรกรรมเป็นหลักโดยมีลูกสาวทั้ง 3 คนช่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังประกอบอาชีพขับเรือส่งผู้โดยสาร และขับรถตู้ด้วย ต่อมาเมื่อผู้ป่วยอายุประมาณ 50 ปีก็เริ่มมีอาการทางจิต ในขณะนั้นลูกสาวคนโต แต่งงานและย้ายออกไปอยู่บ้านสามีที่จังหวัดอื่น ลูกสาวคนรองและคนเล็กเข้าไปทำงานทำพร้อมกับส่งตัวเองเรียนที่กรุงเทพฯ ตอนที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการนั้นผู้ให้ข้อมูลซึ่งอยู่บ้านตามลำพังกับผู้ป่วยไม่ได้เล่าเรื่องสามีป่วยให้ใครรู้เลยรวมทั้งลูกสาวทั้ง 3 คนด้วย โดยได้ตำรวจมาช่วยจับลงลามาใช้เนื่องจากผู้ป่วยอาละวาด หลังจากนั้นตำรวจได้นำตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อกลับจากโรงพยาบาลและได้ทานยาแล้วผู้ป่วยก็อาการดีขึ้นเรื่อยๆ

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอยู่กับผู้ป่วยและลูกสาวคนรอง โดย ลูกสาวคนเล็กทำงานอยู่ที่โคราช ลูกสาวคนโตอยู่กับสามีที่จังหวัดอื่น ผู้ป่วยสามารถที่จะไปรับยาที่โรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยาได้ด้วยตนเอง

ฐานะทางครอบครัวพอมีพอใช้ ไม่ขัดสน ลูกสาวคนเล็กไปผู้ดูแลค่าใช้จ่ายในครอบครัวและคอยส่งเงินให้ทุกเดือน ลูกสาวคนโตก็ส่งให้แต่ไม่มากนัก เนื่องจากมีครอบครัวของตนเองที่ต้องดูแลด้วย

## ข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและการรักษาของผู้ป่วย

อาการเริ่มแรก คือ ใช้เงินมาก ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ซึ่งในระยะนี้ผู้ให้ข้อมูลยังไม่ได้คิดอะไร ต่อมาผู้ป่วยมีอาการอาละวาด ถือมิด ตำรวจจึงมาจับล่ามโซ่ไว้กับเสาบ้านเนื่องจากกลัวว่าจะทำร้ายผู้ให้ข้อมูล เมื่อล่ามโซ่ได้ 2-3 วันผู้ป่วยก็สงบ ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจึงพาผู้ป่วยไปหาหมอที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และยังคงรับยาต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน

ปัจจุบันผู้ป่วยพูดคุยรู้เรื่อง แต่ก็ยังคงมีอาการกำเริบอยู่บ้าง เวลาอาการกำเริบผู้ป่วยจะเริ่มนอนไม่หลับ พูดมากขึ้น และคอยที่จะหยิบเงินไปใช้

## สภาพจิตใจเมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยมีอาการทางจิต

ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิต คือ กังวลว่าผู้ป่วยจะหายหรือไม่ จะกลับมาเป็นปกติหรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วย คือ สามีเป็นเสาหลักของครอบครัว ถ้าผู้ป่วยๆ ด้วยโรคนี้ไม่หาย ผู้ให้ข้อมูลก็คิดกังวลว่าอนาคตของครอบครัวจะเป็นอย่างไร กลัวว่าต่อไปจะไม่มีกินไม่มีใช้ และที่ห่วงลูกเนื่องจากก็ยังไม่ได้แต่งงานอีก 2 คน

## เหตุผลในการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลดูแลผู้ป่วยด้วยความจำใจ เนื่องจากไม่รู้ว่าถ้าตนไม่ดูแลแล้วจะเอาไปให้ใครดูแล พ่อแม่ของสามีมักเสียไปแล้ว และผู้ป่วยก็แต่งงานกับตนแล้วก็ถือว่าออกมาจากครอบครัวมาแล้ว แล้วจะให้ตนเองทิ้งไปไหน ผู้ให้ข้อมูลก็ไม่รู้ว่าถ้าทิ้งผู้ป่วยแล้วตนเองจะไปอยู่ที่ไหน จึงต้องทนจำใจดูแลมา และคิดว่าอย่างไรก็ต้องดูแลผู้ป่วยไปจนกว่าใครจะตายกันไป

## สภาพจิตใจภายหลังรับหน้าที่ดูแล

ระยะแรกเริ่มมีอาการและระยะอาการกำเริบ ในระยะแรกนี้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกลัวว่าจะถูกผู้ป่วยทำร้าย เนื่องจากผู้ป่วยอาละวาด และก็ได้บอกญาติคนไหนแม้แต่ลูกว่าสามีตนป่วย เนื่องจากคิดว่าคนอื่นก็คงกลัวเหมือนกัน และก็ไม่อยากให้ลูกเครียด นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังน้อยใจในโชคชะตาว่าเพราะเหตุใดตนต้องมามีสามีป่วยเป็นโรคนี้ คนอื่นไม่เห็นมีใครเป็นแบบตน ทั้งที่ชาตินี้ตนก็ไม่เคยทำอะไรใคร แล้วเพราะเหตุใดตนต้องเจอเรื่องอะไรนี้

ระยะหลงเหลือ ในระยะนี้มีบางครั้งที่คุณป่วยจะอาการกำเริบ โดยมักจะหยิบเงินไปใช้จ่าย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกโมโห เนื่องจากมักจะหยิบเงินซึ่งตนเก็บไว้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัว แต่เมื่ออยู่



กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเคยชินกับอาการของผู้ป่วย โดยจะรู้ว่าถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมบางอย่างแสดงว่าผู้ป่วยกำลังจะอาการกำเริบ และเมื่ออาการกำเริบแล้วต้องใช้เวลาประมาณเท่าใดถึงจะกลับมาปกติ และก็ไม่ได้คิดกังวลมากเหมือนตอนที่ผู้ป่วยเป็นตอนแรก

### การปรับสภาพจิตใจของตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลใช้เรื่องเวรกรรมมาอธิบายว่าเป็นสาเหตุให้ตนต้องมาดูแลผู้ป่วยซึ่งป่วยด้วยโรคทางจิตที่ไม่อาจรักษาให้หายขาด แม้จะบอกไม่ได้ว่าเพราะเวรกรรมอันใดของตนก็ตาม นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลพยายามทำให้ตนเองจิตใจดีขึ้นโดยการมองผู้อื่นที่มีบ้านอยู่ในละแวกเดียวกัน รวมทั้งในโทรศัพท์เห็นว่าคนอื่นทุกคนรอบตัวก็ต้องประสบปัญหาเช่นเดียวกัน และตนก็ยิ่งโชคดีกว่าคนอื่น ๆ อีกมาก



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวอภิญญา เจริญน้ํา เกิดเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2526 จบการศึกษาระดับมัธยมจากโรงเรียนจอมสุรางค์อุปถัมภ์ และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในปี 2549 และเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโทสาขาจิตวิทยาการปรึกษาในปีเดียวกัน

ประสบการณ์ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

1. ประสบการณ์ในการเป็นสมาชิกกลุ่ม
  - สมาชิกกลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตน 80 ชั่วโมง
2. ประสบการณ์ในการเป็นผู้นำกลุ่ม
  - ผู้นำกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธ 250 ชั่วโมง
3. ประสบการณ์ในการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล 50 ชั่วโมง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย