

ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

Families' Experiences of Caring for Persons with Schizophrenia

พิจิตรา ชุณหวิจิตรธรรม

ชฎาภา ประเสริฐทรง

ชนิกา เจริญจิตต์กุล

ทวีศักดิ์ กสิผล

ศิริยุพา นันสุนานนท์

อำพัน จารุทัศนางกูร

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ปีการศึกษา 2556

**ชื่อเรื่อง** ประสพการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท  
**ผู้วิจัย** พิจิตรา ชุณหวิทธิธรรม, ชฎาภา ประเสริฐทรง, ชนิกา เจริญจิตต์กุล,  
ทวีศักดิ์ กสิผล, ศิริยุพา นันสนานนท์, อัมพันธ์ จารุทสนางกูร  
**สถาบัน** มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ  
**ปีที่พิมพ์** 2559  
**สถานที่พิมพ์** มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ  
**แหล่งที่เก็บรายงานฉบับสมบูรณ์** มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ  
**จำนวนหน้างานวิจัย** 94 หน้า  
**คำสำคัญ** โรคจิตเภท ผู้ดูแล  
**ลิขสิทธิ์** มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

#### บทคัดย่อ

รายงานการวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสพการณ์ของผู้ดูแลหลัก ในด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย การประคับประคองภายในครอบครัวที่สนับสนุนทางด้านอารมณ์ผู้ป่วยที่ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว และการแสวงหาแหล่งบริการด้านสุขภาพจิต โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในผู้ดูแลหลักของครอบครัวผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 13 ราย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 51.62 ( $\pm 16.63$ ) ปี เป็นเพศหญิง และไม่ได้ทำงาน มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉลี่ย 11.58 ปี ช่วงเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือน จนถึง 40 ปี การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาพบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทจะแสดงความรู้สึกตกใจ เสียใจ และกังวลใจ ทำให้การสื่อสารในช่วงแรกจึงเน้นการใช้คำสั่งเพื่อที่จะควบคุมพฤติกรรม เมื่อสถานการณ์นั้นไม่เป็นผลผู้ดูแลจึงยอมรับในอาการของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินอาการ และมีวิธีการรับมือกับปัญหาของผู้ป่วย ผู้ดูแลในวัยสูงอายุมีความกังวลต่ออนาคตในการที่จะต้องหาบุคคลมาดูแลต่อเนื่องและสถานที่สำหรับการดูแลระยะยาว

**Research Title** Families' Experiences of Caring for Persons with Schizophrenia  
**Researchers** Pijitra Chunhathititham, Chadapa Prasertsong,  
Chanika Jaroenjitkul, Taweesak Kasiphon,  
Siriya Nansunanon, Ampun Jarutatsanangkoon  
**Institution** Huachiew Chalermprakiet University  
**Year of Publication** 2016  
**Publisher** Huachiew Chalermprakiet University  
**Sources** Huachiew Chalermprakiet University  
**No. of Pages** 94 page  
**Keywords** schizophrenia caregiver  
**Copyright** Huachiew Chalermprakiet University

### ABSTRACT

The purpose of qualitative research was to explore through describing the phenomenological of experiences among family caregivers with schizophrenia patient such as the family perceptions of members with schizophrenia, the family emotional support the patients based on Peplau s' theory of interpersonal relations and the mental health care services seeking. In-depth Interviews and participatory observation was conducted with thirteen primary caregivers of member diagnosed with schizophrenia. The majority of caregivers were women, unemployed and their mean age was 51.62 years ( $\pm$  16.63 years). All caregivers lived with schizophrenia patients more than six months until forty years. The mean duration of care was 11.58 years. According to content analysis, their family experiences showed the perception of illness member with schizophrenia was shocked, sad, and anxiety. At first, most of caregivers communicated and controlled the patients' behavior by commanding. After unsuccessful situations, they had been finally accepted and assessed symptoms of schizophrenia patients and coping with their problems. The aging family caregivers had more worry in the future about the other caregivers who was continuous taking care and providing long-term place for schizophrenia patients.

## คำนำ

งานวิจัยเรื่องประสบการณ์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการศึกษา  
ปรากฏการณ์วิทยาของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่มีบทบาทในการดูแล  
ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นับว่าเป็นภาวะวิกฤตและภาระอันใหญ่หลวงของครอบครัวที่  
จะต้องก้าวผ่าน โดยใช้ชีวิตร่วมกัน วิธีการสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการสร้าง  
สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว การประเมินและสังเกตอาการของผู้ป่วย และมีวิธีการรับมือ  
กับปัญหา ประสบการณ์ของผู้ดูแลทำให้เห็นถึงพัฒนาการของครอบครัวในแต่ละระยะ และความ  
ต่อเนื่องในการดูแล การเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากบุคลากรวิชาชีพใน  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ  
ผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกท่านได้เล่าเรื่องราวประสบการณ์ที่ได้จากการใช้ชีวิต  
ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท และขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย  
ในครั้งนี้ จนผลงานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงาน  
วิจัยฉบับสมบูรณ์นี้จะเป็นประโยชน์สำหรับครู/อาจารย์ นักวิชาการ นักวิจัยและผู้ที่สนใจได้ศึกษา  
ค้นคว้า และต่อยอดงานวิจัยในเรื่องนี้ต่อไป

พิจิตรา ชุณหภูติธรรม และคณะ

วันที่ 7 ตุลาคม 2558

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
คำนำ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
ข้อตกลงเบื้องต้น	5
นิยามศัพท์	5
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	5
<b>บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
โรคจิตเภท	7
ครอบครัวและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	15
แนวคิดและทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว	18
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
<b>บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย</b>	
การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
ระยะเวลาการเก็บข้อมูล	40
การตรวจสอบข้อมูล	40
การวิเคราะห์ข้อมูล	41
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล	41
การนำเสนอข้อมูล	41

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>	
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก	42
ตอนที่ 2 ข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตาม แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (interview guide)	43
<b>บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>	
สรุปผลการวิจัย	69
อภิปรายผลการวิจัย	73
ข้อเสนอแนะ	75
บรรณานุกรม	77
ภาคผนวก	83
ภาคผนวก ก ประวัติย่อผู้วิจัย	84
ภาคผนวก ข แนวคำถามในการสัมภาษณ์	86

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ผลการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการตอบสนองของครอบครัวต่อโรคจิตเภท	22
2	ผลการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	27
3	ผลการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการตอบสนองของครอบครัวและการแสดงออกทางอารมณ์	29
4	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก	43
5	ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	72



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

นโยบายการบริการงานด้านสุขภาพจิตในหลายประเทศได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยทางจิตกลับคืนสู่ชุมชนและสนับสนุนถึงความสำคัญของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จากการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 75 ยังมีความสัมพันธ์กับครอบครัวและเป็นจำนวนหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเภท (Hackman, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยทางจิตที่อยู่ในชุมชนพบว่า ร้อยละ 76.8 ที่อยู่กับครอบครัว และมีเพียง ร้อยละ 17.9 ที่อยู่ตามลำพัง (The Cabinet Office, 2007) ดังนั้นครอบครัวต้องแสดงบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องอยู่ร่วมกันเป็นระยะเวลายาวนาน เป็นเรื่องยากลำบากในการรักษาสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลกับผู้ป่วย และผู้ดูแลกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว นอกเหนือจากการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว หากสัมพันธ์ภาพของครอบครัวผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีในทิศทางลบแล้ว จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ ในการศึกษาพยากรณ์ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการทุเลาจากโรคจิตเภท ได้แก่ 1) การมีงานทำ 2) การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ 3) มียาที่ต้องใช้น้อย 4) ระดับความรุนแรงของอาการทางลบน้อย และ 5) มีอาการข้างเคียงจากยาน้อย โดยมีผลการศึกษาอื่น ๆ ที่พบปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยมีอายุน้อย เป็นเพศหญิง แต่งงานแล้ว ระดับการศึกษา การจ้างงาน ระยะเวลาในการเจ็บป่วย อาการที่เกิดขึ้น ในปัจจุบันอาการทางจิตด้านบวกและด้านลบ แรงสนับสนุนที่ดี เป็นต้น เช่นเดียวกับในประเทศแถบเอเชียพบว่า ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว ทัศนคติทางบวกของครอบครัวและชุมชน การแต่งงาน รูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ มีงานที่ทำแล้วไม่ก่อให้เกิดความเครียดร่วมกับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ทำให้ผู้ป่วยมีพยากรณ์ของโรคที่ดี (Valencia, M.F. et al. 2015 : 2339-2348) นอกจากนี้มีงานวิจัยที่ศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความไม่เป็นมิตร ดำเนินคดียื่น หรือเข้าไปยุ่งกับผู้ป่วยมากเกินไป ซึ่งลักษณะเหล่านี้เป็นสิ่งแวดล้อมทางลบที่ส่งต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนมากมีอาการกำเริบ กลับเป็นซ้ำและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและความรู้สึกเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว ที่ควรจะได้รับการเตรียมความพร้อมหรือความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบผู้ป่วย ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จากงานวิจัยทางด้านจิตเวชที่ศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยทางจิต มีนักวิจัยหลายท่านที่ได้ศึกษาถึงความยุ่งยากและภาระของ



ครอบครัวที่ต้องให้การดูแลบุคคลที่ป่วยจิตเภท (Awad and Voruganti. 2008 ; Gutierrez-Maldonado, Caqueo-Urizar and Kavanagh. 2005 ; Ramirez Garcia, Hernandez and Dorian. 2009 ; Rose, Mallinson and Gerson. 2006) นอกจากนี้ ซอนเดอร์ ได้รายงานผลการวิจัยไว้ในบทความวิจัยเกี่ยวกับครอบครัวที่ให้การดูแลบุคคลที่ป่วยจิตเภทว่าอาการของผู้ป่วยจะทำให้ครอบครัวมีภาระที่ไม่จับสั่นและทำให้เกิดภาวะกดดันทางจิตใจในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ปัญหาทางพฤติกรรมของตัวผู้ป่วย มีอิทธิพลอย่างมากต่อความสำเร็จในบทบาทหน้าที่ของครอบครัวที่ให้การดูแล (Saunders. 2003) ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นกับครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า พ่อแม่ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะโทษตัวเอง (Ferriter and Huband. 2003) ส่วนคู่ชีวิตจะรู้สึกเป็นภาระจากอาการป่วย (Jungbauer et al. 2004 ; Mizuno, Iwasaki and Sakai. 2011) นอกจากนี้ ครอบครัวจะได้ประสบการณ์ทางลบจากสังคมที่แสดงการรังเกียจและเกิดการแบ่งแยกทางสังคม (Angermeyer, Schulze and Dietrich. 2003) จากผลกระทบต่อครอบครัวในการทำหน้าที่ผู้ดูแล ที่มีอาจถึงบทบาทหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งลงได้ จะทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด เบื่อหน่าย และท้อแท้ได้ จากภาระที่หนักอาจทำให้ผู้ดูแลกลายเป็นผู้ป่วยแอบแฝง (hidden patient) หรืออาจกลายเป็นผู้ป่วยได้ (Laura. 1998 : 26) หากผู้ดูแลเจ็บป่วยย่อมจะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

มีการศึกษาประสบการณ์ความยากลำบากของครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถประเมินปัญหาได้เป็น 2 ลักษณะ ซึ่งได้จากการสังเกตพฤติกรรมความขัดแย้งระหว่างการทำหน้าที่และความสัมพันธ์ของครอบครัว ความตึงเครียดทางสังคม การทำงานและการใช้เวลาว่าง ปัญหาสุขภาพทั่วไป และปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาอีกลักษณะหนึ่งเป็นปฏิกิริยาความรู้สึกทางด้านจิตใจของครอบครัว เช่น ความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ รู้สึกอาย สูญเสีย รู้สึกผิด โกรธ ซึมเศร้า กังวลใจ ต่อสถานการณ์ทางสังคม และเป็นตราบาบ โดยปัญหาทั้งสองลักษณะนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตลดลง หากครอบครัวมีความเข้มแข็งทางจิตใจ และมีความพึงพอใจก็จะทำให้เกิดประสบการณ์ในทางบวก เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าและความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วย การแสดงบทบาทของพ่อแม่ และความรู้ของครอบครัวจะช่วยทำให้ครอบครัวยอมรับในบทบาทของตนเอง และเกิดความตระหนักต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจะต้องมีความรู้ความเข้าใจประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการปฏิบัติการพยาบาล ความรู้สึกหรือทัศนคติ ความต้องการ และการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องนี้จะทำให้บุคลากรทางวิชาชีพด้านสุขภาพจิตได้พัฒนารูปแบบการดูแล เพื่อแก้ไขปัญหาได้ตรงตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อหาความความหมายและความเป็นองค์รวม มีการศึกษาในเมืองหลวงประเทศสหรัฐอเมริกาฝั่ง

ตะวันออกเฉียงใต้ เกี่ยวกับประสบการณ์ครอบครัวที่มีสมาชิกอาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 26 ครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับตัวแปรทางด้านจิตใจ พฤติกรรมแก้ไข้ปัญหาในครอบครัว ความทุกข์โศกของครอบครัว แรงสนับสนุนจากครอบครัว และปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งผลการวิจัยพบประเด็นที่มีผลต่อการดูแลได้แก่ ความรู้สึกทุกข์อย่างท่วมท้น ความสำคัญของการใช้ยา ความยุ่งยากของกฎหมาย ครอบครัวและเพื่อน และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพจิต (Saunders and Byrne. 2002) ในขณะที่เดียวกันมีอีกการศึกษาหนึ่งในประเทศไต้หวันพบว่ามีประเด็นเรื่องวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยผู้ดูแลได้รับการสัมภาษณ์รายบุคคลพบว่ามี การแสดงความรู้สึกและการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ ผ่านวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยา ผลการวิจัยพบประเด็นที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ภาวะในการดูแล ภาวะทางอารมณ์ และกลวิธีในการจัดการปัญหา (Huang et al. 2009) นอกจากนี้ ยังพบว่างานวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า มีเพียงเรื่องเดียวที่ระบุว่าครอบครัวของผู้ป่วยยังคงต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การอบรมทักษะการสื่อสาร และความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้รักษา (Marques. 2009)

จากการทบทวนและสังเคราะห์เอกสารงานวิจัยอย่างเป็นระบบเรื่องประสบการณ์การดูแลของครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทจากฐานข้อมูลงานวิจัยในประเทศไทย จำนวน 27 เรื่อง โดย ภัทราภรณ์ พุงปันคำ และคณะ (2013) พบข้อค้นพบ จำนวน 193 ประเด็น แบ่งเป็น 35 ชนิด ซึ่งสามารถนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติได้ดังนี้ 1) เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าโรคจิตเภท การตอบสนองของสมาชิกในครอบครัว การเจ็บป่วย ระบบการดูแลสุขภาพ และการเจ็บป่วยอื่น ผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีความตระหนักและความรู้สึกไวต่อการตอบสนองและการจัดบริการ 2) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแลทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งผลกระทบต่อด้านลบจำเป็นต้องมีรูปแบบการให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน 3) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องอย่างเต็มที่ผู้ดูแลจะต้องปรับบทบาทและอารมณ์ของตนเอง โดยกำหนดเป้าหมายของบทบาทให้กลมกลืนไปกับชีวิตของตน จึงควรมีการเตรียมผู้ดูแลให้แสดงบทบาทของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทเดิมและดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ 4) ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรวิชาชีพ สมาชิกในครอบครัว ให้มีลักษณะเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดกลุ่มในลักษณะนี้ควรมีการดำเนินการในระดับชุมชนด้วย 5) ผู้ดูแลต้องประยุกต์ทักษะหลายรูปแบบในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวและอาการจิตของผู้ป่วยเช่นเดียวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การเรียน การทำงาน การมีสังคม ทักษะชีวิตและการใช้ชีวิตด้านอื่น ๆ ดังนั้นจึงควรมีรูปแบบการอบรมทักษะการดูแลที่จำเป็นในกลุ่มให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษา 6) ผู้ดูแลมีความต้องการและกังวลเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกในระยะยาว และแสวงหาความช่วยเหลืออย่างยั่งยืน ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับนโยบายของผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยส่วนใหญ่จะเน้นเกี่ยวกับภาระของ

ครอบครัวเช่น การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วย การให้การดูแลผู้ป่วย ผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และการใช้บริการรักษาทางจิตเวช โดยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการสื่อสารภายในครอบครัวมากนัก

จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่ายังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องการประคับประคองการสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงซึ่งพบมากที่สุด ผู้ป่วยจะมีลักษณะของการมองโลกในแง่ร้าย เกรงว่าจะมีใครมาปองร้าย เกิดความวิตกกังวลตลอดเวลา ในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชจึงต้องใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและรู้สึกปลอดภัย เมื่อได้เชื่อมโยงกับทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว ที่เชื่อว่า การสื่อสารที่มีลักษณะการแสดงความช่วยเหลือ สนับสนุนให้กำลังใจ จะเป็นการให้โอกาสที่เปิดกว้างในการสร้างสัมพันธภาพที่จะนำไปสู่การเรียนรู้ในการที่จะแก้ปัญหาาร่วมกันและลดความวิตกกังวลผู้ป่วย ดังนั้นการที่ครอบครัวสามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามแนวคิดดังกล่าว โดยมีการสื่อสารที่ชัดเจนซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดการป่วยซ้ำลงได้ ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลอ้างอิงที่เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อค้นหาลักษณะของการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวกับผู้ป่วย แนวทางการพัฒนากระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในดูแลผู้ป่วยสำหรับครอบครัว หรือเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลครอบครัว ให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยและผลกระทบจากการดูแล การประคับประคองภายในครอบครัวที่สนับสนุนทางด้านอารมณ์ผู้ป่วย และการแสวงหาแหล่งบริการ

### ขอบเขตของการวิจัย

1. การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลของครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4<sup>th</sup> หรือ DSM-IV-TR) หรือองค์การอนามัยโลก (International Classification of Disease / ICD-10) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงซึ่งพบมากที่สุดและมีลักษณะที่สำคัญคือมีอาการหวาดระแวงและไม่ไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาเท่านั้น

2. ระยะเวลาของการศึกษา ประมาณ 1 ปี เริ่มตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2557 ถึงเดือนสิงหาคม 2558 ได้ทำการศึกษาผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 13 ราย โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการศึกษาเอกสาร

3. แหล่งข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาจากการศึกษาเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

4. ประเด็นที่ใช้ในการศึกษาคือ ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย การประคับประคองภายในครอบครัวที่สนับสนุนทางด้านอารมณ์ผู้ป่วย และการแสวงหาแหล่งบริการ

### ข้อตกลงเบื้องต้น

ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย การประคับประคองภายในครอบครัวที่สนับสนุนทางด้านอารมณ์ผู้ป่วย และการแสวงหาแหล่งบริการ สามารถสะท้อนได้จากการสัมภาษณ์ และการสังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ ระหว่างการสัมภาษณ์

### นิยามศัพท์

**ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงที่ได้รับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยมีความผูกพันใกล้ชิดที่ผู้ป่วยพึ่งพาอาศัยมากที่สุด ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้

**การประคับประคองภายในครอบครัวที่สนับสนุนทางด้านอารมณ์** หมายถึง การให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว ซึ่งจะเน้นเรื่องลักษณะวิธีการสื่อสารภายในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เป็นการสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะด้านการประคับประคองภายในครอบครัวเพื่อให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้มีความไว้วางใจ มั่นคงและปลอดภัย ซึ่งมีผลต่อการรักษาพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับโรงพยาบาลและชุมชน

2. พยาบาลและทีมบุคลากรทางสุขภาพเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท สามารถหารูปแบบ/กลวิธีการจัดการ เพื่อวางแผนในการปฏิบัติทางการพยาบาลและให้การรักษาผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ



## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศดังนี้

#### 1. โรคจิตเภท

##### 1.1 ความหมาย

##### 1.2 อุบัติการณ์ของโรคจิตเภท

##### 1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท

##### 1.4 อาการและอาการแสดง

##### 1.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

##### 1.6 ชนิดของโรคจิตเภท

##### 1.7 การรักษา

#### 2. ครอบครัวและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 3. แนวคิดและทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. โรคจิตเภท (schizophrenia)

#### 1.1 ความหมาย

โรคจิตเภทเป็นกลุ่มของความผิดปกติที่เด่นชัดมาก และไม่ใช่มีความผิดปกติเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่เป็นความผิดปกติหลาย ๆ ด้านมารวมกัน ได้แก่ ความผิดปกติทางความคิด ผู้ป่วยจะหมกมุ่นกับตนเอง และเพ้อฝันภายในตนเอง ความผิดปกติด้านการรับรู้ ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจจะอยู่ในโลกส่วนตัวของตนเอง โลกที่อาจจะเต็มไปด้วยเสียงที่ตำหนิ ตีเตียน หรือกล่าวโทษตนเอง หรืออาจจะมองเห็นสัตว์หรือภาพที่ทำให้ผู้ป่วยตกใจกลัว ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยแยกตัวจากสิ่งแวดล้อมภายนอกอย่างสิ้นเชิง และหมกมุ่นกับโลกตนเอง จนกลายเป็นพฤติกรรมถดถอยมากจนไม่สนใจดูแลกิจวัตรประจำวัน ความสะอาดของร่างกาย หรือไม่สามารถจัดการดูแลกับความเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือความเจ็บปวดของตนเองได้ ความผิดปกติด้านอารมณ์ เรียบ เฉย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

#### 1.2 อุบัติการณ์ของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทจัดเป็นโรคทางจิตที่พบมากที่สุด อัตราอุบัติการณ์ของโรคคิดเป็น 15 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี มีความชุกช่วงชีวิต 1% ของประชากรทั่วโลก อายุที่เริ่มมีการเจ็บป่วยมักเกิดครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเกิดโรคนี้ได้เท่า ๆ กัน แต่

ผู้หญิงจะมีอาการทางบวกมากกว่าอาการทางลบเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ชาย (Keltner. 1999 : 352) ในผู้ชายพบมากในช่วงอายุ 18-25 ปี ส่วนในผู้หญิงพบในช่วงอายุ 25-35 ปี โดยผู้ชายจะมีอุบัติการณ์สูงกว่าผู้หญิงในอัตราส่วน 1.4 : 1 (Marwick and Birrell. 2013)

### 1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท (DSM-IV TR Criteria for schizophrenia)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท ตามคู่มือการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกันปี ค.ศ. 2000 (Keltner. 1999 : 352) มีดังนี้

1. ลักษณะอาการ มีอาการเหล่านี้ 2 อย่าง หรือมากกว่า และแสดงให้เห็นในระยะเวลา 1 เดือน ได้แก่

- 1) หลงผิด
- 2) ประสาทหลอน
- 3) คำพูดกระจัดกระจาย รวบรวมไม่ได้ เช่น พูดเป็นคำ ๆ พูดเป็นประโยคที่ไม่ได้

ใจความต่อเนื่องกัน

- 4) ไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อใหญ่ได้ หรือการคงอยู่ท่าใดท่าหนึ่ง
- 5) อาการทางลบ เช่น อารมณ์ราบเรียบ เฉย

2. บกพร่องทางสังคม/อาชีพการงาน เช่น การสนใจดูแลตนเอง การทำงาน อยู่ในระดับต่ำกว่าก่อนมีอาการ

3. ระยะเวลา มีอาการเกิดขึ้นไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
4. แยกโรคจาก mood disorder และ schizoaffective disorders
5. แยกโรคจากการใช้ยา หรือสาร
6. หาคความสัมพันธ์กับ pervasive development disorders

เกณฑ์สำหรับการวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (International of Classification of Disease ; ICD-10) ดังนี้

1. กลุ่มอาการที่แสดงว่ามีความผิดปกติของความคิด ได้แก่ thought echo, thought insertion, thought withdrawal และ thought broadcasting

2. อาการหลงผิดคิดว่าการเคลื่อนไหวของแขน ขา หรือความคิด หรือการกระทำ หรือการรับรู้ความรู้สึก ถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอก (delusion of control, Influence หรือ passivity) หรืออาการหลงผิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับรู้จริง ๆ (delusional perception) เช่น เห็นแพทย์ชัชบังมุกไปมาแล้วหลงผิดคิดว่าต้องการบำบัดความใคร่ด้วยตนเอง เป็นต้น

3. มีอาการหลงผิดอย่างอื่น โดยที่อาการหลงผิดนั้นเป็นอยู่เรื่อย ๆ และไม่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และเป็นไปไม่ได้ เช่น สร้างเอกลักษณ์ทางศาสนา หรือเอกลักษณ์ทาง

การเมือง หรือหลงผิดคิดว่าตนเองมีอำนาจ หรือพลังเหนือมนุษย์ เช่น มีความสามารถที่จะควบคุมอากาศ หรือกำลังสนทนากับมนุษย์ต่างดาว เป็นต้น

4. มีเสียงหลอนหรือเสียงแว่วที่คอยวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือหูแว่วได้ยินเสียงพูดหลายเสียงกำลังวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับผู้ป่วย หรือเป็นเสียงหลอนที่มาจากบางส่วนของร่างกาย

5. มีอาการประสาทหลอนอยู่เรื่อย ๆ โดยจะเป็นชนิดใดก็ได้ แต่ส่วนมากจะเป็นประสาทหลอนทางหู และต้องเป็นร่วมกับอาการหลงผิด โดยอาการหลงผิดอาจจะเป็นแล้วหายไปอย่างรวดเร็ว หรืออาการหลงผิดแบบไม่เต็มรูปแบบ หรืออาการหลงผิดนั้นเกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลาหลาย ๆ สัปดาห์ หรือหลาย ๆ เดือน

6. กระแสความคิดแตกกระจาย หรือผู้ป่วยเติมความคิดไปมาก จนทำให้ความคิดมีลักษณะไม่เชื่อมต่อกัน หรือพูดไม่ตรงประเด็น หรือมีลักษณะ neologism

7. มีพฤติกรรมแบบ catatonia เช่น ทำท่าค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ หรือทำท่าแข็งทื่อเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) ท่าที่ต่อต้าน (negativism) หรือ เป็นใบ้ (mutism) หรือมีพฤติกรรมหนึ่งเสมือนหนึ่งไม่มีชีวิต

8. มีอาการทางลบ เช่น สีหน้าที่ไม่แสดงอารมณ์ พูดน้อยมาก การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม และความสามารถทางสังคมลดลง จนส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม ทั้งนี้ต้องแน่ใจว่าอาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากอารมณ์เศร้า หรือยารักษาโรคจิต

9. มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในพฤติกรรมส่วนบุคคล และเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่น เปลี่ยนแปลงไปสู่การไม่สนใจ ไม่มีเป้าหมายในชีวิต เกียจคร้าน หมกมุ่นกับตนเอง แยกตัวออกจากสังคม เป็นต้น

ตามปกติจะวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการตามข้อที่ 1 – 4 ข้อใดข้อหนึ่ง อย่างชัดเจนมาก ๆ ถ้าหากอาการไม่ชัดเจนนักก็ให้มีอาการ 2 ข้อ หรือมากกว่า แต่ถ้าเป็นอาการตามข้อที่ 5 – 8 ก็ให้มีอาการอย่างน้อยที่สุด 2 ข้อ อาการตามเกณฑ์เหล่านี้ต้องเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือน ถ้าผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ดังกล่าวแต่เป็นน้อยกว่า 1 เดือน ไม่ว่าจะได้รับการรักษาแล้วหรือไม่ก็ตามใน ICD-10 จะให้การวินิจฉัยว่าเป็น acute schizophrenia - like psychotic disorder ไว้ก่อน แล้วค่อยวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทภายหลัง ถ้าหากอาการนั้นเป็นอยู่นานกว่า 1 เดือน

#### 1.4 อาการและอาการแสดง

อาการแสดงของโรคซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ในแต่ละคนอาจมีอาการแตกต่างกันไปในแต่ละครั้งที่มีอาการก็ได้ สามารถแบ่งระยะเวลาของการเกิดอาการได้ดังนี้



### ระยะเฉียบพลัน (acute illness period)

ในระยะเริ่มแรก พฤติกรรมของผู้ป่วยอาจจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสับสน และรู้สึกตกใจกลัว การเปลี่ยนแปลงอาจจะยากที่จะบอกชัดเจน แต่มีบางจุดเช่น มีการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมที่รู้สึกแปลกประหลาดไป ได้แก่ นิ่งอยู่ตลอดคืน หลาย ๆ คืน หรือก้าวร้าวกับผู้อื่น ยกตัวอย่างที่ผู้เขียนเคยสอบถามกับน้องชายผู้ป่วยที่เพิ่งเข้ารับการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยทำร้ายเพื่อนสนิท น้องชายผู้ป่วยตกใจมากเพราะคิดไม่ถึง ผู้เขียนได้ซักถามว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมอะไรที่เปลี่ยนแปลงและสังเกตเห็นก่อนหน้าหรือไม่ น้องชายผู้ป่วยนึกย้อนไปว่า เมื่อ 2 เดือน ก่อนไปเยี่ยมผู้ป่วยแล้วรู้สึกว่าการจัดห้องแปลกออกไป มีแจกันดอกไม้สีสดตั้งอยู่ทั่วทุกมุมห้อง มีการเขียนป้ายคำสอนทางศาสนาต่าง ๆ ติดไว้ตามฝาผนัง และผู้ป่วยปกติชอบแยกตัว สวดมนต์เป็นประจำ ตนเองก็ไม่ติดใจอะไร ไม่ได้คิดว่าเจ็บป่วย หรือการที่ผู้ป่วยครองเกล้าว่า หลังจากกลับจากที่ทำงาน ผู้ป่วยก็เข้าห้อง ไม่พูดจากับใคร ต่อมาก็เก็บตัว ไม่ออกจากห้อง ไม่ไปทำงาน หรือผู้ป่วยบางคนเดินพูดคนเดียว บางครั้งส่งเสียงดังเหมือนต่อว่าใคร เป็นต้น

อาการที่เกิดขึ้นจะดำเนินไปเรื่อย ๆ ความสนใจดูแลตนเองเริ่มน้อยลง ๆ จนในที่สุดผู้ป่วยจะไม่นอน ไม่รับประทานอาหาร และไม่อาบน้ำ ความสามารถในการทำงานเสื่อมถอยลง ไม่สนใจ ไม่ไปทำงาน ขาดงาน และเป็นภาระกับครอบครัว ทำให้ครอบครัวและเพื่อนต้องพาเข้ามารับการรักษา ในระยะที่มีอาการเฉียบพลันนี้ ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของตนเองและผู้อื่น ในระยะนี้การรักษาเน้นที่การให้ยาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อความปลอดภัยและให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ ความบกพร่องในหน้าที่การงานในช่วงนี้ยังมีอยู่ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเริ่มที่จะปรับตัว อารมณ์เฉยเมยเริ่มลดลง และผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

### ระยะอาการคงที่ (stabilization period)

อาการในระยะนี้คงที่ อาการเฉียบพลันต่าง ๆ ลดลง แต่อาจจะยังมีบ้าง การรักษาเน้นที่การปรับยาให้ได้ขนาด ให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับความคิดในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ตลอดจนให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มสังคมกับผู้อื่น หากผู้ป่วยเข้าสังคมได้มากขึ้น ก็จะเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

### ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (maintenance and recovery period)

ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นระยะที่พัฒนาระดับการทำหน้าที่การงานของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิต โดยเน้นถึงความจำเป็นของการใช้ยาที่จะช่วยปรับปรุงความสามารถและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นจะต้องซื้อสัตย์ในการรับประทานยา ตลอดจนครอบครัวต้องมีความเข้าใจในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล

### 1.5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้น ยังมีการศึกษาและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยมีทฤษฎีต่าง ๆ พยายามอธิบายมากมาย สรุปได้เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ 2 กลุ่ม คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา และทฤษฎีทางจิตสังคม โดยเฉพาะในปัจจุบันทฤษฎีทางชีววิทยาจะเด่นที่สุด และเข้ามาแทนที่ทฤษฎีทางจิตสังคมในการเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท ดังต่อไปนี้

**1) ทฤษฎีทางชีววิทยา (biological theories)** สาเหตุของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางร่างกายได้แก่ พันธุกรรม ชีวเคมีและกายวิภาคของระบบประสาท

#### ปัจจัยด้านพันธุกรรม (genetic influences)

มีหลักฐานแสดงอย่างชัดเจนว่า ปัจจัยด้านพันธุกรรมทำให้เกิดโรคจิตเภท อุบัติการณ์ของโรคจิตเภทเกิดกับกลุ่มญาติมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป นั่นคือ ถ้าประชากรกลุ่มทั่วไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคประมาณ 1% คนในครอบครัวจะมีโอกาสที่จะเป็นโรค โดยเฉพาะญาติที่ใกล้ชิดจะมีความเสี่ยงสูงมากกว่าญาติอันดistantรองลงไป เด็กที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเป็นถึง 10-16 % (Johnson. 1997 : 570) และถ้าเด็กมีทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคจิต โอกาสที่เด็กเป็นโรคนี้อาจสูงถึง 40 % ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการศึกษาเกี่ยวกับ DNA ในปัจจุบันทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์มากขึ้นเกี่ยวกับยีนส์ของโรคจิตเภท โดยพบว่า ยีนส์มีตำแหน่งที่ผิดปกติ 2 แห่ง คือ บนโครโมโซมคู่ที่ 22 และโครโมโซมคู่ที่ 6 (Sturt and Laria. 2005 ; citing in Kandel, Schwartz and Jessell. 2000)

#### ปัจจัยทางชีวเคมีในสมอง (neuro-chemical influences)

งานวิจัยในปัจจุบันเน้นปัจจัยของชีวเคมีในสมองที่มีผลต่อการเกิดโรคจิตเภท ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้สามารถศึกษาสิ่งต่าง ๆ ชัดเจนยิ่งขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง การไหลเวียนของโลหิต เป็นต้น ยกตัวอย่าง เช่น การใช้เครื่อง Positron Emission Tomography (PET scan) ทำให้แสดงภาพถ่ายบาง ๆ ของความหนาแน่นของรังสีเพื่อจะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีการทำงานของสมองส่วนหน้าต่ำกว่าปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการทำงานในส่วนของ basal ganglia ลดลง

ความแตกต่างของชีวเคมีในสมองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นเหตุให้เกิดอาการทางประสาทสัมผัสผิดปกติ ส่งผลให้ไม่มีสมาธิ แยกตัว และไวต่อความรู้สึก อาการของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องในการควบคุมระบบสารสื่อประสาท เช่น dopamine serotonin norepinephrine acetylcholine cholecystokinin glutamate และ gamma-aminobutyric acid จากสมมติฐานของการเกิดโรคจิตเภทเกิดจากความไม่สมดุลของการหลั่งสารสื่อประสาท 2 ชนิด คือ dopamine และ norepinephrine โดยเฉพาะถ้ามีการหลั่ง dopamine มากเกินไปก็จะทำให้เกิดอาการทางบวก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทบางรายจะมีจำนวน receptors ของ Serotonin ลดลง ทำให้ระดับ serotonin เพิ่มขึ้น ซึ่งเชื่อว่าทำให้เกิดสาร bufotinine และ dimethyltryptaline ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้เกิดอาการประสาทหลอนได้

### ปัจจัยทางกายวิภาคของสมอง (neuro-anatomical influences)

จากการเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computed Tomography ; CT scan) และ Magnetic Resonance Imaging (MRI) พบว่า มีโครงสร้างทางสมองผิดปกติ 4 แห่ง ได้แก่

1. ในระยะเริ่มแรกของโรคมีการลดจำนวนการไหลเวียนของเลือดใน left globus pallidus
2. ขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนหน้า frontal lobe มากขึ้น
3. ส่วนของ cortex ในส่วนกลาง temporal lobe สีบบางและส่วนหน้าของ hippocampus เล็กลง
4. มีการลด grey matter และ lateral ventricle มีขนาดใหญ่ กว้าง และไม่สมมาตร

ความผิดปกติเหล่านี้จะปรากฏให้เห็นในระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย และอาจมีผลต่อความบกพร่องของแรงจูงใจ การเข้าสังคม และการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งจากการศึกษาสมองของคู่แฝดพบว่า มีความผิดปกติของโครงสร้างทางสมองเนื่องจากปัจจัยทางพันธุกรรม

2) ทฤษฎีทางจิตสังคม (psychosocial theories) จะเน้นไปที่ภายในจิตใจ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ได้แก่

#### ปัจจัยภายใน (intrapsychic influences)

ปัจจัยภายในเชื่อว่า โรคจิตเภทมีสาเหตุมาจากบุคลิกภาพที่ผิดปกติ เนื่องจากการที่มีระดับความวิตกกังวลสูงขึ้นไปนั้นคือ ลักษณะบุคลิกภาพของคนนั่นเองเช่น เป็นคนไวต่อความรู้สึก วิตกกังวลสูง ไม่ชอบเข้าสังคม และเมื่ออยู่ภายใต้ความเครียดนานก็อาจจะควบคุมไม่ได้ กลายเป็นคนที่ขี้สงสัย ระแวง แยกตัว เป็นต้น

#### ปัจจัยทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (interpersonal influences)

สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดโรคจิตเภทนั้นจะมองว่า บุคคลเรียนรู้ค่านิยม ทศนคติ แบบแผนการติดต่อสื่อสารผ่านกระบวนการทางครอบครัวและวัฒนธรรม ดังนี้

##### 1. การสื่อสาร

ในระหว่างปี ค.ศ. 1950 ได้มีการให้ความสนใจบทบาทการมีปฏิสัมพันธ์ที่ผิดปกติภายในครอบครัว ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเป็นโรคจิตเภท นั่นคือ สิ่งแวดล้อมหรือบรรยากาศในครอบครัวเป็นแหล่งความเครียดที่น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยเฉพาะแบบแผนการสื่อสารที่บกพร่องดังนี้

1.1 ลักษณะการสื่อสารแบบ double blind communication ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะมีการสื่อสารผิดปกติที่เรียกว่า “double-blind communication” หรืออาจจะออกมาในลักษณะของความเย็นชาเช่น เดี่ยวรัก เดี่ยวไม่รัก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยเกิดความรู้สึกขัดแย้งและสับสน

1.2 รูปแบบการสื่อสารทั่วไป จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารทั่วไปในครอบครัวพบว่า ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจะมีแนวโน้มการสื่อสารที่ผิดปกติไป เช่น ผู้ปกครองไม่สามารถสร้างจุดสนใจร่วมกันและแทนที่จะสื่อสารในลักษณะถ้อยที่ถ้อยอาศัยซึ่งกันและกันของสมาชิกครอบครัวกลับมีการสื่อสารด้วยท่าทีที่ไม่สัมพันธ์กัน (incoherence) (Wynne et al. 1975) คำพูดที่ใช้มักจะไม่สมเหตุสมผล หรือ ไม่สมบูรณ์ (Neale and Oltmann. 1980 : 315 citing in Wynne and Singer. 1963)

## 2. การแสดงออกทางอารมณ์

ปัจจัยครอบครัวที่เป็นสาเหตุหนึ่งในการเกิดโรคจิตเภท คือ มีบรรยากาศภายในครอบครัวทางลบ หรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันสูงเกินไป “High Expressed emotion (EE)” โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้วยการสื่อสารด้วยถ้อยคำที่มีการตำหนิติเตียน (criticism) ท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) และจู้จี้จ้านจ้านมากเกินไป (over-involvement) (Goldstein. 1987) บรรยากาศภายในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นเช่นนี้ จะเป็นสิ่งที่กระตุ้นสมาชิกในครอบครัวมีความเครียดสูงและปรับตัวไม่ได้ ลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบบ่อย โดยเฉพาะในวัยรุ่น ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลจำเป็นต้องแก้ไขปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม High EE ยังพบในโรคอื่นด้วย เช่น โรคซึมเศร้า เป็นต้น (Brown และคณะ. 1972 ; Doane และคณะ. 1981)

### 1.6 ชนิดของโรคจิตเภท (types of Schizophrenia)

โรคจิตเภทแบ่งตามเกณฑ์ DSM-IV TR ได้ ดังนี้

1. schizophrenia ชนิด disorganized type (แต่เดิมเรียกว่า hebephrenic) ผู้ป่วยจะพูดไม่ปะติดปะต่อ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งผลกระทบต่อกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวัน มีอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือราบเรียบ เฉยเมย แต่มีการทำท่าทางที่แปลกประหลาด

2. schizophrenia ชนิด catatonia type ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกายเช่น ไม่เคลื่อนไหว อยู่นิ่ง ๆ ซึม หรือพอเคลื่อนไหวทำไต่ก็ค้างอยู่ท่านั้นเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง หรืออาจออกมาในรูปการเคลื่อนไหวมากเกินไป และเอะอะก็ได้ เช่น ผู้ป่วยออกวิ่งโดยไร้จุดหมาย ไม่หลับ ไม่นอน หรือบางรายก็มีการทำตาม (echopraxia) หรือพูดตาม (echolalia)

3. schizophrenia ชนิด paranoid type ซึ่งพบมากที่สุด เป็นผู้ป่วยหลงผิดชนิดระวาง หลงผิดชนิดเป็นใหญ่เป็นโต หรือคิดแต่เรื่องตนเอง หรือมักมีประสาทหลอนชนิดหูแว่วบ่อย ๆ โดยเนื้อหาจะเกี่ยวกับการระวาง สงสัย หรือเป็นใหญ่เป็นโต หรือทั้งสองอย่าง อาการหลงผิดนั้นจะเป็น หัวข้อหรือเนื้อหาที่โยงกันเป็นเรื่องเป็นราว เกรงว่ามีคนจะมาทำร้าย วิตกกังวลตลอดเวลา โดยผู้ป่วย พยายามที่จะหาเหตุผลและความกระจ่างแต่ไม่ได้รับคำตอบว่าเพราะอะไร ความคิดจะวุ่นและสิ้นสุดลง ที่ตนเอง ผู้ป่วยพยายามลดความตึงเครียดของตนโดยใช้กลไกทางจิตคือการโทษผู้อื่น ความรู้สึกที่คิด ระวางจะเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และมีพฤติกรรมรุนแรงได้

4. schizophrenia ชนิด undifferentiated type ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่เด่นชัด เช่น หลงผิด และประสาทหลอน แต่ไม่ได้เข้าตามเกณฑ์ของ disorganized catatonic หรือ paranoid type

5. schizophrenia ชนิด residual type ผู้ป่วยจะมีอาการหลงเหลืออย่างน้อย 1 อย่าง แต่อาการแสดงในปัจจุบันนั้น จะไม่มีอาการทางบวกที่แสดงออกมากแล้วคือ ไม่มีอาการประสาท หลอน หลงผิด พูดไม่ปะติดปะต่อ แต่จะมีอาการทางลบแสดงออกมา เช่น แยกตัว มีอารมณ์ราบเรียบ

### 1.7 การรักษา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์และการรับรู้ เช่น มีอาการหลงคิด หวาดระวาง พูดคนเดียว แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม มีหูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน เป็นต้น อาการจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและดำเนิน ต่อไปอย่างเรื้อรัง จนทำให้การปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันจะเริ่มเสื่อมลงอย่างมาก การวิจัยเกี่ยว โรคจิตเภทในปัจจุบันเชื่อว่าโรคเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท บุคลิกภาพ ร่วมกับ สภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญทำให้การรักษาหลักในผู้ป่วยจิตเภทจะเข้าด้านโรคจิตในระยะแรก ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วยในระยะต่อมา แนวคิดในการบำบัดโรคจิตเภท (อุมพร ตรังคสมบัติ. 2544)

1. การบำบัดต้องเป็นแบบผสมผสาน ทั้งการใช้ยา การให้คำปรึกษาเฉพาะตัว และการทำจิต บำบัดครอบครัว ในแต่ละระยะอาจเน้นที่วิธีใดวิธีหนึ่งเป็นหลัก เช่น ในระยะที่ผู้ป่วยมีหูแว่ว ภาพหลอน อย่างรุนแรงจะต้องใช้ยาเป็นหลัก เมื่อมีอาการดีขึ้นควรทำจิตบำบัดแบบประคับประคองเพื่อช่วยใน การปรับตัว รวมทั้งการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะยาชนิดที่ออกฤทธิ์นาน ซึ่งได้ผลดีกว่ายากิน เพราะผู้ป่วยจะได้รับยาสม่ำเสมอว่า

2. ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การบำบัดได้ผลดีหรือไม่ก็ล้มเหลว ดังนั้นการนำ ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้ครอบครัวมีทัศนคติที่ถูกต้องคือ ทัศนคติ แห่งการช่วยเหลือ ไม่ใช่ตำหนิตีเดียหรือไม่ยอมรับผู้ป่วย การวิจัยพบว่า ถ้านำครอบครัวเข้ามามีส่วน ร่วมในการบำบัดตั้งแต่ระยะแรก จะได้ผลดีกว่านำเข้ามาช่วยในระยะหลัง

3. การทำจิตบำบัดครอบครัวและการบำบัดด้วยยาเป็นสิ่งที่เสริมซึ่งกันและกัน ยาจะทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อจิตบำบัดได้ดีขึ้น โดยช่วยให้อาการเครียดและวิตกกังวลลดลง และมีสมาธิมากขึ้น ในทางกลับกันการทำจิตบำบัดก็จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลตนเอง ทั้งสามารถปรับปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันให้เหมาะสมยิ่งขึ้น การให้แต่ยาเพื่อควบคุมอาการทางจิตโดยไม่ทำการบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วยเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม

## 2. ครอบครัวและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง สมาชิกของครอบครัวที่มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือดูแลและครอบคลุมถึงการจัดการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตภายนอกโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม (Stuart. 2013)

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการการพึ่งพา ซึ่งการให้การดูแลเป็นการที่บุคคลที่เป็นผู้ใหญ่มีส่วนช่วยในการส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา (Orem อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล. 2544) ผู้ดูแลจึงเป็นได้ทั้งบุคคลวิชาชีพทางการแพทย์และสมาชิกในครอบครัว บทบาทของผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (Larsen, P.D. and Lubkin, I.M. 2010)

1. บทบาทผู้ช่วยเหลือดูแล (caretaker role) เป็นบทบาทที่ครอบครัวเป็นผู้มอบหมายให้ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และด้านจิตสังคมและการตอบสนองความต้องการอื่น ๆ โดยยึดตามแนวทางการรักษา เช่น การให้รับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด เป็นต้น

2. บทบาทการจัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทที่ครอบครัวทำหน้าที่ในการประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและภาวะจิตสังคม โดยผู้จัดการการดูแล จะทำหน้าที่ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟู

### ปัจจัยทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท

การศึกษาวิจัยประเด็นเรื่องปัจจัยทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภทมีมานานแล้ว ในระยะแรกมุ่งเน้นว่า ครอบครัวเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคจิตเภทได้อย่างไร Fromm-Reichmann (1948) เชื่อว่า การที่แม่เลี้ยงดูลูกอย่างไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุสำคัญทำให้ลูกป่วยเป็นโรคจิตเภท และเรียกแม่ของผู้ป่วยว่า “schizophrenic mother” หรือแม่ที่ทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Fromm-Reichmann F. 1948) เมื่อมีการนำทฤษฎีระบบมาใช้ในการวิเคราะห์อาการป่วยทางจิต การศึกษาจึงได้เปลี่ยนจากการมองสาเหตุของโรคมาเป็น การมองที่ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ในปี ค.ศ.1956 Bateson และคณะ ได้ศึกษาพบว่า ในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการสื่อสารผิดปกติที่เรียกว่า “double-blind” เขาเชื่อว่า การสื่อสารแบบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท ผู้ป่วยเกิด

ความขัดแย้งและสับสนอันเนื่องมาจากการสื่อสารดังกล่าว อาการทางจิตเช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน ซึ่งเป็นความพยายามของผู้ป่วยในการที่จะหลีกเลี่ยงไปจากสิ่งที่สับสนไปสู่สิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายกว่าก็คือโลกที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นมาเอง ในปี ค.ศ. 1958 Wynne และคณะ พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทมีลักษณะเป็นแบบ Pseudomutuality คือ ไม่ปล่อยให้สมาชิกครอบครัวเป็นตัวของตัวเอง ทุกคนต้องคิด รู้สึกและกระทำในสิ่งที่เหมือนกัน อาการทางจิตที่เกิดขึ้นเป็นเครื่องแสดงถึงความปรารถนาของผู้ป่วยที่จะเป็นตัวของตัวเอง การสื่อสารในครอบครัวก็มักขาดจุดสนใจร่วมกัน ทำให้แต่ละคนเข้าใจความหมายของสิ่งที่สื่อไม่ตรงกัน ไม่สามารถสร้างความรู้สึกใกล้ชิด และไว้นิ่งเชื่อใจกันได้ นอกจากนี้ยังมี “ความแปรปรวนในการสื่อสาร” (communication deviance) นั่นคือ การสื่อสารที่มีความกำกวม ไม่ต่อเนื่อง และไม่คงเส้นคงวา

นอกจากนี้ครอบครัวของผู้ป่วยทางจิตมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับขอบเขต (boundary) ระหว่างพ่อแม่ หากพิจารณาสมาชิกในครอบครัวเป็นคู่ ๆ จะพบว่า ความสัมพันธ์มีลักษณะดังนี้ (Walsh. 1988)

ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ-แม่ จะมีความขัดแย้งกันอย่างรุนแรง

ความสัมพันธ์ระหว่างแม่-ลูก มีความใกล้ชิดกันมากเกินไป ต่างฝ่ายต่างเป็นห่วงซึ่งกันและกัน และไม่มีความเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ

ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ-ลูก มีความเห็นห่างกัน พ่อมักไม่สนใจความเป็นไปของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ

อาจมีเหตุการณ์ในชีวิตหรือครอบครัวซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยเกิด ได้มีการสูญเสียบุคคลสำคัญ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ในอัตราสูงถึง ร้อยละ 40 เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตเวชอื่น ๆ และครอบครัวปกติซึ่งพบเพียง ร้อยละ 20 และร้อยละ 8 ตามลำดับ ความสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้นทำให้ครอบครัวมีความโศกเศร้าอย่างเรื้อรัง และตัวผู้ป่วยเองต้องกลายเป็นตัวแทนของผู้ที่จากไป ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะแยกตนเองไปเป็นอิสระเมื่อโตขึ้น จึงเป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก (Walsh and McGoldrick. 1987) ถึงแม้จะมีการวิจัยมากมายพบว่า ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจะมีปัญหาในหลายด้านก็ตาม แต่ก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชี้ชัดว่า ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นสาเหตุของโรค อย่างไรก็ตามการวิจัยชี้ว่าครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินโรคโดยเฉพาะ High Expressed Emotion จะทำให้มีอาการกำเริบได้บ่อย การศึกษาในระยะหลังจึงเริ่มมามองดูผลกระทบที่ครอบครัวได้รับจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดความเครียดอย่างมากต่อครอบครัว และครอบครัวจะต้องปรับตัวหลายด้านอย่างเป็นทางการเพื่อช่วยทำให้ผู้ป่วย สมาชิกคนอื่น รวมทั้งครอบครัวโดยรวมดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข (อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2544)

มีการศึกษาในครอบครัวทั่วไปและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ครอบครัวที่สามารถทำหน้าที่อย่างเหมาะสมต้องมีลักษณะดังนี้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2544)

1. มีขอบเขต (boundary) ที่เหมาะสมทั้งขอบเขตส่วนบุคคล ขอบเขตระหว่างระบบย่อยในครอบครัว และระหว่างครอบครัว
2. มีความผูกพันทางอารมณ์ที่เหมาะสม ไม่ห่างเกินไปและไม่ใกล้ชิดเกินไป สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองพอเหมาะ ในขณะที่ยังคงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในครอบครัวไว้ได้
3. มีการจัดลำดับอำนาจ และความเป็นผู้นำที่เหมาะสมชัดเจน
4. สมาชิกมีบทบาทและหน้าที่ชัดเจน และปฏิบัติหน้าที่อย่างสอดคล้องประสานกันดี
5. มีความยืดหยุ่นในโครงสร้างและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว
6. สามารถแก้ไขความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ
7. มีการจัดระบบ (organization) ภายในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ
8. มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
9. มีเครือข่ายทางสังคมที่ดี รวมทั้งมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวเดิม
10. มีการใช้เวลาร่วมกันระหว่างสมาชิกตามสมควร

นอกจากนี้สัมพันธภาพของครอบครัวมีผลต่ออัตตมโนทัศน์ของผู้ป่วย พฤติกรรม ความคาดหวัง ค่านิยมและความเชื่อ พยาบาลควรจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของครอบครัวโดยการประเมินข้อมูลผู้ป่วยและความต้องการของครอบครัว รวมทั้งแหล่งสนับสนุน ระบุปัญหาและหาจุดแข็งของครอบครัวและผู้ป่วย เพื่อเลือกวิธีการส่งเสริมกลวิธีในการจัดการและปรับการทำหน้าที่ และช่วยตัดสินใจในการส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม การสร้างภาคีความร่วมมือระหว่างพยาบาลและครอบครัวของผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลต้องสังเกตลักษณะวิธีการสื่อสารของครอบครัวและค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมและเข้ารับการอบรมครอบครัวบำบัดเพื่อเรียนรู้วิธีการทำงานกับครอบครัว

ในปัจจุบันมีรูปแบบการทำงานหรือการดูแลร่วมกับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต 2 ลักษณะ คือ (Stuart. 2013)

1. รูปแบบการสร้างเสริมศักยภาพที่มุ่งเน้นความเข้มแข็งของครอบครัว แหล่งสนับสนุนศักยภาพ ค่านิยม และการเสริมพลังอำนาจแทนการพึ่งพาผู้อื่น ให้ครอบครัวเป็นหุ้นส่วนสำคัญที่สามารถเปลี่ยนแปลงตามศักยภาพของตน
2. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับครอบครัว เพื่อลดความเครียดของครอบครัว โดยมองครอบครัวเป็นผู้ร่วมดูแลที่สำคัญ เน้นให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการปฏิบัติตนต่อผู้ป่วย และวิธีการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ได้จริง สามารถปรับปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ป่วยได้เหมาะสม เรียนรู้วิธีการจัดการกับอาการในภาวะวิกฤต หรืออาการกำเริบของผู้ป่วย และวิธีการแก้ปัญหาต่าง ๆ การเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวที่ตรงตามความนึกคิดและพฤติกรรมของครอบครัวและเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้สอบถามข้อมูลจากทีมผู้รักษา เป็นการให้



ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านร่วมกับครอบครัว ซึ่งเป็นระยะที่ครอบครัวมีความเครียดสูง

### 3. แนวคิดและทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลาว

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) ของ Peplau H.E. พัฒนามาจากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีพัฒนาการ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Sullivan ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคม ประสบการณ์ชีวิตในวัยต้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของบุคคลในวัยต่อมา ประสบการณ์ที่สำคัญคือ ความวิตกกังวลที่ได้รับการเลี้ยงดูในวัยเด็กและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้บุคคลถูกกระตุ้นไปสู่เป้าหมาย 2 ประการ ได้แก่ ความพึงพอใจ (Satisfaction) ทางด้านเสรีวิทยา และความมั่นคง (Security) คือ การคงอยู่อย่างมีความสุข ต้องการการยอมรับในสังคม หากบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอทั้งสองด้านก็จะไม่เกิดความวิตกกังวล พัฒนาการบุคลิกภาพของบุคคลเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในวัยต้นของชีวิตในด้านการยอมรับหรือไม่ยอมรับจากบุคคลรอบข้างและสิ่งแวดล้อม อันจะส่งผลกระทบต่อระบบตัวตนของบุคคล (Self system) ทำให้บุคคลมีความรู้สึกต่อตนเองในด้านบวก (Good me : ฉันดี) ด้านลบ (Bad me : ฉันเลว) หรือยอมรับการกระทำของตนเองไม่ได้ (not me : ไม่ใช่ฉัน) ระบบตัวตนของบุคคลหรือระบบแห่งตน หรืออัตตมโนทัศน์ (Self concept) เป็นความรู้สึกต่อตนเองที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต แล้วบุคคลรวบรวมมาเป็นความรู้สึกต่อตนเอง หากพฤติกรรมที่แสดงออกมาได้รับการยอมรับจากผู้อื่น บุคคลก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง แต่ถ้าหากพฤติกรรมส่วนใหญ่ได้รับการปฏิเสธ บุคคลจะเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง ซึ่งถ้าความรู้สึกต่อตนเองเป็นด้านลบ ไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลหรือการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญในชีวิตที่แสดงออกทั้งทางวาจาและท่าทางมีผลทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลและมีปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ และการปฏิเสธตนเองเป็นผลมาจากการมีปฏิกริยาตอบสนองต่อความวิตกกังวลในระดับสูง การถูกปฏิเสธทำให้บุคคลรู้สึกประหวั่นพรั่นพรึง สับสนและบุคคลจะปฏิเสธพฤติกรรมของตนเองเนื่องจากยอมรับการกระทำของตนเองไม่ได้ด้วยการใช้กลไกทางจิตรูปแบบต่างๆ เช่น เก็บกด การแสดงออกตรงกันข้าม การโทษผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งการปฏิเสธตนเองนี้อาจนำไปสู่อาการทางจิตเวชได้ ทฤษฎีของเพปเปลาวได้กล่าวว่าการพยาบาลหมายถึงการบำบัดรักษาที่มีความสำคัญเป็นกระบวนการของการสร้างสัมพันธภาพมีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้มารับบริการเน้นการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ มุ่งให้บุคคลมีผลผลิตเป็นของตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติสุข (วัชนี หัตถพนม. 2548) โดยเฉพาะหลักในการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดในการประเมินปัญหาช่วยให้บุคคลค้นหาความเข้มแข็งของตน ระบุความต้องการของตน ทำความรู้จักกับความเครียดที่นำไปสู่ปัญหาและจัดการกับความเครียดนั้น โดยช่วยทำให้เกิดความเข้าใจในสภาวะของบุคคลที่มีประสบการณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง การมีปฏิสัมพันธ์

ระหว่างกัน รวมทั้งความเข้าใจสุขภาพกายและจิตสังคมของบุคคลภายในสภาพแวดล้อมที่เหมือนหรือแตกต่างกัน และนำไปสู่การเรียนรู้การแก้ปัญหาเช่น การลดความวิตกกังวล เป็นต้น (ริงส์มันด์ สุนทรไชยา. 2554) เพบพลาว เน้นว่า กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารและเป็นเครื่องมือในการบำบัด โดยยึดหลักการสร้างความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจ และเพิ่มความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น กระบวนการสร้างสัมพันธภาพประกอบด้วย 4 ระยะ (Peplau, H.E. 1952) คือ

1. ระยะเริ่มต้น (Orientation) เป็นระยะที่ช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้โอกาสและวางใจในความสามารถของพยาบาลที่จะช่วยเหลือดูแลสุขภาพของตน
2. ระยะระบุปัญหา (Identification) เป็นระยะที่พยาบาลสนับสนุนให้ผู้รับบริการระบายความเครียด และความรู้สึกรัก
3. ระยะแก้ไขปัญหา (Exploitation) เป็นระยะที่พยาบาลสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีการรับรู้ตนเองดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่สร้างสรรค์
4. ระยะสุดท้าย (Resolution) เป็นระยะที่ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการมีสัมพันธภาพกับพยาบาล เนื่องจากเกิดการเรียนรู้และเริ่มสร้างความสามารถของตนในการตอบสนองความต้องการของตนเองได้ จึงเป็นช่วงที่เหมาะสมที่ผู้รับบริการสามารถแยกจากพยาบาลได้

ในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพพยาบาลสามารถแสดงบทบาทได้หลากหลายตามความเหมาะสมในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ ได้แก่ บทบาทคนแปลกหน้าสำหรับผู้ป่วย (stranger) ในขณะเริ่มสร้างสัมพันธภาพ สำหรับบทบาทที่สามารถสร้างได้ในทุกระยะคือ บทบาทการเป็นครู (teacher) ผู้ชี้แนะและสอนการสร้างสัมพันธภาพที่เหมาะสม เป็นผู้ให้ข้อมูล (resource person) และเป็นผู้ให้คำปรึกษากับผู้ป่วย (counselor) เป็นผู้นำ (leadership) ให้กับผู้ป่วย และเป็นผู้ทดแทน (surrogate) ของบุคคลในอดีตที่ผู้ป่วยเคยมีสัมพันธภาพ (Peplau. 1952 อ้างถึงใน วัชนี หัตถพนม. 2548) ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามศักยภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เชมณัฏฐ์ ศรีพรหมภักดิ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภิตา แสงอ่อน (2557) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต การติตรา ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกรักเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2557 จำนวน 233 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง มาตอบแบบสอบถาม

จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความแข็งแรงในชีวิต แบบประเมินการตีตราในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ การตีตรา ความรู้เรื่องโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแข็งแรงและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ รายได้ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรูสึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ธิดารัตน์ คณิงเพียร (2556) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 10 คน ลักษณะแนวคำถามที่ใช้ ได้แก่ ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อทราบว่าญาติเป็นโรคจิต ชีวิตของท่านเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง เมื่อมีญาติป่วยเป็นโรคจิต ท่านมีวิธีการอย่างไรในการดูแลญาติของท่าน ตั้งแต่แรกจนถึงปัจจุบัน มีอะไรบ้างที่จะให้ช่วยเหลือท่านในการดูแลญาติของท่าน สรุปข้อค้นพบได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีกระบวนการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ตื่นตระหนก แสวงหา ปรับตัว และยอมรับ

ขวัญสุดา บุญเทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2556) ได้ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อขยายความถึงการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามโดยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 106 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 18 ราย และเครือข่ายผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัว 47 ราย และสมาชิกชุมชนที่ให้การสนับสนุน 41 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีเครือข่าย 3-8 คนต่อ 1 คน เครือข่ายลำดับแรกที่ทำให้การช่วยเหลือมากที่สุด คือ แม่ พี่ชาย/พี่สาว พ่อ และบุคลากรที่มสุขภาพตามลำดับ โดยให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจมากที่สุด รองลงมา คือ การให้ข้อมูล การแนะนำ การให้สิ่งของ และการสนับสนุนด้านการจัดหางาน การให้เสริมแรงทางด้านบวก การช่วยให้รับรู้คุณค่าการใช้เงิน ส่วนการส่งเสริมกิจกรรมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยพบว่า ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการช่วยเหลือคือ มีรายได้น้อย มีอายุมาก ส่วนเหตุผลที่ได้รับการช่วยเหลือ คือ ความเห็นใจ/สงสาร เป็นบทบาทหน้าที่และความพอใจที่จะช่วยเหลือ (ขวัญสุดา บุญเทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. 2556 : 89-100)

บัวลอย แสนละมล และปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2557) เป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 25 ราย เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ และประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการให้โปรแกรม ซึ่งโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจะเน้นในเรื่อง 1) การชี้แนะ

และให้ผู้ดูแลเข้าใจบทบาทของตน 2) ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ และอาการแสดงต่าง ๆ 3) ความรู้เกี่ยวกับยาและการรักษา 4) ทักษะที่จำเป็นเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตร่วมกัน และ 5) ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลอาการที่เกิดจากภาวะโรค ซึ่งผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการให้ความรู้ในดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีประสิทธิภาพดี ในด้านการเพิ่มระดับความรู้ของผู้ดูแล

ปัจจุบันมีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากมาย โดยส่วนใหญ่ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการให้ความรู้มีประสิทธิภาพดีในด้านการเพิ่มระดับความรู้ และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ถนอม ป้อมกสันต์ และภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ. 2552)

บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล จำนวน 250 ราย โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลทางด้านจิตสังคมมากกว่าด้านอื่น ๆ และการดูแลจิตเภทเรื้อรังขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดูแลรักษา มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และเพศของผู้ดูแล

Brady and McCain (2004) ได้ศึกษาประเด็นเกี่ยวกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านอารมณ์ สังคมและค่าใช้จ่าย เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลพัฒนาปรับปรุงการให้การดูแลครอบครัวจากการศึกษางานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ถึงปี ค.ศ. 2004 ผ่านการสืบค้นฐานข้อมูลทาง MEDLINE จำนวน 666 บทความ CINAHL จำนวน 106 บทความ PsycINFO จำนวน 20 บทความ บทความ Social Work จำนวน 33 บทความ คำสำคัญที่ใช้สืบค้น คือ โรคจิตเภท (schizophrenia) ครอบครัว (family) และพฤติกรรม (behavior) พบว่า จากจำนวน 63 ครอบครัว ในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีการตอบสนองในลักษณะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จนรู้สึกว่าเป็นภาระ กังวลเรื่องอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าโรคนี้จะยาวนานเท่าใด ขาดแหล่งสนับสนุน รู้สึกเป็นตราบาป เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า หากครอบครัวมีผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลจะมีการแสดงออกด้วยท่าทีที่ไม่เป็นมิตร ต่ำหนืดเตียน ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมทางลบจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ โดยแบ่งผลของการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) งานวิจัยที่ศึกษาการตอบสนองของครอบครัวต่อโรคจิตเภท ตามตารางที่ 1 จำนวน 15 เรื่อง พบว่า มีการจำแนกการตอบสนองของครอบครัวตามบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่มักจะมีความวิตกกังวล มีความเครียดและภาวะซึมเศร้า เป็นกังวลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์

ตารางที่ 1 ผลการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการตอบสนองของครอบครัวต่อโรคจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ ดำเนินการ	ผลการศึกษา	ประเทศ
Brady. 2004	เชิงคุณภาพ	สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 14 คน จาก จำนวน 6 ครอบครัว เป็น มารดา 4 คน น้องสาว 4 คน สมาชิกครอบครัว 6 คน	สัมภาษณ์ รายบุคคล	ประสบการณ์ของ ครอบครัวที่พบ ได้แก่ อยู่ร่วมกับ ผู้ป่วยอย่างไม่ แน่ใจ รู้สึกสูญเสีย รู้สึกว่าเสียสละตน เวลาและการนอน เพื่อดูแลผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้ที่ เป็น มารดา) ความ เข้าใจผิดพลาด - อดทน และอยู่ เหนือความทุกข์ ยากนี้ได้โดยสร้าง บทบาทสังคมใหม่	สหรัฐอเมริกา
Angermeyer, Schulze and Dietrich. 2003	เชิงคุณภาพ	ญาติผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 122 คน	สัมภาษณ์กลุ่ม (focus group interview)	- ลดการเข้าสังคม และข้อเสียในการ เข้าสังคมและ บทบาททางสังคม - จิตแพทย์ได้ นิยามว่าเป็นแหล่ง ตรบาบ	เยอรมนี
Espina. et al. 2003	เชิงคุณภาพ (เปรียบเทียบ)	คู่สมรสของ จำนวน 140 คน แบ่งเป็นกลุ่มคู่ สมรสที่มีลูกกับ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 67 คน และ 41 คน ไม่มี พยาธิสภาพ	- แบบวัดการ ปรับตัว (Dyadic Adjustment Scale) - แบบวัดความ เศร้า Beck depression Inventory - แบบวัดความ วิตกกังวล (Self - rating Anxiety scale	- คู่สมรสที่มีบุตร กับผู้ป่วยจิตเภทมี การปรับตัวที่น้อย กว่ากลุ่มควบคุม - มารดาของเด็กที่ ลูกกับผู้ป่วยจิต เภทมีความวิตก กังวลและอารมณ์ เศร้าสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม	สเปน

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ ดำเนินการ	ผลการศึกษา	ประเทศ
Holzinger. et al. 2003	เชิงคุณภาพ	ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 100 คน และญาติ จำนวน 36 คน	สัมภาษณ์	ผู้ป่วยและญาติ รายงานว่ามี ความเครียด ทางด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุของ โรคจิตเภท	เยอรมนี
Saunders and Byrne. 2002	เชิงคุณภาพ	สมาชิกใน ครอบครัวของ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 26 คน	ให้สมาชิก ครอบครัวเขียน comment	สมาชิกใน ครอบครัวได้เล่า ประสบการณ์ใน การดูแลผู้ป่วยจิต เภท ได้แก่ - มีความทุกข์ทาง จิตใจ - ความต้องการที่ จะควบคุม พฤติกรรมของ ผู้ป่วยที่เป็นปัญหา ความยุ่งยากใน ด้านกฎหมาย - ความต้องการ ระบบสนับสนุนทาง สังคมและความ ปรารถนาใน บทบาทความ ร่วมมือกับทีม สุขภาพ	สหรัฐอเมริกา

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ ดำเนินการ	ผลการศึกษา	ประเทศ
Boye. et al. 2001	เชิงพรรณนา	ญาติของผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 50 คน	- แบบสอบถาม ถาม GHQ (General Health Questionnaire) - แบบวัด PFBS (Perceive Family burdens) - ให้ทำแบบวัดใน ผู้ป่วยที่เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล โดยต้องทำในวันที่ เข้ารับการรักษา และทำอีกในเดือนที่ 4, 5, 9 และวัน จำหน่าย	ความทุกข์ยากที่ เกิดขึ้นเกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมที่ เป็นปัญหาของ ผู้ป่วยโดยเฉพาะ อย่างยิ่ง ความ วิตกกังวลและ ภาวะเศร้าของผู้ ป่วย	นอร์เวย์
Czuchta and McCay. 2001	เชิงพรรณนา	ผู้ปกครองของ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คน	- แบบสอบถาม Social Response Questionnaire - แบบวัดภาระ ผู้ปกครอง Threshold parental burden Scale - แบบวัดความ เจ็บป่วย Mishel Uncertainly in Illness Scale Parent/Child	- การตีตรา/ ตราบาป และ ความเครียด จะ ทำให้ภาระของ ผู้ดูแลเพิ่มขึ้น - การเพิ่มความรู้ ให้กับผู้ปกครองจะ ลดความไม่มั่นใจ กับผู้ป่วยจิตเภท	แคนาดา

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ ดำเนินการ	ผลการศึกษา	ประเทศ
Martens and Addington. 2001	เชิงพรรณนา	สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 41 คน	แบบวัด ECI (Experience of Caregiving Inventory)	สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทมี ความทุกข์ใจอย่าง มีนัยสำคัญ	แคนาดา
Milliken. 2001	เชิงคุณภาพ โดยใช้ ทฤษฎี ฐานราก	ผู้ปกครองที่ให้การ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 29 คน	สัมภาษณ์	เป็นความรู้สึกที่ไม่ สามารถเปิดเผยได้ กับบุตรที่ป่วยเป็น โรคจิตเภทในวัย ผู้ใหญ่ บิดา มารดา จะยังไม่ให้บุตร แสดงความ รับผิดชอบ ต่อ ตนเอง ทำให้รู้สึก เครียด รู้สึกผิด เศร้าโศกและความ เจ็บป่วยทางกาย	แคนาดา
Friedrich, Lively and Buckwalter. 1999	เชิงพรรณนา	ญาติของผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 30 คน	แบบสอบถาม วัดผลกระทบ ความเจ็บป่วย และถามคำถาม ปลายเปิดเพื่อ ล้วงลึก ผลกระทบของ พฤติกรรม เจ็บป่วย	- พฤติกรรมที่ รบกวนยุ่งยากมาก ที่สุด ได้แก่ รบกวน งานประจำ ร้อยละ 93 - อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมที่รบกวน ผู้อื่นในที่สาธารณะ ร้อยละ 90 - ผลข้างเคียงของยา ร้อยละ 86 - อาการทางลบ ร้อยละ 86	สหรัฐอเมริกา



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ ดำเนินการ	ผลการศึกษา	ประเทศ
Hinrichsen and Lieberman. 1999	เชิงพรรณนา	สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย จิตเภทที่ เจ็บป่วยครั้งแรก จำนวน 63 คน	สัมภาษณ์	การปรับอารมณ์ไม่ ดีเนื่องจากปัญหา ทางจิตของผู้ป่วยที่ ทำให้คุณธรรมลดลง หรือเกิดปัญหาทาง จิตใจจากในช่วง แรกเริ่มจากปรับตัว แบบหลีกเลี่ยง หลีกเลี่ยงข้อขัดแย้ง ในใจ และคาดหวัง หรือต้องการให้ ผู้ป่วยเชื่อฟัง ไม่ให้ อิสระแก่ผู้ป่วย	สหรัฐอเมริกา
Howard. 1998	เชิงคุณภาพ	พ่อของเด็กที่ ป่วยเป็นโรค จิตเภท	สัมภาษณ์	ปัญหาของพ่อไม่ได้ รับการแก้ไข ได้แก่ อนาคตที่ต้องดูแล ต่อไป ชีวิต ครอบครัวยุ่งยาก และความกังวล ค่าใช้จ่าย	สหรัฐอเมริกา
Magliano. et al. 1998	เชิงพรรณนา	ญาติผู้ป่วยโรค จิตเภท จำนวน 236 คน	แบบสอบถาม ปัญหา ครอบครัว แบบสอบถาม การปรับตัว แบบสอบถาม เครือข่ายทาง สังคม	ภาระของครอบครัว เกี่ยวข้องการจำกัด กิจกรรมทางสังคม ผลกระทบทางลบกับ ชีวิตครอบครัว และ รู้สึกสูญเสีย กลยุทธ์ในการปรับตัว คือการสื่อสาร ทางบวกกับผู้ป่วยและ การมีกิจกรรมร่วมกัน ในครอบครัว	อิตาลี

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ ดำเนินการ	ผลการศึกษา	ประเทศ
Rose. 1998	เชิงคุณภาพ	ญาติผู้ป่วยโรค จิตเภทหรือโรค อารมณ์สองขั้ว จำนวน 9 คน	สัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม (focus group)	- สมาชิกใน ครอบครัวรู้สึก เครียดในการ จัดการกับอาการ และอาการแสดง ของผู้ป่วย - การตำหนิ ตีเตียน จากแพทย์ผู้รักษา ไม่ได้ช่วย ประคับประคอง สมาชิกในครอบครัว	สหรัฐอเมริกา
Schene, van Wijngaarden and Koeter. 1998	เชิงพรรณนา	สมาชิกใน ครอบครัวที่ป่วย เป็นโรคจิตเภท และโรคจิต เรื้อรัง จำนวน 480 คน	แบบวัด IEQ (Involvement Evaluation Questionnaire)	ผู้ดูแลเครียด ต้องการคำแนะนำ วิธีคลายกังวล ได้รับคำแนะนำ อย่างมากเกี่ยวกับ อาการผู้ป่วย	เนเธอร์แลนด์

2) งานวิจัยที่ศึกษาการตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามตารางที่ 2 จำนวน 4 เรื่อง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยส่วนใหญ่มักจะแสดงออกความรู้สึกทางอารมณ์สูง มีการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม เช่น วิพากษ์วิจารณ์ การตำหนิตีเตียน เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 2 ผลการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ ดำเนินการ	ผลการศึกษา	ประเทศ
Weisman, Gomes and Lopez. 2003	เชิงคุณภาพ	ผู้ดูแลสมาชิกใน ครอบครัวที่ป่วย เป็นโรคจิตเภท จำนวน 24 คน เป็นละติน อเมริกัน	สัมภาษณ์	- ผู้ดูแล ร้อยละ 91 มี การแสดงออกทาง อารมณ์ต่ำ - ผู้ดูแลมีระบบในการ ดูแล ที่ป่วยเป็ยงการ ตำหนิการเจ็บป่วย หรือ หลีกเลี่ยงอาการของผู้ป่วย	สหรัฐอเมริกา

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ ดำเนินการ	ผลการศึกษา	ประเทศ
Bachmann. et al. 2002	เชิงพรรณนา	ญาติที่มีสมาชิก ครอบครัวที่ป่วย เป็นโรคจิตเภท ครั้งแรก และ เรื้อรัง หรือ ซีเมคร่า จำนวน 80 คน	ใช้สัมภาษณ์แบบ FMSS (Five Minute Speech Sample) ในเรื่องการให้ ข้อเสนอแนะและ การแสดงออก ทางอารมณ์	ญาติผู้ป่วยจิตเภท ที่เจ็บป่วยครั้งแรก มีการแสดงออก ทางอารมณ์สูง ร้อยละ 52.5 และ ญาติผู้ป่วยจิตเภท เรื้อรัง ร้อยละ 45 มีการแสดงออก ทางอารมณ์สูงไม่มี ความแตกต่างกัน	เยอรมนี
Wuerker. et al. 2001	เชิงพรรณนา	ครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 62 คน	สัมภาษณ์โดยใช้ แบบ FMSS (Five Minute Speech Sample) / Relational Control Coding System	ญาติที่มีการ แสดงออกทาง อารมณ์สูงมีการ ติดต่อกันช่วง ระยะเวลาสั้น และ พูดเล็กน้อย	สหรัฐอเมริกา
Hall and Docherty. 2000	เชิงพรรณนา	ผู้ปกครองผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 44 คน	แบบประเมิน การแสดงออก ทางอารมณ์ Camberwell Family Interview : CFI แบบวัดการ ปรับตัว	- ไม่มีความ แตกต่างกัน ระหว่างผู้ปกครอง ที่มีการแสดงออก ทางอารมณ์สูง และต่ำ - ผู้ปกครองที่มี ลักษณะกล้า แสดงออก ที่มี ความก้าวร้าว มักจะตำหนิ ติเตียนลูกมากกว่า	สหรัฐอเมริกา

3) งานวิจัยที่ศึกษาการตอบสนองของครอบครัวและการแสดงออกทางอารมณ์ในแถบเอเชีย แอฟริกัน และประเทศตะวันออกกลาง ตามตารางที่ 3 จำนวน 12 เรื่อง พบว่า มีการแสดงออกทางอารมณ์แตกต่างกันระหว่างเขตเมืองและชนบท โดยคนที่อาศัยในเขตเมืองจะมีการแสดงอาการมากกว่า งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง โดยใช้การสื่อสารทางลบ เช่น ใช้คำพูดตำหนิติเตียนใส่อารมณ์ในคำพูด มีการขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษาโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำสูง และต้องการความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 3 ผลการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการตอบสนองของครอบครัวและการแสดงออกทางอารมณ์

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ ดำเนินการ	ผลการศึกษา	ประเทศ
Ran. et al. 2003	เชิงพรรณนา	สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 71 คน อาศัยอยู่ ในเมือง ร้อยละ 49.3 และอยู่ใน ชนบท ร้อยละ 50.7 อายุเฉลี่ย 36 ปี ระยะเวลา การเจ็บป่วย เฉลี่ย 8 ปี	แบบประเมินการ แสดงออกทาง อารมณ์ (Camberwell Family Interview : CFI) ฉบับแปลภาษา แมนดาริน	- ร้อยละ 72 มีการ แสดงออกทางอารมณ์ต่ำ - สมาชิกในครอบครัว ให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญ น้อยกว่าการแสดงออก ทางอารมณ์ในการ ตอบสนองผู้ป่วย - ผู้ที่อยู่อาศัยในเขต ชนบทแสดงออกทาง อารมณ์ในด้านความ อบอุ่น และมีมุมมอง ด้านบวกมากกว่าผู้อาศัย ในเขตเมือง	จีน
Marom. et al. 2002	เชิงพรรณนา	สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 108 คน	ใช้สัมภาษณ์แบบ FMSS (Five Minute Speech Sample) กับ สมาชิกใน ครอบครัว ผู้ป่วย จิตเภทในช่วงเวลา ที่รับใหม่ จำหน่าย และ หลังจากจำหน่าย ได้ 6 เดือน	การแสดงออกทาง อารมณ์สูงเกี่ยวข้องกับ อัตราการเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลสูง ช่วงระยะเวลาสั้น เมื่อ ผู้ป่วยกลับเข้ารับการ รักษาใหม่และระยะเวลา การเจ็บป่วยรุนแรง - ตัวแปรพยากรณ์ที่ดี ที่สุดของระยะเวลาใน การกลับเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล ปฏิสัมพันธ์กับการตำหนิ ติเตียนที่มาก และให้ ความร่วมมือในการ รับประถานยาน้อย	อิสราเอล

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ ดำเนินการ	ผลการศึกษา	ประเทศ
Schwartz and Gidron. 2002	เชิงพรรณนา	ผู้ปกครอง จำนวน 93 คน เป็นมารดา 80 คน บิดา 13 คน ที่ดูแลบุตรชาย/ บุตรสาวที่เป็น โรคจิตเภท	แบบประเมิน ตนเองเพื่อ สำรวจการดูแล	- ผู้ปกครองมี ความรู้สึกพึงพอใจ ในการทำหน้าที่ของ ตนเอง - ความพึงพอใจ ไม่ได้มีความสัมพันธ์ กับภาระที่ต้องดูแล และอาการรุนแรง ของลูก	อิสราเอล
Wong and Lok. 2002	เชิงคุณภาพ	สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 12 คน	สัมภาษณ์เชิง ลึกเกี่ยวกับ รูปแบบการ สื่อสารใน ครอบครัว	- ขาดความรู้เรื่อง โรค สาเหตุของ อาการ สาเหตุจาก บุคลิกภาพและ ภาระทางจิตใจมี ความสัมพันธ์ กับ รูปแบบการสื่อสารที่ ผิดปกติ (ทำที่ไม่เป็น มิตร และการแสดง อารมณ์) - ความผูกพันกับ ผู้ป่วย ความรู้ เกี่ยวกับความ เจ็บป่วย การรู้ถึง ลักษณะการ แสดงออกทางบวกมี ความสัมพันธ์กับ รูปแบบการสื่อสาร ทางบวก	ฮ่องกง-จีน

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ ดำเนินการ	ผลการศึกษา	ประเทศ
Rungreangkul- kij and Chesla. 2001	ปรากฏการณ์ วิทยา	มารดาของ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน	สัมภาษณ์เชิง ลึกเพื่อสำรวจ ความเชื่อ ทางด้าน วัฒนธรรมและ การตอบสนอง ต่ออาการ	- สาเหตุการเจ็บป่วย ทางจิตเป็นเรื่องเหนือ ธรรมชาติและเป็น กรรม (ผลจากการ กระทำในอดีตชาติ) - มารดามีการปฏิบัติ แบบทำใจ (thum- jai) แปรว่ายอมรับ และความรู้สึกผูกมัด และตอบสนองต่อ อาการของบุตร	ไทย
Shibre. et al. 2001	เชิงพรรณนา	สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 178 คน	สัมภาษณ์	- ร้อยละ 75 ของ สมาชิกในครอบครัว รายงานว่าถูกตีตราว่า สมาชิกในครอบครัวมี ผู้ป่วยจิตเภท - ร้อยละ 37 ของ สมาชิกในครอบครัวมี ความต้องการที่จะ ปกปิดตัวสมาชิกที่ป่วย เป็นจิตเภท - ร้อยละ 27 ของ สมาชิกในครอบครัวให้ เหตุผลว่าการเจ็บป่วย ทางจิตเป็นเรื่องเหนือ ธรรมชาติ - ร้อยละ 65 ของ สมาชิกในครอบครัว รายงานว่าการสวด มนต์ขอพรเป็นวิธีการ ปรับตัวที่พึงพอใจ	เอธิโอเปีย

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ ดำเนินการ	ผลการศึกษา	ประเทศ
Srinivasan and Thara. 2001	เชิงพรรณนา	สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย จิตเภทเรื้อรัง จำนวน 254 คน	สัมภาษณ์ เกี่ยวกับสาเหตุ ของโรคจิตเภท	สาเหตุของโรคจิตเภท คือ ปัจจัยด้านจิตสังคม รองลงมา คือ ความ บกพร่องทางด้าน บุคลิกภาพ กรรมพันธุ์ มีเพียง ร้อยละ 12 ที่เชื่อว่าเป็นเรื่อง เหนือธรรมชาติ	อินเดีย
Mino. et al. 1998	เชิงพรรณนา	สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 73 คน	แบบประเมิน CFI ฉบับ แปลภาษาญี่ปุ่น กับญาติที่ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ขณะอยู่ใน โรงพยาบาล	หลังจากจำหน่ายผู้ป่วย จิตเภทได้ 9 เดือน และ อาศัยอยู่กับครอบครัวที่ มีการแสดงออกทาง อารมณ์สูง ความสัมพันธ์ กับการแยกตัว และ อารมณ์เศร้า	ญี่ปุ่น
Yamashita. 1996	เชิงคุณภาพ	สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 14 คน	สัมภาษณ์เชิงลึก โดยให้อธิบาย วิธีการดูแล	- ผู้ดูแลต้องการ การประคับประคอง สนับสนุนวิธีการปรับตัว ในการดูแลผู้ป่วย และ ขาดการสนับสนุนจาก บุคลากรวิชาชีพ - คู่สมรสรายงานว่าควร มีการสนับสนุน/ ประคับประคองซึ่งกัน และกันอย่างใกล้ชิดกับ บุคลากรวิชาชีพ - แม่ที่ทำงานเต็มเวลา ควรลาออกจากงานหรือ ลดการทำงานล่วงเวลา	ญี่ปุ่น

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ ดำเนินการ	ผลการศึกษา	ประเทศ
Tanaka, Mino, and Inoue. 1995	เชิงพรรณนา	สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 52 คน	แบบประเมิน CFI (Camberwell Family Interview) ฉบับแปลภาษาญี่ปุ่น แบบวัด BPRS (Brief Psychiatric Rating scale)	อัตราการเจ็บป่วยซ้ำ คะแนนของอาการ ทางจิตพบ ร้อยละ 58 ในครอบครัวที่มี การแสดงออกทาง อารมณ์สูง เมื่อ เปรียบเทียบกับ ครอบครัวที่มีการ แสดงออกทาง อารมณ์น้อยกว่า	ญี่ปุ่น
Karanci. 1995	เชิงพรรณนา	สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 60 คน	สัมภาษณ์แบบกึ่ง โครงสร้าง เพื่อสำรวจ สาเหตุ ความทุกข์ยาก และสิ่งที่ต้องการขอ ความช่วยเหลือจาก บุคลากรวิชาชีพ	- สาเหตุที่เกิดโรคจิต เภทนั้นพบว่า ร้อยละ 50 เป็นสาเหตุทาง จิตสังคม เช่น มี เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดร้อยละ 40 เป็นความขัดแย้ง ในครอบครัว ร้อยละ 28 เป็น ลักษณะส่วนตัวของ ผู้ป่วย - ความทุกข์ยาก ได้แก่ ความขัดแย้ง ในครอบครัว และ การทำลายชีวิต ครอบครัว เป็นภาวะ การดูแล และเป็น ภาระค่าใช้จ่าย - การรักษาด้วยยา การช่วยเหลือจาก บุคลากรวิชาชีพ ได้แก่ การรักษาด้วย ยา ความสนใจและ การประคับประคอง สนับสนุนแก่ญาติ และการรับผู้ป่วย เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล	ตุรกี



## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย/ ปีที่ตีพิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการ ดำเนินการ	ผลการศึกษา	ประเทศ
Saieh. 1994	เชิงพรรณนา	สมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท จำนวน 210 คน	สัมภาษณ์เกี่ยวกับ พฤติกรรมผู้ป่วยและ ภาระที่ต้องดูแล	- สมาชิกในครอบครัว รู้สึกเครียด และเศร้า - ความถี่ของ พฤติกรรมที่เป็น ปัญหา และการเข้า รับการรักษาใน โรงพยาบาลมี ความสัมพันธ์เชิงบวก กับภาระที่ต้องดูแล อย่างมาก	มาเลเซีย

Saunders and Byrne. (2002) ได้ศึกษาวิเคราะห์ประเด็นสำคัญของครอบครัวที่ใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นปัจจัยทางด้านจิตสังคมในการทำหน้าที่ของครอบครัว จำนวน 58 ครอบครัว ที่สมาชิกครอบครัวจะต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเช่น พฤติกรรมครอบครัวในการจัดการ มีความรู้สึกกังวล แรงสนับสนุนในครอบครัวและปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นต้น ผลการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ที่สำคัญคือ ความรู้สึกเป็นทุกข์อย่างท่วมท้น (overwhelming feelings) ความสำคัญของการรักษาด้วยยา ความยุ่งยากเกี่ยวกับกฎหมาย ครอบครัวและเพื่อน และระบบการดูแลรักษาโดยบุคลากรวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญกับความรู้สึกของครอบครัวที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งต้องใช้กำลังกายและใจในการดูแลเป็นอย่างมาก ประสบการณ์ความรู้สึกนี้อาจให้ผลบวกกับครอบครัวหากได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน รวมถึงบุคลากรในวิชาชีพ โดยการดูแลนั้นไม่ได้มองไปที่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมองไปที่บริบทรอบตัวผู้ป่วยคือครอบครัวด้วย เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว แหล่งข้อมูลความรู้และความสามารถในการปรับตัวของครอบครัว ให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

Zou et al. (2013) ได้วิจัยการดูแลตนเองของผู้ป่วยชาวจีน จำนวน 21 ราย และผู้ดูแล จำนวน 14 ราย โดยใช้การสัมภาษณ์ซึ่งจะเน้นในเรื่องการดูแลเรื่องการใช้จ่าย การติดตามและจัดการกับอาการป่วย การคงอยู่ของความสัมพันธ์ในครอบครัว และการแสวงหาแหล่งข้อมูล รวมถึงการมาตรวจตามนัด พบว่า การปฏิบัติตนของทั้งสองฝ่ายยังไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจะไม่ทานยาทำให้ขาดความต่อเนื่องในผลการรักษา จนทำให้ผู้ป่วยใช้วิธีการที่อันตรายจัดการอาการของตนเอง ขาดสัมพันธ์ภาพทางสังคม และขาดแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ ครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญที่จะต้องเข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วย ผลที่ได้

การวิจัยนี้จึงต้องการพัฒนาการใช้โปรแกรมเกี่ยวกับการใช้ครอบครัวเป็นฐานในการดูแลตนเองของทั้งสองฝ่าย เพื่อเพิ่มความสามารถและให้ผลในการบริการที่ดีขึ้น

Venkatesh et al. (2015) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องมุมมองของการติดต่อกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลประเทศอินเดีย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบ 5 ประเด็น ที่เกี่ยวกับการรับรู้เรื่องการติดต่อกับ 1) สังคมซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วยให้ได้รับการยอมรับจากชุมชน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นพ่อแม่หรือญาติ 2) ชีวิตแต่งงานและสัมพันธภาพเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตภายหลังจากการแต่งงาน ทำให้อีกฝ่ายจะต้องมีบทบาทเป็นผู้ดูแล ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายและได้รับความกดดันจากครอบครัวพ่อแม่ของทั้งฝ่ายสามี/ภรรยาให้ยุติความสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง 3) การเลิกจ้าง/ว่างงาน ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุทำให้มีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์และเศรษฐกิจเนื่องจากไม่ได้ทำงาน และได้รับการติตราจากสังคมทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านอารมณ์ 4) ความเครียด ความรู้สึกนี้ผู้ดูแลยังไม่สามารถบอกได้ชัดเจน ประสบการณ์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการติตราส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตจนทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ เช่น ต้องหางานทำ การท่องเที่ยวเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ และการใช้ชีวิตทางสังคมภายนอก ที่สำคัญคือ ผู้ดูแลไม่กล้าหรือหลีกเลี่ยงที่จะสื่อสารกับผู้อื่น 5) ความล่าช้าในการรักษา เนื่องจากผู้ดูแลยังไม่ยอมรับการที่มีสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต กลัวที่จะต้องแยกจากสังคม เสียชื่อเสียงวงศ์ตระกูลและบทบาทในสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกเวลา และยิ่งทำให้สุขภาพกาย อารมณ์และเศรษฐกิจของผู้ดูแลแย่ลง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมองว่าในระยะยาวผู้ดูแลจะมีความเครียดทางอารมณ์ในลักษณะอับอาย (shame) ลำบากใจ (embarrassment) รู้สึกผิด (feeling of guilt) และตำหนิตนเอง (self-blame) และยังได้ให้ข้อเสนอแนะในระดับนโยบายให้มีการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวชแก่สังคมเพื่อให้เกิดความเข้าใจให้การสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยในชุมชน และลดการติตรา

Olwit et al. (2015) ได้ศึกษาประสบการณ์ความเสียใจเรื้อรัง (chronic sorrow) และปัจจัยที่มีผลให้คนรู้สึกไม่สบายใจและหมดหวังจนทำให้มีพยาธิสภาพของโรคซึมเศร้า โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการสัมภาษณ์พบว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์ความเสียใจเรื้อรัง เช่น รู้สึกเศร้า เสียใจ เจ็บปวด อายากร้องไห้ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่เพื่อที่จะดูแลผู้ป่วยในสภาพนี้ และต้องติดอยู่กับความรู้สึกนี้ตลอดเวลา โดยในช่วงแรกของการรับรู้ผู้ดูแลจะมีความเสียใจ ตกใจ สับสน หมดหวัง กลัว เจ็บปวด คับข้องใจ และโกรธ ผลจากการสนทนากลุ่มพบว่ามีความสอดคล้องกับการสัมภาษณ์ คือ 1) เป็นการดูแลที่ไม่มีที่สิ้นสุดในเวลาผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ขาดแหล่งสนับสนุนและมีผลต่อสมาชิกอื่นภายในครอบครัว จนทำให้มองไม่เห็นอนาคต และบางส่วนมองว่าเป็นผลมาจากการติตราของสังคมและบุคลากรด้านสุขภาพ 2) กลวิธีจัดการกับปัญหาของผู้ดูแล โดยสื่อสารกับเพื่อนหรือครอบครัว หา

กิจกรรมที่ผ่อนคลายความคิดและอารมณ์ เช่น ฟังเพลง ดูทีวี สวดมนต์ซึ่งเชื่อว่า พระเจ้าเป็นทางออก ในการแก้ไขปัญห บางรายเลือกที่จะยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นและมีความคิดเชิงบวก 3) สถานการณ์ที่ช่วยเหลือได้/ไม่ได้ ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์จากเพื่อน ผู้นำทางศาสนา ผู้นำชุมชนญาติพี่น้องในครอบครัว โดยเฉพาะความเห็นอกเห็นใจ การให้การปรึกษา หาทางเลือกเพื่อการตัดสินใจ ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเรื่องการใช้จ่ายทางจิตเพื่อควบคุมอาการและลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้ เช่น การติตรา การมองการเจ็บป่วยทางจิตว่าเป็นเรื่องขบขัน ผู้ป่วยถูกตำรวจจับเนื่องจากทำร้ายผู้อื่น ความคับข้องใจเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น 4) ข้อเสนอแนะและคำแนะนำจากผู้ดูแล ส่วนใหญ่ต้องการให้บุคลากรด้านสุขภาพใส่ใจกับความรู้สึก อารมณ์ และความเสียใจที่อาจจะส่งผลกระทบระยะยาว โดยจะต้องมีความเข้าใจ มีความรู้ด้านสุขภาพจิต และอ่อนไหวของชุมชนผ่านการสื่อสาร ให้การปรึกษา มีแหล่งข้อมูล การเข้าถึงบริการ และการเยี่ยมเพื่อติดตามการรักษา

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา ครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เป็นไปตามกระบวนการครอบครัวตามความต้องการขั้นพื้นฐานตามลักษณะพัฒนาการของครอบครัว และตามภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะมุ่งเน้นในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ครอบครัว เตรียมความพร้อมของครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการดูแลทางด้านร่างกาย ให้ผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ครอบครัวในการดูแลครอบครัวค่อนข้างน้อย โดยส่วนใหญ่จะเน้นไปที่ความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องอุทิศตนเองเพื่อการดูแลผู้ป่วย (sacrifice) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท อารมณ์ พฤติกรรมและทัศนคติของผู้ดูแลเพื่อปรับลดความรู้สึกของผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แต่ยังไม่มีการวางแผน/กลวิธีการให้การดูแลที่เน้นด้านการสื่อสารภายในครอบครัว ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์โดยตรงของผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตส่งผลกระทบอย่างมากต่อการเพิ่มระดับความรู้ ลดทัศนคติทางลบ และลดระยะห่างจากสังคม (Arbóleda – Florez and Stuart. 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนวัต ภูณยกนก และอรัญญา ต้อยคำภีร์ (2553) พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ที่มีปัญหาทางจิตเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติได้คงทนที่สุด (ธนวัต ภูณยกนก และอรัญญา ต้อยคำภีร์. 2553) นอกจากนั้น การติดต่อสื่อสารกันในสถานการณ์ทั่วไป หรือมีลักษณะที่ไม่เป็นทางการจะช่วยลดความรู้สึกการถูกติตราได้ดีที่สุด (Corrigan P. 2004) และเป็นแนวทางในการดูแลเพื่อพัฒนาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผน เนื่องจากการสื่อสารทางลบหรือถูกเบียดเบียนจะถูกนำมาใช้ เพื่อบ่งบอกสิ่งแวดล้อมในครอบครัวเป็นทางลบ เพราะผู้ส่งสารให้ข้อมูลข่าวสารที่ไม่ชัดเจนหรือไม่สมบูรณ์ และใช้จังหวะเร็วในการพูดมากเกินไป ส่งผลให้ผู้รับสารไม่เข้าใจ และมีผลต่ออาการกำเริบของผู้ป่วย อาการ

ป่วยกลับเป็นซ้ำ และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษในครอบครัว (toxic environment) โดยผู้ดูแลจะดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยความสัมพันธ์ทางสายเลือดมากกว่าการดูแลด้วยความรัก นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างความเชื่อ ทางศาสนา กับสุขภาพว่า มีผลบวกต่อการบรรเทาอาการและการจัดการปัญหา รวมทั้งช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท (Mohr, S et al. 2011 : 177-182) เนื่องจากพื้นฐานทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะศาสนาจะส่งผลทางบวกต่อการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรด้านสุขภาพ (Conrad et al. 2007 : 531-546)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยพบว่า ข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเน้นในเรื่องการรับรู้ของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยทางจิต ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ภาระของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารในครอบครัวโดยการใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นเครื่องมือในการบำบัดและการดูแลที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลมีความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวล และมีศักยภาพในการสร้างสัมพันธภาพต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวในด้านการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท วิธีการสื่อสารประคับประคองสนับสนุนทางอารมณ์โดยใช้กระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การใช้ชีวิต และการแสวงหาการบริการทางการรักษา เพื่อให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้อย่างเหมาะสมต่อไป

### บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่องประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย การประทับประคองภายในครอบครัวที่สนับสนุนทางด้านอารมณ์ผู้ป่วยโดยเน้นทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว และการแสวงหาแหล่งบริการ ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

#### การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมต่าง ๆ หรือเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยมีความผูกพันใกล้ชิดที่ผู้ป่วยพึ่งพาอาศัยมากที่สุดได้แก่ พาผู้ป่วยมาพบแพทย์และเมื่อต้องรับยาสมาชิกคนนี้จะมาด้วยหรือรับยาแทนเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงจะเป็นผู้นำส่งเข้ารับการรักษ เวลาที่ผู้ป่วยที่ถูกรับการรักษเป็นผู้ป่วยในจะมาเยี่ยมเป็นประจำ และเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจะเป็นผู้มารับผู้ป่วยกลับบ้านเป็นส่วนใหญ่

ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบมีจุดมุ่งหมาย (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกอาศัยอยู่ในครอบครัวเป็นผู้ที่ให้การดูแลหลักในผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง (paranoid type) ดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 18 – 65 ปี
2. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 6 เดือน
3. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและความผิดปกติทางสมอง
4. มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก

1. ขาดการติดต่อในการให้ข้อมูลสัมภาษณ์เพิ่มเติม
2. มีการเจ็บป่วยทางจิตและความผิดปกติทางสมองในขณะที่ดำเนินการวิจัย

จากเกณฑ์การคัดเลือกดังกล่าวผู้วิจัยได้ทำการสำรวจและสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์หลังจากนั้นจึงทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากคณะพยาบาลศาสตร์มายังสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สอบถามข้อมูลประกอบการคัดเลือกเพิ่มเติมจากข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์และข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยจนได้ผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 13 ราย

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก. **ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนการเก็บข้อมูล** ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อกำหนดกรอบการสังเกต และแนวคำถามที่จะใช้ในการสัมภาษณ์ โดยการเตรียมกรอบการสังเกตและแนวคำถามกว้างๆ ไว้ก่อน จัดเตรียมรายละเอียดต่างๆ และอุปกรณ์ที่จะต้องใช้ในการดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล เช่น แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ สมุดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น

ข. **ขั้นตอนการเก็บข้อมูล** ผู้วิจัยใช้เทคนิคหลักในการเก็บข้อมูลการวิจัยคือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นการสังเกตที่มีการวางแผนการสังเกตอย่างรอบคอบ ชัดเจน มีการจดบันทึกการสังเกตอย่างเป็นระบบ และมีความระมัดระวังในเรื่องของความตรงและความเที่ยงในการแปลผลการสังเกต โดยพิจารณาระหว่างการสัมภาษณ์ว่า มีช่วงเวลา ลักษณะท่าทางเป็นอย่างไรและสามารถให้คำอธิบายต่อการดำเนินการหรือพฤติกรรมดังกล่าวอย่างไร

2. การสัมภาษณ์ เป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เพราะสามารถตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลได้ดี ซึ่งขั้นตอนในการสัมภาษณ์มีดังนี้ 1) ขั้นเตรียมการ เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ การศึกษาข้อมูลประวัติของผู้ให้สัมภาษณ์ การกำหนดนัดหมายเกี่ยวกับวัน เวลาและสถานที่ที่สัมภาษณ์ การเตรียมแนวคำถามในการสัมภาษณ์และวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือประกอบการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งทดลองเครื่องมือ 2) ขั้นการสัมภาษณ์ โดยการแนะนำตัว วัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ การดำเนินการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะติดตามคำตอบที่บกพร่องหรือคำตอบที่ไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจำเป็นต้องใช้เทคนิคกระตุ้น การถามแหย่ และการชี้แจงให้ผู้ตอบตอบด้วยความเต็มใจ โดยผู้สัมภาษณ์จะต้องหลีกเลี่ยงการแสดงความพอใจในคำตอบ สร้างบรรยากาศของการสัมภาษณ์ที่ราบรื่นและได้ข้อมูลครบถ้วนตามแนวคำถามการสัมภาษณ์ 3) ขั้นตอนการจดบันทึกการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะบันทึกคำตอบในทันที ถ้าในการสัมภาษณ์แบบเป็นทางการใช้วิธีการบันทึกตามเนื้อหาด้วยวิธีการสรุปความ และถ้าเป็นการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการจะใช้วิธีการบันทึกตามข้อเท็จจริง โดยไม่ใส่อคติและความคิดเห็นของนักวิจัยลงไปด้วย มีการทบทวน ตรวจสอบข้อมูลการสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียง 4) ขั้นการปิดสัมภาษณ์ การกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดตามระเบียบการวิจัยเชิงคุณภาพ (สุภางค์ จันทวานิช. 2550) ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างซึ่งพัฒนามาจากงานวิจัยของ มิตซึโนะ และคณะ (Mizuno et al. 2013) จำนวน 8 ข้อ (ภาคผนวก ข) ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน มีการจดบันทึกข้อมูล และใช้เครื่องบันทึกเสียงในขณะสนทนา เป็นเครื่องมือช่วยเสริมรายละเอียดในการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนและครอบคลุมมากที่สุด

## ระยะเวลาการเก็บข้อมูล

ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษารวบรวมข้อมูลประมาณ 1 ปี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2557 ถึงเดือนสิงหาคม 2558

## การตรวจสอบข้อมูล

1. การใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลวิจัยที่ได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ ด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลเดียวกันที่เก็บมาจากเวลา สถานที่ หรือบุคคลที่แตกต่างกันด้วยวิธีการหลาย ๆ วิธี
2. การใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบถามซ้ำ คือการพิจารณาข้อมูลที่เก็บมาได้ หากข้อมูลใดเป็นที่สนใจ ผู้วิจัยก็จะตรวจสอบความตรงภายในด้วยการตรวจสอบซ้ำอีกครั้งหนึ่ง
3. การสอบวัดเปรียบเทียบ โดยการสอบถามผู้เชี่ยวชาญในเรื่องข้อมูลที่ผู้วิจัยสงสัย เพื่อเปรียบเทียบความตรงของข้อมูล
4. ตรวจสอบการจดบันทึกให้เป็นระบบ ละเอียด ครบคลุม แยกแยะข้อมูลที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และความคิดเห็นของผู้วิจัยออกจากกันอย่างเป็นระบบ ลงบันทึกวันที่ จัดทำดัชนีให้ชัดเจน คงเส้นคงวา และเป็นระบบ จัดทำรหัสของคำ กลุ่มคำ / เกณฑ์ กระบวนการ ความหมาย การตีความ และตัวอย่าง
5. ตรวจสอบความเป็นไปได้ของข้อมูลในแง่มุมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่า “สมเหตุสมผลหรือไม่” การชั่งน้ำหนักหลักฐานที่ค้ำยันคำอธิบายของผู้วิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) จะเน้นที่ที่มีความเป็นระเบียบ เป็นปรนัย และอิงแนวคิดทฤษฎี และการวิเคราะห์แบบสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (analytic induction) โดยการศึกษาความสัมพันธ์จากข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมมาได้ และการจำแนกข้อมูล (typological Analysis) คือการจำแนกข้อมูลเป็นชนิดๆ ทั้งโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎี เป็นแนวทางในการจำแนกสำหรับการวิเคราะห์ และแบบไม่ใช้แนวคิดและทฤษฎีซึ่งเป็นการอาศัยสามัญสำนึกและประสบการณ์ของผู้วิจัย

## การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติตามหนังสือเลขที่รับรอง อ. 246/2557 ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2557 และได้รับเอกสารรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2557 ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเอกสารคำชี้แจงและพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างละเอียดก่อนเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลทำความเข้าใจแล้วจึงลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในยุติการให้ข้อมูล หรือถอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยและข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ มีการทำลายข้อมูลวิจัยทั้งหมดภายหลังสิ้นสุดการวิจัย รวมทั้งผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

## การนำเสนอข้อมูล

รายงานการวิจัยนี้นำเสนอข้อมูลในรูปแบบของการบรรยายเป็นหลัก โดยมีการยกคำพูด (quote) ขึ้นอ้าง สอดแทรกการนำเสนอตาราง เพื่อให้เกิดความชัดเจนเพิ่มมากขึ้น การนำเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็น 2 ตอน คือ

**ตอนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

**ตอนที่ 2** ข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (interview guide)



## บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง “ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย การประคับประคองภายในครอบครัวที่สนับสนุนด้านอารมณ์ผู้ป่วยโดยเน้นแนวคิดและทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว และการแสวงหาแหล่งบริการด้านสุขภาพจิต โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-Depth Interview) ร่วมกับการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมจากสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว และเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 6 เดือน เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2557 ถึงเดือนสิงหาคม 2558 ซึ่งได้จำนวนผู้ดูแลหลักทั้งหมด 13 ราย ผู้วิจัยขอนำเสนอข้อมูลเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ตอนที่ 2 ข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (interview guide)

### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

จากข้อมูลสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 13 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 24 – 84 ปี อายุเฉลี่ย 51.62 ( $\pm 16.63$ ) ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 8 คน เพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 และร้อยละ 38.5 ตามลำดับ ผู้ดูแลหลักทุกคนมีความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นมารดาหรือบิดาสามี ลูก และหลาน มีช่วงระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉลี่ย 11.58 ปี สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ช่วงที่ 1 มีระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือน – 5 ปี จำนวน 5 คน ช่วงที่ 2 มีระยะเวลาตั้งแต่ 6-10 ปี จำนวน 4 คน และช่วงที่ 3 มีระยะเวลาตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป จำนวน 4 คน ตามลำดับ โดยต้องเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 18-62 ปี โดยเฉลี่ย 38.31 ( $\pm 14.08$ ) ปี อายุที่เริ่มเป็นครั้งแรกอยู่ในช่วง 18-55 ปี โดยเฉลี่ย 26.31 ( $\pm 10.22$ ) ปี ช่วงระยะเวลาป่วยตั้งแต่ 6 เดือน – 60 ปี โดยเฉลี่ย 17 ปี และไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ลำดับ	ข้อมูลผู้ดูแล				ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท			
	เพศ	ความสัมพันธ์ ในครอบครัว	อายุ (ปี)	ระยะเวลา ดูแล (ปี)	เพศ	อายุ ปัจจุบัน (ปี)	อายุ ที่เริ่มป่วย (ปี)	ระยะเวลา ที่ป่วย (ปี)
1	ชาย	น้องชาย	54 ปี	40 ปี	หญิง	58 ปี	18 ปี	40 ปี
2	ชาย	บิดา	84 ปี	25 ปี	หญิง	50 ปี	25 ปี	25 ปี
3	หญิง	มารดา	40 ปี	6 เดือน	หญิง	18 ปี	18 ปี	6 เดือน
4	หญิง	มารดา	65 ปี	5 ปี	หญิง	33 ปี	28 ปี	5 ปี
5	หญิง	มารดา	69 ปี	25 ปี	ชาย	40 ปี	25 ปี	15 ปี
6	ชาย	สามี	36 ปี	3 ปี	หญิง	30 ปี	25 ปี	5 ปี
7	หญิง	ลูกสาว	31 ปี	1 ปี	หญิง	55 ปี	35 ปี	20 ปี
8	หญิง	มารดา	60 ปี	20 ปี	หญิง	38 ปี	18 ปี	20 ปี
9	หญิง	มารดา	42 ปี	2 ปี	ชาย	21 ปี	19 ปี	2 ปี
10	ชาย	บิดา	53 ปี	6 ปี	ชาย	26 ปี	20 ปี	6 ปี
11	หญิง	มารดา	55 ปี	8 ปี	ชาย	35 ปี	27 ปี	8 ปี
12	หญิง	มารดา	58 ปี	8 ปี	ชาย	32 ปี	24 ปี	8 ปี
13	ชาย	หลานชาย	24 ปี	7 ปี	หญิง	62 ปี	55 ปี	7 ปี

ตอนที่ 2 ข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
ตามแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (interview guide)

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างร่วมกับการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ทำให้พบเห็นประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงได้อย่างชัดเจน จนสามารถสรุปข้อค้นพบในประเด็นหลัก ๆ ดังนี้

ประเด็นที่ 1 : การรับรู้เมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นจิตเภทครั้งแรก

ผู้ดูแลทั้งหมด จำนวน 13 ราย ให้ข้อมูลว่า เมื่อรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท จะรู้สึกตกใจไม่ยากคิด ไม่อยากเชื่อว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวช มีความรู้สึกทุกข์ เสียใจ กลัดกลุ้ม รับประทานไม่ได้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บางคนคิดว่าการเจ็บป่วยนี้มาจากเรื่องเวรกรรมในอดีตที่ส่งผลมายังปัจจุบัน จากการศึกษายังพบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีผลต่อการรับรู้เมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัว

ป่วยเป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลที่มีบทบาทเป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเป็นทุกข์ เสียใจ กลัดกลุ้ม รับผิดชอบไม่ได้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มากกว่าผู้ดูแลที่มีบทบาทเป็นพี่น้อง หรือญาติ ไม่ว่าจะเริ่มมีอาการป่วยหรือป่วยมานานแล้วก็ตาม

“...ก็กลุ้มใจ เสียใจที่เป็น เป็นมานานแล้ว ตั้งแต่อายุ 25 ปี ตอนนั้นก็ห่วงเขา เพราะดูแลมาตลอด แต่ก็ปลอบใจกัน ก็ทำไปให้ดีที่สุด...”<sup>2</sup>

กรณีบิดา อายุ 84 ปี ที่ดูแลบุตรสาว อายุ 50 ปี

“...เขาป่วยตั้งแต่อายุ 15 ปี ตอนนี้อายุ 40 ปีแล้ว รู้สึกตกใจไม่ได้ คิดเลยว่า จะป่วย ตอนเด็กเป็นเด็กดี ทุกคนข้างบ้านก็ชมว่าเป็นเด็กดี น่ารัก ไม่คิด ไม่อยากเชื่อเลยว่า จะป่วย...”<sup>5</sup>

กรณีมารดา อายุ 69 ปี ที่ดูแลบุตรชาย อายุ 40 ปี

“... กลุ้มใจมากค่ะ ตอนเขาเป็นครั้งแรก เห็นบ่นแต่ปวดหัว บ่น โวยวาย หงุดหงิด เดี่ยวร้องไห้ เดี่ยวเสียงดัง ตะโกน ตะคอก บอกว่ามีคนพูดข้างหู พร้อมก้มหน้า บางครั้งดูร้ายมาก มารยะหลัง เออะอะอาละวาด ไม่เคยคิดว่าจะเป็นโรคนี้อ...”<sup>3</sup>

กรณีมารดา อายุ 40 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 18 ปี

“...ทั้งตกใจ เสียใจมาก งบประมาณว่ามันเกิดอะไรขึ้นกับลูกเรา เมื่อก่อนเขาเป็นคนดี ไม่เคยมีเรื่อง ขยันทำมาหากิน ตอนแรกเขา บอกว่ามีคนร้ายตามจะฆ่าเขา มาจากที่ทำงานต้องหลบอยู่ในบ้าน ดิฉันก็คิดว่าเป็นความจริงจึงแจ้งตำรวจมาดูแลที่บ้าน ประมาณ อาทิตย์ต่อมา มีชาวบ้านมาหากบตอนกลางคืน เค้เอาไฟฉายไว้บน หัว ซึ่งเค้ก็ทำเป็นประจำทุกคืน คืนนั้นลูกเราก็โวยวาย บอกว่ามัน มาแล้วมันจะมาฆ่าเรา เราก็ตกใจ ถามลูกว่าเป็นอะไร เขาก็บอกว่า มนุษย์ต่างดาวมันจะมาจับตัวเขาไป พอมองออกไปที่หน้าต่าง เท่านั้นแหละ อ้อ... แบบนี้เอง ลูกเราไม่ปกติแล้ว ทั้งร้องไห้ เสียใจ ...”<sup>9</sup>

กรณีมารดา อายุ 42 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 21 ปี

“...มันมากกว่าคำว่าเสียใจ ที่รู้ว่าลูกตัวเองป่วยเป็นจิตเภท ซึ่งก่อนหน้านี้ยังไม่ทราบว่าคุณติตัญญา มารู้ว่าเขาเสพกัญชาตอนที่เขาพาภรรยาและลูกกลับมาเยี่ยม เขานำกัญชามาเสพที่ห้องน้ำ แต่ตอนนั้นก็ได้อ่านและเตือนไป ตอนนั้นก็แค่บอกกับตัวเองว่าเมื่อเกิดขึ้นแล้วเราก็ต้องทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น...”<sup>11</sup>

กรณีมารดา อายุ 55 ปี คุณแลบุตรชาย อายุ 35 ปี

“...รู้สึกเสียใจที่ลูกเป็นอย่างนี้ ลูกคนอื่นไม่มีใครเจ็บป่วย มีเขาคนเดียวเป็นมานานตั้งแต่ 20 ปี เข้า ๆ ออกแวะมาเยี่ยม เข้าออกโรงพยาบาลหลายครั้ง...”<sup>8</sup>

กรณีมารดา อายุ 60 ปี คุณแลบุตรชาย อายุ 38 ปี

ขณะที่ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นบทบาทพี่น้องจะไม่ค่อยแสดงความรู้สึกเสียใจ กลัดกลุ้มมากนัก แต่ด้วยความผูกพันระหว่างพี่น้องทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระหน้าที่ หรือความรับผิดชอบที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดในระดับหนึ่ง เช่น

กรณีผู้ดูแลเป็นน้องชายที่รับช่วงการดูแลต่อจากรุ่นพ่อแม่ มาดูแลพี่สาว อายุ 58 ปี ที่เริ่มป่วยมาตั้งแต่วัยรุ่นเพราะสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้ พุดถึงความรู้สึกที่

“...พ่อแม่ตาย ก็ไม่มีใครดูแล ผมรับภาระดูแลมาตลอดคนเดียว รู้สึกอย่างไรที่รู้ว่าเขาเป็น ก็ไม่รู้รู้สึกอะไรในช่วงนั้น แค่คิดว่าเขาปรับตัวไม่ได้ ตอนนี้รู้สึกอย่างไร ก็ไม่รู้รู้สึกอะไร... อย่างวันนี้ผมมาเยี่ยม มาทุก 2 วัน ก็เอาขนมมา เขาดูดีขึ้นนั่งฟังผมพูดไป ตอบบ้างเล็กน้อย ถ้าผมกับเขาใครตายกันก่อน ก็คงต้องหมดสิ้นกัน ผมก็ได้แต่คิดวาก็ให้เขาตายก่อนผมไม่อย่างนั้นคงไม่มีใครดูแล...”<sup>1</sup>

“...เป็นมานานแล้ว ตั้งแต่อายุ 25 ปี ตอนนั้นก็ห่วงเขา เพราะดูแลมาตลอด ถ้าเราไม่อยู่เขาจะทำอย่างไร (พูดไปก็ยิ้ม) ถ้าผมไม่อยู่ก็ให้แม่เขาดูแลต่อไป จริง ๆ แล้วอยากให้มียุทธศาสตร์ที่ให้ผู้ป่วยประเภทยุทธศาสตร์นี้ เพื่อให้เราตายจะได้ฝากเขาดูแล...”<sup>2</sup>

กรณีบิดา อายุ 84 ปี ที่ดูแลบุตรสาว อายุ 50 ปี

ส่วนผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ห่างออกมา เช่น หลาน จะแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ เมื่อรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทน้อยลง ไม่ค่อยแสดงความรู้สึกเสียใจ กลัดกลุ้มมาก ความรับผิดชอบที่เป็นภาระที่ต้องดูแลก็เบาบางลง มองว่าเป็นการทำหน้าที่ทดแทนบุพการี และได้รับค่าตอบแทนเป็นแรงจูงใจ เช่น

กรณีหลานชายดูแลป้า อายุ 62 ปี พูดถึงความรู้สึกว่า

“...เริ่มมาดูแลป้าตั้งแต่อายุ 17 ย่าง 18 ปี ออกจากโรงเรียน ไม่อยากเรียนหนังสือ พ่อจ้างให้มารับหน้าที่ดูแลป้า ป้าเคยเป็นหมอมีแฟนเป็นชาวต่างชาติ เคยไปอยู่กับผู้ชายที่เมืองนอก แต่ถูกหลอกในที่สุดก็ถูกทิ้ง รับไม่ได้ เริ่มเพี้ยน ๆ ไม่ยอมนอน พูดคนเดียว ตอนนั้นหมอบอกเศร้ามาก ต้องอยู่ รพ. ผมก็ทำหน้าที่มาเยี่ยม มาดูแลเป็นหลัก ปัจจุบันไม่ต้องอยู่แล้ว มาทำแล้วก็กลับ ไม่รู้สึกเป็นภาระเหมือนเป็นการทำงาน ได้ตอบแทนคุณป้าด้วย ได้ค่าแรงด้วยที่บ้านผมพ่อค้าขาย ผมก็คิดว่าจะดูแลป้าและค้าขายต่อจากพ่อ...”<sup>13</sup>

นอกจากนี้ยังพบว่า กรณีที่ครอบครัวมีความสัมพันธ์แสดงบทบาทเป็นมารดาและบุตร แต่ไม่ได้มีความผูกพันกันมากนัก เนื่องจากยายเป็นคนเลี้ยงดูมาตลอด แต่บทบาทความเป็นแม่และลูก และการแสดงความกตัญญูต่อบุพการีส่งผลต่อความรู้สึกร่วมกลายเป็นความจำเป็นที่ต้องดูแล ทั้ง ๆ ที่ยังรู้สึกกลัว และอับอายสามี

“...กลัวค่ะแล้วอายด้วย ตอนรู้หลังจากยายเสียว่าแม่ป่วย ก็รู้สึกกลัว ไม่สนิทกันและแม่ไม่อยู่บ้าน บางทีก็หายไปหลายปี ก็กลับมา ดิฉันดูแลตามหน้าที่ทุกวันแต่แม่ดูไม่ดีขึ้นเสื่อมลงพูดไม่รู้เรื่อง...นี้พยาบาลจะให้รับกลับ ดิฉันก็สงสารตนเอง สงสารแม่ไม่รู้จะทำอย่างไร ดิฉันก็ไม่พร้อม...เคยคุยกับสามี เพราะสามีก็รู้สึกสองฝักสองฝ่าย จะเอามาเลี้ยงดู ก็กลัวจะทำร้ายลูก อาย ถ้าไม่นำมาเลี้ยงดูก็รู้สึกผิด กลัวบาป ทำให้ค้าขาย ธุรกิจที่ทำไม่เจริญ...”<sup>7</sup>

กรณีบุตรสาว อายุ 31 ปี เป็นผู้ดูแลมารดา อายุ 55 ปี

บางกรณีที่ผู้ดูแลไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงในครอบครัว แต่เลือกที่จะใช้ชีวิตคู่เป็นสามีภรรยา ก็มีความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทไม่เป็นปัญหา ไม่รู้สึกรังเกียจว่า เคยผ่านการแต่งงานมาแล้ว มีความเต็มใจที่จะร่วมใช้ชีวิตกับผู้ป่วย และไม่เป็นภาระ เช่น กรณีที่ผู้ชายคนหนึ่งขอผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทแต่งงาน ซึ่งตอนนี้กลายเป็นสามีที่รับหน้าที่ดูแลภรรยามานานกว่า 3 ปี กล่าวว่

“...ผมไม่อายหรือกลัวก็ยังไม่รู้สึกเป็นภาระ ...ตอนคบกันผมไม่รู้หรอกว่าเขาเป็นอะไร ก็พูดคุยดีจนวันผมขอเขาแต่งงาน เขาก็ถามผมว่าไม่กลัวหรือที่จะแต่งงานกับคนบ้า ผมก็ยังบอกเขาไปอีกว่า คนบ้าจะพูดรู้เรื่องได้อย่างไร เขาก็เลยบอกว่าเขาเป็นโรคจิตเภท 5 ปีแล้ว และเคยแต่งงานแล้ว...”<sup>6</sup>

กรณีสามี อายุ 36 ปี เป็นผู้ดูแลภรรยา อายุ 30 ปี

นอกจากนี้ข้อมูลที่สัมภาษณ์พบว่า ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานกว่า 20 ปี จะไม่ค่อยแสดงความรู้สึกสะเทือนใจ ยอมรับต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ไม่แสดงความคาดหวังต่อการรักษาว่าสามารถหายขาดเป็นปกติได้ แต่จะมีความรู้สึกเป็นห่วงผู้ป่วยว่า หากตนเองไม่อยู่แล้วใครจะมาดูแล บางรายจะรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ต้องทำ ทอดทิ้ง ปล่อยวางไม่ได้ ถือเป็นภาระที่สำคัญเพราะผู้ป่วยจะใช้ชีวิตอยู่โดยลำพังไม่ได้ เช่น

กรณีบิดาในวัยสูงอายุที่ต้องดูแลบุตรสาวที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมานาน 25 ปี พูดถึงความรู้สึกกังวลต่อการดูแลผู้ป่วยในอนาคตว่า ถ้าบิดาหรือมารดาไม่อยู่แล้วใครจะรับหน้าที่ดูแลบุตรสาวต่อไป

“...ถ้าเราไม่อยู่เขาจะทำอย่างไร (พูดไปก็ยิ้ม) ถ้าผมไม่อยู่ก็ให้แม่เขาดูต่อไป...บางครั้งเราก็พูดคุยกันว่าจะทำยังไงดี ห่วงก็ห่วง แต่ก็ช่างมัน วันนี้นี้ยังมีชีวิตอยู่ก็ทำไปให้ดีที่สุด ผมก็ไม่อยากจะทำอะไรอีก มันผ่านมานาน...”<sup>2</sup>

กรณีมารดาอายุ 69 ปี ที่ต้องการฝากฝังบุตรชายที่ป่วย อายุ 40 ปี ไว้กับบุตรสาวคนโต หากตนเสียชีวิตไปแล้ว อยากให้ช่วยดูแลต่อ

“...ก็สงสารที่เขาเป็นอย่างนี้... เป็นห่วงก็ตรงที่ ถ้าดิฉันเป็นอะไรไป เขาจะเป็นอย่างไร ดิฉันก็เคยบอกกับลูกสาวที่เป็นพี่ผู้ป่วยว่า ถ้าแม่ไม่อยู่ก็คงต้องพึ่งเขา เขาก็รับปาก...”<sup>5</sup>

ในขณะที่ความรู้สึกของผู้ดูแลที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการได้ไม่นาน จะมีความรู้สึกอึดอัดใจ หงุดหงิด ฉุนเฉียว เครียด กังวล เศร้า เป็นระยะ ๆ ยังไม่สามารถทำความเข้าใจในชีวิตหรือเหตุการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยได้ไม่นาน จะไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองที่มีต่อพยาธิสภาพ/อาการของผู้ป่วยได้ ไม่รู้ว่าต้องปฏิบัติตนอย่างไร หรือในบางรายก็โทษชะตากรรมของตัวเองในอดีตว่า ไม่รู้ว่าไปทำอะไรมาถึงต้องมาเจอเรื่องแบบนี้ และยังตั้งความหวังที่จะให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิม เช่น

กรณีมารดา อายุ 40 ปี ที่มีบุตรสาววัยรุ่นเริ่มป่วยได้ประมาณ 6 เดือน

“...ไม่รู้จะทำยังไง พ่อเขาสายหัวเลยนี้ ขณะมารดาเล่ามองหน้าลูก สายหัว เอามือกอดอก พอลูกพูดเสียงดังไววาย มารดาก็สายหัวหนึ่ง ไม่พูดอะไร...”<sup>3</sup>

กรณีมารดา อายุ 42 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 21 ปี ที่มีอาการประสาทหลอน มานาน 2 ปี

“...สงสาร ทำไมเรื่องแบบนี้มันต้องเกิดกับลูกของเรา เสียใจมาก แทบล้มทั้งยืน...”<sup>9</sup>

กรณีผู้ดูแลเป็นบิดา อายุ 53 ปี อาชีพทนาย ให้การดูแลบุตรชายซึ่งมีประวัติการดื่มกาต้มน้ำตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นตอนปลาย เข้ารับรักษาและออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานมากกว่า 8 ปี

“...มันเหนื่อยนะและรู้สึกแย่ว่าเราเป็นถึงผู้รักษากฎหมาย แต่ทำไมลูกตัวเองถึงได้ทำอะไรที่ตรงกันข้าม...ผมก็นั่งคิดนะว่า เป็นเวรกรรมอะไรของผมที่ทำให้ลูกผมต้องเป็นแบบนี้ เขาเป็นทายาทของ (นามสกุล) เป็นลูกชายคนเดียวหวังจะให้สืบสกุลแต่ก็หวังพึ่งอะไรไม่ได้เลย... ผมก็รู้สึกไม่ตีรู้สึกแย่มากเลยที่คนอื่นมองแบบนี้ แต่เขาเป็นลูกผม ผมเป็นห่วงเขา ผมก็เลยไม่เถียงคนอื่น ผมพูดไม่ออกเลย รู้สึกจุกไปหมด และก็เป็นที่ห่วงลูกมาก ว่าถ้าเรา 2 คน ตายไปก่อน แล้วเขาจะเป็นอย่างไร แล้วสังคมจะคิดยังไงกับเขา ผมถึงขั้นคิดว่า

อยากให้เขาตายไปก่อน เขาจะได้ไม่ต้องลำบากถ้าพ่อแม่ตายก่อน เพราะญาติ ๆ ก็ไม่มีใครรับเขา...”<sup>10</sup>

กรณีมารดา อายุ 58 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 32 ปี มานาน 8 ปี

“...ตอนแรกไม่เข้าใจหรอกว่าโรคนี้อันตรายอย่างไร รู้แต่ว่าลูกมีอาการแปลก ๆ สับสน หงุดหงิด เพื่อน ดิฉัน กลางคืนไม่ยอมนอน ไปทำอะไรฉันก็ไม่รู้ หลายครั้งเขาไม่กลับบ้าน แรก ๆ ก็รอ ตอนหลังก็ไม่รอแล้ว ต่อมาฉันเห็นเขาพูดคนเดียว หงุดหงิดง่าย ครั้งแรกที่มาโรงพยาบาลเขา ถูกตำรวจจับมาเพราะข้างบ้านเรียกมาให้จับ เพราะเขาจะตีฉันก็พูดกันธรรมดา ฉันไม่เคยคิดว่าเขา มีแต่คิดว่าเป็นเวรกรรม ก็ใช้กรรมกันไป สงสารก็สงสาร กลัวก็กลัว เพราะเขารักฉันแต่เขาก็ตีฉัน...”<sup>12</sup>

## ประเด็นที่ 2 : ความรู้สึกของผู้ดูแลที่ต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้ดูแลที่ต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทพบว่า กลุ่มที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานมากกว่า 20 ปี จะไม่รู้สึกลำบากใจในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ไม่ได้รู้สึกว่าเป็นภาระ แต่เป็นเรื่องที่ต้องให้การดูแลในชีวิตประจำวัน ไม่มีความรู้สึกกลัว แต่จะมีความรู้สึกยอมรับ อดทนต่อความกดดันทางอารมณ์ได้มากกว่าผู้ดูแลที่เริ่มเข้ามาดูแลและใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย มีความเข้าใจผู้ป่วยและสามารถปรับวิธีคิด หารูปแบบที่เหมาะสมต่อการดำเนินชีวิตร่วมกัน และมีวิธีการจัดการรับมือกับปัญหาเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความกังวลใจที่จะส่งผลกระทบต่อทางอารมณ์ได้ดีกว่า เช่น

“...ไม่เหนียวหรอกครับ มันต้องเป็นอย่างนี้ ถ้าผมไม่ดูแลแล้วใครจะดูแลเขาจนเข้าใจโรคนี้อันตรายไม่รู้รู้สึกเป็นภาระ แต่เป็นสิ่งที่ต้องดูแลมากกว่า เขาก็ดี เจ็บ ๆ ไม่วุ่นวาย แต่พอมีอาการผมก็ส่งโรงพยาบาล... เวลาเขากินยา ผมก็รู้ว่า ถ้าผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ เขาจะไม่กินยา เขาจะเอายาใส่ชักโครก แล้วกด ผมก็รู้แล้วว่าเขาไม่กินยา เดียวมีอาการ อาละวาด เสียงดัง ผมก็จะพาเขาไปโรงพยาบาล ปกติเขาก็จะเจ็บ ๆ ไม่พูดกับใคร ช่วยเหลือตนเองได้ พูดคุยกับผมบ้างเล็กน้อย แต่เมื่อไรไม่นอน ตาแข็ง ผมก็จะพาเขาไปโรงพยาบาล รับยามากินบ้าน ขณะนี้ผมดูแลเขามานาน เป็น 30 ถึง 40 ปี จนผมยอมรับได้และจะดูแลเขาตลอดไป...”<sup>1</sup>

กรณีน้องชาย อายุ 54 ปี ผู้ดูแลพี่สาว อายุ 58 ปี



“...ต้องอดทนมาก ๆ อดทนจริง ๆ เป็นลูก ป่วยมาได้ 5 ปี ดิฉันมาเยี่ยมลูกทุกวัน อยู่ตั้งแต่เวลาเปิดให้เยี่ยม 09.00 น. อยู่กับลูก จนกว่าจะมีเจ้าหน้าที่จ้างไว้ดูแลกลางคืนมาจึงจะกลับบ้าน หวังว่าเขาจะหาย เรา 2 คน เกษียณแล้ว ไม่ได้ทำอะไร ก็จะมาเยี่ยมลูกทุกวัน... ก็จะเลี้ยงเขาให้เต็มที่ ตามกำลังของเรา ก็เป็นลูกเรา ดิฉันไม่ต้องการให้ลูกไปทำงานเดี่ยวจะเครียดอีก ก็จะให้เขาอยู่บ้านไป และฉันดูแลเขาตามกำลัง หน่อย อดทน ลูกของเรา...”<sup>4</sup>

กรณีมารดา อายุ 65 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 33 ปี

“...ดิฉันไม่กลัวหรอกว่าเขาจะทำร้าย เขาเคยมาบอกเหมือนกันว่ามีเสียงสังให้ฆ่าแม่ ก็ถามเขาดี ๆ ว่าแล้วเขาจะฆ่าแม่มั้ย เขาตอบว่าไม่หรอก ดิฉันก็บอกเขาไปว่า เวลาได้ยินให้เอาสำลีอุดหูเสีย เขาเงียบไป มีบางครั้งที่เขาสับสน...”<sup>5</sup>

กรณีมารดา อายุ 69 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 40 ปี

“...ผมไม่กลัวเค้าหรอกครับ เพราะเขาไม่ทำร้าย ไม่มีเสียงดัง มีอย่างเดียว คือ ไม่นอนทั้งคืน เดินไปเดินมา บางครั้งเคยคิดเหมือนกันถ้าเขาเป็นมากขึ้นจะทำอย่างไร บางครั้งผมอยากเลิก แต่ก็สงสารเพราะเขาก็คงดูแลตนเองไม่ได้ คงยังไม่ถึงเวลาครับ ตอนนี้นี้ผมก็มาเยี่ยมทุกวัน...”<sup>6</sup>

กรณีสามี อายุ 36 ปี เป็นผู้ดูแลภรรยา อายุ 30 ปี

ขณะที่ผู้ดูแลที่เริ่มใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยได้ไม่นาน หรือผู้ป่วยที่เริ่มป่วย จะมีความกังวลในการดูแลว่าจะดูแลได้หรือไม่ ต้องจัดการชีวิตอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาผู้ป่วยมีอาการ กลุ่มที่เริ่มดูแลผู้ป่วยจะแสดงความรู้สึกสับสน สิ้นหวัง ที่มีการแสดงออกแตกต่างกัน ในบางรายก็มีการใช้อารมณ์รุนแรงในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทำร้ายคาดโทษใช้คำสั่งเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้บางรายจะมีความรู้สึกกังวลกลัวว่า ผู้ป่วยจะมาทำร้ายตนเอง หรือจะออกไปทำร้ายคนอื่น บางรายจะมีความรู้สึกอับอายต่อการมองของคนรอบข้างว่าจะรู้สึกกับตนเองอย่างไรที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคนี

“...ตอนนี้ก็รักษามานานหลายเดือน ไม่ได้ให้กลับบ้าน เขาคงเรียนต่อไม่ได้ นี่จะไม่รู้ว่าจะดูแลเขาอย่างไร...ฉันมีลูกอีกคน ถ้าอยู่ด้วยคงวุ่นวายมาก นี่เพียงแค่อยู่นบ้านยังวุ่นวายเลย ฉันก็ไม่มีเวลาที่จะมาดูแลเขา ฉันต้องทำงานแล้วผู้ป่วยพูดมาก พูดเรื่องเดิม เดียวก็ร้องไห้ไม่พอใจก็เสียงดัง จะให้คนทำตามใจตนเอง และฉันไม่มีเวลาต้องทำงานด้วย วุ่นวายมากเลย ตอนนี้ฉันดูคนเดียว สามไม้ช่วย มีลูกอีกคนยังเล็กอยู่ ถ้าโรคนี้นั้นจะหายไหม ถ้าไม่หายคงแยเหมือนกัน...”<sup>3</sup>

กรณีมารดา อายุ 40 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 18 ปี

“กลัวค่ะ แล้วอายุด้วย ดิฉันไม่พร้อม... เมื่อกี้ก็ปรึกษาพยาบาลว่ายังไม่พร้อมจะรับกลับ แต่ถ้าพยาบาลจะให้เอาแม่กลับดิฉันก็จะต้องดูแลแบบเดิม ไปเยี่ยม พูดคุย เอาอาหารให้ทาน”<sup>7</sup>

กรณีบุตรสาว อายุ 31 ปี เป็นผู้ดูแลมารดา อายุ 55 ปี

“บางครั้งฉันก็กลัวถูกเขาทำร้ายเวลาที่เขามีอาการ เวลาเขามีอาการฉันจะเห็นว่าเขาหงุดหงิด พูดกับใครก็ไม่รู้ หมอบอกเป็นเพราะยาบ้าทำลายสมอง ฉันก็ไม่เข้าใจหรอก เพราะฉันไม่ได้เรียนหนังสือ”<sup>12</sup>

กรณีมารดา อายุ 55 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 35 ปี

ในขณะที่กลุ่มผู้ดูแลที่เริ่มจะมาดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยมานาน 6-10 ปี ในระยะเวลาหนึ่ง จะไม่ค่อยมีความรู้สึกกลัว หรือรู้สึกไม่ติดต่อการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย แต่จะมีความกังวลว่า ผู้ป่วยจะไปสร้างความเดือดร้อนให้คนอื่น จึงต้องคอยควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยออกจากบ้าน ทำให้ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ดูแล โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ บางรายจะมีความเครียดมากจนต้องดูแลอารมณ์ตัวเองให้ดี ไม่ให้เสื่อมตามคนไข้ นอกจากนี้ผู้ดูแลกลุ่มนี้จะยังมีความคาดหวังต่อการรักษาว่า อยากจะให้แพทย์ช่วยรักษาผู้ป่วยให้หายเป็นปกติ อยากรู้ว่าลูกตนเองจะหายเมื่อไหร่ บางรายแสดงถึงทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ให้การรักษาด้านจิตเวชเพื่อที่จะส่งไปรักษาแล้วพอหายค่อยกลับมาบ้าน และไม่ออกไป ๗ มา ๗ หรือเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย ๗

“...ไม่ได้รู้สึกผิดปกติดูอะไรนะ ถึงเขาจะเป็นอะไรยังไงก็ลูกผม เขาอยู่กับเรามากี่ปีตรงที่ไม่เดือดร้อนคนอื่น ไม่สร้างปัญหาให้คนอื่นก็มีบ้างที่นอนไม่หลับ กังวลว่าเขาจะออกไปข้างนอกไปทำอะไรให้คนอื่นเดือดร้อนหรือป่าว ผมเข้าบ้านมาตอนเย็น เขาก็หลับก่อนผม ผม

ก็ลือคบบ้านไม่ให้ออก เขาตื่นขึ้นมาตอนเที่ยงคืนหนึ่งทุกวันมากิน กาแฟ กินเสร็จก็ไม่นอนเดินไปเดินมา เปิดเพลง บางวันก็มาปลุกผม ให้นั่งคุยด้วย ผมก็ต้องตื่นมาดูเขา ตอนกลางคืนนอนก็จะนอนไม่ค่อยหลับ แต่ตอนกลางวันผมไม่ได้ลือคบบ้านผมออกไปทำงานข้างนอก ถ้าลือคบบ้านแล้วกลัวเขาจะทำบ้านไฟไหม้ หรือเกิดอะไรขึ้น แล้วใครจะช่วยเขาได้...แต่พอเขามาอยู่ รพ ผมก็นอนหลับได้สนิท ไม่ต้องกังวลว่าเขาจะออกไปข้างนอกอีก...”<sup>10</sup>

กรณีบิดา อายุ 53 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 26 ปี

“...ไม่รู้สึกลัวที่ต้องใช้ชีวิตร่วมกันกับคนไข้จิตเภท แต่ต้องระวังตัวเองมากขึ้นและต้องดูแลตัวเองไม่ให้เป็นอย่างนั้น ดิฉันพยายามคิดหาทุกวิธีทางที่จะรักษา พยายามหาข้อมูล เช่นไปถามกับบุคคลอื่น ๆ ที่มีความรู้ในด้านนี้ว่าที่ไหนมีโรงพยาบาลที่รักษาคนไข้ประเภทนี้บ้างและจะได้พาเขาไปรักษา ซึ่งครั้งนี้เป็นครั้งที่ 6 และทุกครั้งก็ทางโรงพยาบาลส่งผู้ป่วยกลับบ้าน เขาก็จะแอบกลับไปใช้สารเสพติดอีก ซึ่งดิฉันพยายามห้ามแล้วเขาก็ไม่ฟัง และมีอารมณ์หงุดหงิดเมื่อถูกห้าม...”<sup>11</sup>

กรณีมารดา อายุ 55 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 35 ปี

ผู้ดูแลบางรายที่เริ่มเข้ามาดูแลผู้ป่วยได้ไม่นาน และเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เป็นโรคจิตเวชมาก่อน แม้ว่าจะทำใจยอมรับไม่ได้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ก็สามารถปรับตัว และมีความสามารถในการจัดการดูแล และมีวิธีการเข้าหาผู้ป่วยได้เร็ว

“...ไม่รู้สึกลัวที่ต้องอยู่กับคนไข้จิตเภท เพราะแม่ (คุณยายของเขา) ก็ป่วย ไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา 2 ปี ตอนนี้อยู่แล้ว เราเลยไม่กลัวที่จะใช้ชีวิตอยู่กับลูก แต่เราต้องระวังตัวเอง เป็น 2 เท่า และต้องสังเกตพฤติกรรมและท่าทางของลูกอยู่ตลอดเวลา.... แต่มีครั้งหนึ่งที่รู้สึกกลัว เพราะครั้งนี้พอเขามีอาการเขามีป็นด้วย แต่เขาก็ไม่ได้ทำอะไรหรอก เขาเหมือนมีอาการประสาทหลอนคิดว่ามีโจรขึ้นบ้าน เขาเลยให้ยายอยู่ในห้องห้ามออกมา แต่เขาก็ไม่ได้ทำร้ายใครนะ...”<sup>9</sup>

กรณีมารดา อายุ 42 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 21 ปี

### ประเด็นที่ 3 : การปฏิบัติตนของผู้ดูแลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน วิธีการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น

ผู้ดูแลที่ใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลานาน จะมีวิธีการรับมือกับพฤติกรรมของผู้ป่วย มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ไม่ให้เกิดความเครียด หรือภาวะซึมเศร้าได้ดี หลีกเลี่ยงจากสถานการณ์อันจะก่อให้เกิดการกระตุ้นอารมณ์ของผู้ป่วย โดยสามารถสังเกตสิ่งเร้าที่จะเข้ามากระตุ้น หรือพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยที่บ่งบอกถึงอาการรุนแรงได้รวดเร็วกว่า พร้อมที่จะนำส่งโรงพยาบาลทันที โดยที่ผู้ดูแลไม่รู้สึกรู้สีกว่าเป็นเรื่องที่ร้ายแรง

นอกจากนี้ผู้ดูแลที่ใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลานาน ส่วนใหญ่จะแบ่งเวลาไปดูแลผู้ป่วยในช่วงเช้าและเย็น โดยให้ความสำคัญกับเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และจะคอยหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการป่วยทางจิต นอกจากนี้จะคอยสังเกตผู้ป่วย หากมีอาการป่วยหรือรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมได้ก็จะนำส่งโรงพยาบาลทันที

“...ผมดูแลเขาหมด ผมจะเตรียมอาหาร และถึงเวลาอาหารเขาจะมากิน 3 มื้อ มีเงินให้เขาใช้ โดยเตรียมเงินไว้ 100-200 บาท วางไว้ในที่ประจำ เขาอยากมาหยิบไปซื้ออะไรจะได้ไปซื้อ ทำอย่างนั้นมาตลอดหมดก็เดิม ผมจะบอกข้างบ้านไว้ ข้างบ้านเขาจะช่วยผมดู ผมบอกเขาว่า ถ้ามีเสียงดังผิดปกติ ได้กลิ่นอะไรผิดปกติ ฟังประตูไปได้เลย ผมซ่อมประตูได้ เพื่อนบ้านแถวนั้นก็รู้ว่าพี่สาวผมป่วย เขาก็ช่วยกันดูแล...ผมจะแวะมาตอนเช้าเอาอาหารมาให้ พอตตอนเย็นหรือมืด ก็แวะมาเยี่ยมอีกที... ถ้าเป็นแต่ก่อนที่อยู่ด้วยกัน ผมก็หงุดหงิดเป็นบางครั้ง ผมก็เลยใช้ชีวิตกับพี่สาว ต่างคนอยู่กันคนละบ้านไหน ๆ ผมก็ออกมาแล้ว ก็คงไม่กลับเข้าไป แต่จะไปดูแลเขาทุก ๆ วันไม่เคยขาด เพราะต้องเตรียมซื้ออาหารทิ้งไว้ให้และให้เขาดูแลตนเอง...”<sup>1</sup>

กรณีน้องชาย อายุ 54 ปี เป็นผู้ดูแลพี่สาว อายุ 58 ปี

“...อยู่กับเขามานานจนรู้ทุกอย่าง เขาเคยทำร้ายพ่อแม่เหมือนกัน เราก็คอยสังเกตเขาเหมือนกัน บางครั้งเขาหงุดหงิด โกรธ เราก็ไม่เข้าไปใกล้ อยู่ห่าง ๆ เลย เคยถูกเขาตีเหมือนกัน ตอนเขามีอาการประสาทหลอน แต่ตอนนี้มีประสบการณ์ อยู่กับเขามานาน พอเห็น

เขาอาการไม่ดี เราก็จะพามาเลย... ครั้งนี้เช่นกัน เริ่มพูดไม่รู้เรื่อง  
เถียง คงจะดูไม่ไหว จะพามาส่ง และมาเยี่ยม...”<sup>2</sup>

กรณีบิดา อายุ 84 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 50 ปี

“...ตอนนี้อยู่บ้านคนละหลัง ให้เขาอยู่คนเดียว รั้วเดียวกันก็เดินไป  
เดินมา แวะไปดูเป็นครั้ง ๆ เอาอาหาร เอายาไปให้รับประทาน ส่วน  
ใหญ่เขาทำเองไม่ได้ แต่พอช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ทำอะไร เรียกให้  
เขาบ้างเป็นครั้ง ๆ เขาก็เข้าออกโรงพยาบาลหลายๆ ครั้ง ตั้งแต่อายุ  
15 ปี จนถึงตอนนี้ ส่วนใหญ่เขามักได้ยินเสียง ทำร้ายคน ถ้าเขาเป็น  
อย่างนี้ มีอาการส่งทันที...”<sup>5</sup>

กรณีมารดา อายุ 69 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 40 ปี

“...ก็ 모르สิ กะไร ไม่กลัวเขาก็พยายามให้เขาดำเนินชีวิต  
ตามปกติ เขาเคยไปพักกับน้องสาว น้องสาวเป็นคนดูแล ลูกของ  
น้องสาวก็เรียกป้า รับประทานอาหารร่วมกัน เราก็พยายามให้เขา  
เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวเรา...เค้าไม่เคยทำร้ายตนเอง หรือทำ  
ร้ายคนในครอบครัว ส่วนใหญ่ที่เป็นพูดมาก พูดเรื่อยเปื่อย ไม่นอน  
อยู่ไม่สุข มีระแวง พอเห็นเขาหงุดหงิด แม่ก็จะทำใจเย็น ๆ แล้ว  
เตรียมนำมาพบหมอเพื่อปรับยา...”<sup>8</sup>

กรณีมารดา อายุ 60 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 38 ปี

ในขณะที่ผู้ดูแลที่เริ่มดูแลผู้ป่วยไม่นาน ยังมีความหวาดกลัว ทำใจยอมรับไม่ได้ และไม่สามารถปรับตัวและมีวิธีจัดการกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

“...ฉันกลัวเขาเหมือนกัน กลัวอาละวาดทำร้ายน้อง..แล้วฉันจะต้อง  
ดูแลเขาอีกนานเท่าไร โรคนี้ที่ฉันรู้มันไม่หายและต้องอยู่ร่วมกับเขา  
เวลาอาละวาดขึ้นมาจะทำร้ายฉันเหมือนที่ผ่านๆมาไหม แรงเยอะมาก...”<sup>3</sup>

กรณีมารดา อายุ 40 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 18 ปี

“...เรานอนห้องเดียวกัน ลูกจะนอนตรงกลาง ดิฉันกับพ่อจะนอน  
ขวาข้าง กลัวคะ กลัวเขาจะทำร้ายตนเอง ดิฉันเป็นคนดูแลเรื่อง  
อาหาร การอาบน้ำ แต่เขาช่วยตัวเองได้ แต่ถ้าเข้านานก็ต้องอยู่ใกล้ ส่วน

พ่อจะดูแลเรื่องยา หัดให้เขาจัดยาเอง จัดยาเองเสร็จแล้วคุณพ่อจะตรวจสอบทุกครั้ง ยาไม่เคยขาดเลยคะ เหนื่อยคะ ยอมรับว่าเหนื่อยคะ และต้องใช้ความอดทนมากเลยนะคะ เคยนะคะ ถึงกับดูแลใกล้ชิด เคยต้องผูกไว้เลย ถ้าเขาไม่นอน และอยู่ไม่ติด ถึงแม่จะพูดตีด้วย ก็ไม่ยอม ตื้อมากคะ เวลาโมโหแรง...”<sup>4</sup>

กรณีมารดา อายุ 65 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 33 ปี

“...ก็แหวะมาดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ 4 – 5 ปีแล้ว แต่เป็นลักษณะไป ๆ มา ๆ แต่มาทุกวัน อยู่บ้านคนละหลัง แต่ใกล้ ๆ กัน ไปมาได้ ซื่ออาหารมาให้รับประทานทุกวันและพูดคุยสักพัก ทำอย่างนี้ทุกวัน ผู้ป่วยช่วยตัวเองได้หมด แต่เรื่องรับประทานยา ก็ดูให้ทาน ดิฉันไม่สามารถเอาแม่ไปอยู่บ้านเดียวกัน ได้ กลัวคะ แล้วอายุด้วยสามีบอกว่าไม่อยากให้ลูกเห็น สามีกลัวยายจะมาทำร้ายลูก...ลูก เพราะเขาพูดไม่รู้เรื่อง พูดไม่ปะติดปะต่อ ชอบเดินเรื่อยเปื่อย ห้ามไม่ฟัง อยู่ไม่สุข บางทีก็หายออกจากบ้านไปสัก 2 – 3 วัน ก็กลับมา...”<sup>7</sup>

กรณีบุตรสาว อายุ 31 ปี เป็นผู้ดูแลมารดา อายุ 55 ปี

“...ตอนที่อยู่ที่บ้านเขาจะช่วยแม่รีดผ้าตั้งแต่ 09.00 – 19.00 น. และเมื่อรีดผ้าเสร็จแล้วก็แยกย้ายไปพักผ่อน บางครั้งเขาก็จะเก็บตัวเงียบอยู่ในห้องของตัวเอง ฟังเพลง ซึ่งเวลาดิฉันออกไปทำธุระข้างนอกบ้านด้วยความที่เป็นห่วงเขาก็กลัวเลยถือคประตูปรับบ้านให้เขาอยู่แต่ในบ้านด้วยความที่เชื่อใจ เห็นเขาไม่ออกไปไหนเลยตัดสินใจไม่ถือคบ้านเขาเลยถือโอกาสนี้ทำลายความเชื่อใจโดยการไปซื้อกัญชามาเสพ และเมื่อเขามีอาการ จะหงุดหงิดถ้าไปห้ามเขาจะอาละวาด ทำลายข้าวของ และเคยทำร้ายตนเอง แต่ก็เขาใจว่าเขาไม่ได้อยากทำร้ายแม่ แต่ด้วยโรคที่เขาเป็น และบางครั้งที่เขามีอาการก็จะพาไปหาหมอ และก็มีดิฉัน ชักพักอาการก็สงบ ปกติเขาเป็นคนใจดีนะ อ่อนน้อม ถ่อมตน เห็นใครก็ไหว้ เขารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไม่เคยหยุดยาเอง โดยดิฉันจะเป็นคนจัดยาให้ และมีครั้งหนึ่งที่ตัวเองเครียดมาก ๆ โมโหเลยจัดยาให้เขาทาน ประมาณ 10 เม็ด เขาก็ทานนะ จนยาหมดก่อน ตนเลยเอาตัวอย่างยาไปซื้อที่คลังยา ซึ่งเภสัชกรก็

บอกว่า “คุณทำแบบนี้ก็เหมือนฆ่าเขาทางอ้อมนะคะ !” ตนพูดว่า  
ทุกวันนี้ก็เหมือนฆ่าเขาทางอ้อมละ...”<sup>11</sup>

กรณีมารดา อายุ 55 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 35 ปี

“...ฉันอยู่กับเขา 2 คน ลูกสาวก็ไม่รู้อยู่ที่ไหน มีเพื่อนบ้านดีที่ช่วย  
ดูแล ช่วยแจ้งตำรวจมาจับเขาไป ร.พ. เวลาเค้ามียาอาการ เวลาเขาดี  
เขาชอบช่วยเหลือเพื่อนบ้านด้วยนะ ให้ทำอะไรก็ทำให้หมด เวลา  
เขามีอาการเหมือนเป็นคนละคน พูดไม่รู้เรื่อง พูดกับใครก็ไม่รู้  
หงุดหงิด โกรธง่าย พูดกับใครก็ไม่รู้ ถ้าขังเขาได้ฉันจะขังเขาไว้ใน  
ห้อง แล้วฉันมาอยู่หน้าบ้าน ฉันขายของชำ เพราะเพื่อนบ้านจะได้  
เห็นฉัน เพื่อนบ้านฉันดี เขาคอยช่วยดูแลฉัน...”<sup>12</sup>

กรณีมารดา อายุ 58 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 32 ปี

“...จริง ๆ เขาก็ไม่รุนแรงเท่าไรหรอก ตอนดี ๆ ก็จะอยู่เฉย ๆ นิ่ง ๆ  
ดูแลง่าย พอมีอาการถึงจะร้องไห้ บางครั้งจะทำร้ายตนเอง ทูบอก  
เอาหัวชนผนัง ไม่ทำร้ายผู้อื่น...”<sup>13</sup>

กรณีหลานชาย อายุ 24 ปี เป็นผู้ดูแลป้า อายุ 62 ปี

ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการดูแลมาแล้วพอสมควร ตั้งแต่ระยะเวลา 6 – 10 ปี  
ขึ้นไป จะเริ่มมีวิธีการในการรับมือกับผู้ป่วยได้ดีในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สามารถจัดการกับสภาวะ  
อารมณ์ ความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าของตนเองได้

“...เราต้องอยู่กับเขาตลอดเวลา ต้องเก็บวัตถุอันตราย เช่น มีด ยา  
ต่าง ๆ ปืน เอาไปซ่อนไว้ ถ้าเขาไม่เห็นใคร เขาจะรีบขับรถออกไป  
ข้างนอกเลย ซึ่งไปไหนเราก็ไม่รู้ มีอยู่วันหนึ่งอาการเขาหนักคิดว่า  
คนที่เดินผ่านมาจะมาจับตัวเขา เขาก็วิ่งไปข้างนอก โชคดีที่เพื่อน  
บ้านรู้ และเข้าใจเลยช่วยดูแลเราไว้ที่บ้าน เราจึงหลอกเขามา  
โรงพยาบาล...”<sup>9</sup>

กรณีมารดา อายุ 42 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 21 ปี

“...ผมแต่งแล้วมาอยู่กับเขา ผมทำงานคนเดียว เขาก็เรียบบ้อยดี ไม่มีอะไร ผมไม่กลัวเขาหรอก เพราะเวลาเขาไม่สบาย เขาจะไม่เหมือนคนอื่น ไม่ทำร้ายคน แต่เขาจะเขาไม่ยอมนอนทั้งคืน เดินไปมาเฉย ๆ หนึ่ง ๆ ผมก็เลยมาส่งโรงพยาบาล...”<sup>6</sup>

กรณีสามี อายุ 36 ปี เป็นผู้ดูแลภรรยา อายุ 30 ปี

#### ประเด็นที่ 4 : วิธีการสื่อสารเพื่อสนับสนุนหรือประคับประคองอารมณ์ผู้ป่วย

ในประเด็นเรื่องวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยพบว่า ผู้ดูแลที่เริ่มเข้ามาดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ไม่นาน จะยังไม่สามารถมีวิธีการสื่อสารที่จะช่วยสนับสนุนหรือประคับประคองอารมณ์ผู้ป่วย ทั้งการสื่อสารทางคำพูดและการสื่อสารทางกายเช่น การสัมผัส นอกจากนี้ยังมีการเสริมแรงทางลบเพื่อไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยการหักค่าใช้จ่ายประจำวัน เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม

“...จากการสังเกตการสื่อสารของมารดากับบุตรสาวที่ ขณะเยี่ยมพบว่า มารดานั่งระยะห่างกับผู้ป่วย นั่งกอดอก ไม่ได้สัมผัสมือผู้ป่วย เวลาพูดเสียงเข้มห้วน ออกคำสั่ง บางครั้งเห็นผู้ป่วยพูดมาก พูดเสียงดัง มารดาสายหัว นั่งนิ่ง ไม่ค่อยสนทนา จากการซักถามพบว่ามารดาจะใช้คำสั่งให้บุตรทำงาน เพราะตนเองไม่ค่อยมีเวลา ถ้าไม่พอใจลูกก็นิ่ง ยิ่งตอนที่ผู้ป่วยมีอาการ ก็จะโมโหมากเพราะพูดไม่ค่อยฟัง...”<sup>3</sup>

กรณีมารดา อายุ 40 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 18 ปี

ในขณะที่ผู้ดูแลที่เข้ามาดูแลผู้ป่วยได้สักระยะหนึ่ง ตั้งแต่ระยะเวลา 2 – 5 ปี จะเริ่มเรียนรู้วิธีการที่จะสื่อสารกับผู้ป่วย และหลีกเลี่ยงสาเหตุที่จะกระตุ้นอารมณ์ผู้ป่วย ซึ่งสามารถแสดงออกมาได้ดีทั้งการสื่อสารด้วยคำพูด และรู้วิธีที่จะใช้การสัมผัสร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยใจเย็นลง นอกจากนี้ผู้ดูแลก็จะเริ่มมีความตระหนักควบคุมอารมณ์ตนเอง เพื่อให้การสื่อสารแบบสนับสนุนหรือประคับประคองอารมณ์ผู้ป่วย ด้วยความนุ่มนวลและอดทนมากขึ้น รู้วิธีการลดสิ่งเร้าที่จะไปกระตุ้นอารมณ์ผู้ป่วย และจัดการความเครียดของตนเอง เช่น



“...ก็จะพูดดี ส่วนใหญ่เขาก็ฟังทำตาม แต่ถ้าเป็นมาก จะพามาโรงพยาบาล เพราะพูดดี ๆ เขาพูดไม่รู้เรื่อง ถ้าผมเอาไม่อยู่นั้นแหละครับ ผมก็เอามาส่ง พอกลับบ้าน เขาช่วยตนเองได้ ไม่ต้องดูแล...”<sup>6</sup>

กรณีสามี อายุ 36 ปี เป็นผู้ดูแลภรรยา อายุ 30 ปี

“...เวลาพูดคุย ดูแลลูก ต้องอดทนมาก ๆ อดทนมาก ๆ จริง ๆ เพราะเวลาพูดไม่ถูกหูจะโมโหร้าย ต้องใจเย็น และต้องติดตามทุกฝีก้าว จะเข้าห้องน้ำ ถ้านาน ต้องตามไปดู ไม่ได้ให้ลืดอก เขาบอกว่าเขาได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง หนักใจค่ะ ต้องตามกันตลอด เขาไปไหนก็ต้องอยู่ด้วย ชอบดูละครช่อง 3 ก็จะนั่งดูด้วยกัน มาเยี่ยมนี้ก็ต้องเล่าให้เขาฟังว่าละครถึงตอนไหนแล้ว ดูแลลูกก็ต้องอดทนมาก และใจเย็น เขาก็จะถามเรื่องละคร เขาชอบดู ก็มาเล่าให้ฟัง (จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติสัมพันธ์ ทั้งบิดามารดาสื่อสารด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ซักถาม พูดคุย มองหน้าลูกตลอดเวลา) ...”<sup>4</sup>

กรณีมารดา อายุ 65 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 33 ปี

“...โดยเฉพาะเวลาที่เขาเริ่มมีอาการหงุดหงิด เขาจะเริ่มพูดมากขึ้นเรื่อย ๆ ดิฉันก็จะเจียบและหยุดฟังเขาและจะหาวิธีที่จะทำให้เขาสงบลง เช่น ไม่ตอบโต้ และบางครั้งก็ทำเป็นไม่สนใจ เบี่ยงเบนไปเรื่องอื่น สักพักอาการเขาจะดีขึ้น...”<sup>11</sup>

กรณีมารดา อายุ 55 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 35 ปี

“...เวลาเขามีอาการร่วนวาย ผมก็จับให้นอนพันผ้าเหมือนเวลาเราห่อตัวเด็ก เขาก็จะสงบขึ้น เค้คงขาดความรัก บางครั้งก็ส่งสารเขา นะไม่น่าเป็นแบบนี้เลย...”<sup>13</sup>

กรณีหลานชาย อายุ 24 ปี เป็นผู้ดูแลป้า อายุ 62 ปี

สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมานานมากกว่า 20 ปี จะมีความเข้าใจพฤติกรรม อารมณ์ ผู้ป่วยได้ดี มีวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม รมณ์ตระวังต่อการกระตุ้นอารมณ์ และรู้วิธีการที่จะลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ร่วมด้วย นอกจากนี้ผู้ดูแลสามารถทำความเข้าใจต่ออาการเจ็บป่วยทางจิต

ของผู้ป่วย จนไม่ได้รู้สึกถึงความยุ่งยากทางอารมณ์ ความเครียด และเรียนรู้วิธีปรับสภาพอารมณ์ตนเองอย่างเป็นกลาง และวางเฉย เช่น

“...ผมก็พูดกับเขาดี ๆ ว่าเขาต้องทำอะไรบ้าง อย่างผมพูดอะไร เขา ก็ฟัง ถ้าเขาไม่ทำตาม ผมก็จะลดค่าขนมเขา ก็ไม่มีปัญหาอะไร...”<sup>1</sup>

กรณีน้องชาย อายุ 54 ปี เป็นผู้ดูแลพี่สาว อายุ 58 ปี

“...ส่วนใหญ่ก็พูดดี ๆ แม่เขาก็เป็นคนพูดให้เขาทำงาน ก็ตามใจ เขา แล้วแต่เขาว่าจะทำอะไร จะทำหรือไม่ทำ แม่เขาก็ไม่ว่าอะไร ทำกับข้าวกับปลา ดูแลเรื่องยากิน จนเข้านอน เค็ดสองคนแม่ ลูกก็คุยกันดี ส่วนผมก็คุยกันบ้าง ก็มีกันอยู่ 3 คน...ถ้าเวลาเขามีอาการเราก็เดินหนี ไม่เสียง เสียงได้ก็เสียง แต่ถ้ามีประสาทหลอนก็ต้องส่งโรงพยาบาล...”<sup>2</sup>

กรณีบิดา อายุ 84 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 50 ปี

“...ตอนนี้ดีขึ้น ทำใจพูดกับเขาดี ๆ เพราะเคยไปเข้าอบรมกับพยาบาลที่นี่ แต่ก่อนนี้ต้องขัง บางครั้งต้องล่ามโซ่ก็มี เพราะปล่อยไม่ได้ ออกไปทำร้ายคน...”<sup>5</sup>

กรณีมารดา อายุ 69 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 40 ปี

“...จะมีบางครั้งที่เขาหงุดหงิด ๆ พวกเราก็จะพูดดีกับ เขาก็ไม่มีใครดุเขา นอกจากจะพูดให้ใจเย็นอย่าใจร้อน...”<sup>8</sup>

กรณีมารดา อายุ 60 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 38 ปี

กรณีที่ผู้ดูแลบางรายมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นคนในครอบครัว แม้จะเริ่มเข้ามาดูแลผู้ป่วยได้ไม่นาน ก็จะมีวิธีการที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีเช่นกัน

“...ที่บ้านพูดคุยกันปกติ เขาพูดรู้เรื่องนะ แต่เขาจะหวาดระแวงและกลัวตลอดเวลา จะมีช่วงที่เขาอารมณ์หงุดหงิด หรือหวาดกลัว เราก็ต้องคอยดูแลเขาให้มากขึ้น... ไม่กระตุ้นอารมณ์ให้เขาโกรธหรือหลงผิดต่าง ๆ หรืองานที่เป็นการทำให้เขาผ่อนคลาย”<sup>9</sup>

กรณีมารดา อายุ 42 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 21 ปี

### ประเด็นที่ 5 : ผลกระทบที่ได้รับจากการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลทุกคนได้รับผลกระทบจากการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ทั้งทางด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม ตลอดจนการใช้ชีวิต แม้แต่ตัวผู้ป่วยเองก็ได้รับผลกระทบต่อการป่วยเป็นโรคนี้อีกเช่นกัน แยกตามประเด็นได้ดังนี้

ผลกระทบทางจิตใจจะมีความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องเลี้ยงดู และเป็นความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ป่วย เช่น

“...ถ้าผมไม่ดูแล ใครจะดูแล ก็ไม่มีใคร ผมจะแต่งงานยังไม่กล้าแต่งเลย ก็ต้องดูแล ถ้าแต่งก็ต้องเลือกคนที่รับเขาได้ เพราะผมต้องอยู่กับเขา ดูแลเขา ผมเคยแต่งงาน และแยกออกมาอยู่กัน 2 คน ผมทิ้งบ้านให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวไป ๆ มา ๆ แต่ตอนนี้ผมก็เลิกกับแฟนผมแล้ว และผมก็ดูแลเขาตลอด...”<sup>1</sup>

กรณีน้องชาย อายุ 54 ปี เป็นผู้ดูแลพี่สาว อายุ 58 ปี

“...ก็ได้ผลกระทบเหมือนกัน ภาระน้องสาวเพิ่มมากขึ้น ทุกคนก็ต้องให้ความสำคัญกับผู้ป่วยมากตัวดิฉันเองก็ไม่ค่อยห่วงอะไร เพราะมีน้องสาวผู้ป่วยดูแลให้และหลานก็เข้าใจ...”<sup>8</sup>

กรณีมารดา อายุ 60 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 38 ปี

“...ถ้าจะให้เขาทำงาน คงทำไม่ได้ ตอนนี้เขาก็อยู่บ้านเฉย ๆ ผมหาเงินคนเดียวเลี้ยงเขากับแม่ เขาก็ช่วยตัวเองไป...”<sup>6</sup>

กรณีสามี อายุ 36 ปี เป็นผู้ดูแลภรรยา อายุ 30 ปี

“...เป็นห่วง กังวลถึงอนาคตของเขา หากต้องอยู่ไร้พ่อกับแม่ สังคมจะมองเขาอย่างไร แล้วชีวิตเขาจะเป็นอย่างไรต่อไป...”<sup>7</sup>

กรณีบุตรสาว อายุ 31 ปี เป็นผู้ดูแลมารดา อายุ 55 ปี

“...ต้องแบ่งหน้าที่คอยดูแลเค้า กลัวว่าจะได้รับอันตราย ...เรา 2 คนดูมานานมาก แรก ๆ ก็วุ่นวาย พี่น้องก็ไม่มีใครเอา แต่ตอนนี้ดีขึ้น เขาก็ช่วยเรา ตอนดี ๆ ดีมากเลยครับ ก็ไม่ได้รับผลกระทบอะไร เรารับรู้และก็ดูแลเขา ก็ไม่รู้สิกกแล้ว รู้สึกสงสารลูก ได้แต่เป็นห่วงอย่างเดียวว่าถ้าเราไม่อยู่ จะทำอย่างไร ถ้าผมตายก่อน แม่เขาก็ดูแลต่อไป...”<sup>2</sup>

กรณีบิดา อายุ 84 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 50 ปี

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่เป็นบิดาหรือมารดาไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้จำกัด ในขณะที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทค่อนข้างสูง นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการทำงาน จึงไม่ได้ประกอบอาชีพ และไม่มีรายได้ ร่วมกับการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเช่น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการใช้สารเสพติดขโมยของในบ้านไปขาย เพื่อนำเงินซื้อสารเสพติด

“... มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในครอบครัว ลูกชายเสียหน้าที่การทำงาน แม่ต้องคอยดูแลทั้งเขา และน้องชายที่เป็น ออทิสติก ทำให้ไม่มีเวลาทำงาน ครอบครัวขาดรายได้ ชีวิตเขาหมดอนาคต...”<sup>9</sup>

กรณีมารดา อายุ 42 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 21 ปี

“... เงินมันก็หมดไปทุกวัน ๆ ที่ใช้ทั้งการรักษาของเขา และรักษาตัวผมเอง แต่มันก็ไม่ได้ทำให้ครอบครัวเราแตกแยกหรือมีปัญหา ช่วงที่เขาไม่ได้ทำงานไม่มีตังค์ เขาก็เอาของไปขาย รถมอเตอร์ไซด์ ตู้เย็น นาฬิกาข้อมือ และอะไรที่ขายได้ก็ขนไปขายหมด ลืมทอง อะไรก็ขายหมดไม่ก็เอาไปจำหน่ายร้านขายอาหารแถวบ้าน ขายจนหมดเขาก็มาเอานาฬิกาข้อมือผมไป ผมก็เลยเดินตามละแวกบ้านก็มีคนบอกว่าลูกชายเขามาจำหน่าย ผมก็ไปเฝ้ามา แล้วถ้าเขาเห็นบัตร ATM วางอยู่เขาก็ไปกดมาเล่นหมดที่ 40,000-50,000 ผมก็ตามเก็บปัญหาของเขา ตามเฝ้าของที่เขาเอาไปจำหน่าย และเขาเคยวิ่งราวอยู่ครั้งหนึ่ง ศาลให้จำคุก 6 ปี ตอนแรกก็กะว่าจะตัดนิสสัยและถือว่าจะช่วยให้เขาเลิกดื่มกาบได้แต่พอเอาเข้าจริงผมก็ส่งสารเขาก็ไปวิ่งอุทธรณ์คดีสู้คดีจนลดเหลือ 6 เดือน ก็ตามช่วยเขาตลอดเพราะถือว่ายังไ้ใจก็ลูก...”<sup>10</sup>

“... เขาเริ่มขโมยของในบ้านไปขายฉันถึงรู้ว่าเขาติดยา เรื่องแต่งงานฉันก็ส่งสารลูกสะใภ้ ใครเขาจะอยู่กับลูกเราที่เป็นอย่างนี้ ดีว่าเขาไม่มีลูกกัน ถ้าฉันตายไป เขาจะอยู่อย่างไร ฉันก็มีทั้งเบาหวาน ความดัน ไม่รู้เวรกรรมอะไร ลูกถึงเป็นอย่างนี้...”<sup>10</sup>

กรณีบิดา อายุ 53 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 26 ปี

ผู้ดูแลบางคนก็มีปัญหาการใช้ชีวิตสมรสของตน เพราะต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จนทำให้สามีหรือภรรยาไม่เข้าใจ ยอมรับไม่ได้ จนอาจจะทำให้ต้องเลิกหรือหย่ากัน ส่วนที่มีบทบาทเป็นสามีที่อยู่ภรรยาซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภทก็จะสามารถใช้ชีวิตร่วมกันได้ หากอีกฝ่ายเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ในบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นบิดาหรือมารดาก็ไม่อยากให้ผู้ป่วยแต่งงาน หรือหากแต่งงานแล้วก็ไม่อยากให้มีบุตร เพราะไม่อยากให้เป็นภาระ หรือปัญหาให้กับคนอื่น รวมทั้งอาจจะเป็นการเพิ่มภาระให้กับสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังกังวลว่า อีกฝ่ายที่มาคบไม่มีความจริงใจ กลัวผู้ป่วยผิดหวัง และจะมีปัญหาตามมาตามมา ขณะที่บางรายระบุว่า หากมีคนที่ยรักผู้ป่วยจริงก็อาจจะให้แต่งงานกัน และมองว่าเป็นการทำบุญที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น

“...ครอบครัวของฉัน สามีต้องเลี้ยงดู หนักใจมากจริง ๆ และเสียใจ รู้สึกผิดที่แม่เป็นอย่างนี้แล้วจะทำอย่างไร เป็นลูกคนเดียว รู้สึกเป็นภาระมาก เพราะแม่พูดไม่รู้เรื่อง พยาบาลเลยแนะนำที่ปทุมธานีที่มีที่ดูแลผู้ป่วย...”<sup>7</sup>

กรณีบุตรสาว อายุ 31 ปี เป็นผู้ดูแลมารดา อายุ 55 ปี

“...ผมเลิกกับแฟนผม ก็เพราะเขายอมรับผมไม่ได้ที่ต้องมาดูแลพี่สาว ผมคิดว่าเขาจะเข้าใจ แต่สุดท้ายก็มีปัญหากัน ในที่สุดผมก็ขอดูแลพี่สาวผมดีกว่า...”<sup>1</sup>

กรณีน้องชาย อายุ 54 ปี เป็นผู้ดูแลพี่สาว อายุ 58 ปี

“...แต่การแต่งงาน ดิฉันกลัวว่าจะไม่มีใครที่จริงใจ ถ้าเขาต้องผิดหวังกลัวว่าปัญหาต่าง ๆ อีกมากมายจะตามมา...”<sup>9</sup>

กรณีมารดา อายุ 42 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 21 ปี

“...เขาก็เกิดถูกใจสาวที่ทำงานด้วยกันเขาชอบมาก ผมก็บอกพาให้ให้ผมรู้จักหรือไม่ก็พาผมไปหาได้ไหม ก็คุยกันผมก็ไปขอให้ปรากฏว่าอยู่กันได้ระยะหนึ่ง ก็มีสามีและลูกอีก 2 คน มาตามผู้หญิงคนนี้ ผมรับไม่ได้จึงให้เขากลับไปกับสามีและลูก เขาก็เสียใจ ...ส่วนชีวิตแต่งงาน ผมก็ยินดีที่จะมีคนมาชอบรัก และดูแลลูกผม แต่ผมก็จะคุยกับผู้หญิงคนที่จะมาอยู่กับลูกผมว่า รับได้ไหม ผมจะเล่านิสัยอาการให้ผู้หญิงฟังหมด ถ้าเขารับได้ผมก็ยินดี และผมก็หวังว่าจะ

ปรับให้ [ชื่อผู้ป่วย] ดีขึ้น ต้องข่ม [ชื่อผู้ป่วย] ให้ได้ ไม่ใช่ยอมแล้ว  
พากันไปดมกาว แบบนี้ก็แย่เลย ถ้ามีคนรักเขาจริงผมก็ไม่ห้ามจิตใจ  
มากด้วย ถือว่าเป็นการทำบุญที่ช่วยให้ [ชื่อผู้ป่วย] ดีขึ้นและผมคิด  
ว่า [ชื่อผู้ป่วย] อาจจะไม่เลิกดมกาวไปเลย...”<sup>10</sup>

กรณีบิดา อายุ 53 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 26 ปี

“...แต่การแต่งงานดิฉันมองว่า จะไปเป็นการเพิ่มภาระหน้าที่ให้คน  
ในครอบครัวมากกว่า แน่แน่นอนว่าถ้ามีปัญหาครอบครัว  
เกิดขึ้น ความทุกข์ ความเสียใจย่อมตามมา...”<sup>11</sup>

กรณีมารดา อายุ 55 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 35 ปี

“...เรื่องแต่งงาน ฉันก็สงสารลูกสะใภ้ ใครเขาจะอยู่กับลูกเราที่  
เป็นอย่างนี้ ดีว่าเขาไม่มีลูกกัน...”<sup>12</sup>

กรณีมารดา อายุ 58 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 32 ปี

นอกจากผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและการใช้ชีวิตสมรสแล้ว ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะได้รับ  
ปฏิกิริยาและผลกระทบทางอารมณ์และจิตใจค่อนข้างสูง มักจะมีความวิตกกังวล นอนไม่หลับ ทำให้  
ผู้ดูแลบางรายอาจจะมีอาการเครียดมากที่จะต้องดูแลอารมณ์ตัวเองให้ดี ไม่ให้เสื่อมลงตามผู้ป่วย และ/  
หรือต้องใช้ยาระงับประสาทบรรเทาอาการ เช่น

“...ปกติแม่เขาใจเย็น ร้องให้ทุกครั้งเวลาเห็นลูกมีอาการ แม่เขาไม่  
ค่อยโกรธลูกเขาหรอก เขารู้ว่าลูกเขาไม่เหมือนคนอื่น...”<sup>2</sup>

กรณีบิดา อายุ 84 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 50 ปี

“...มีเหมือนกันที่กังวล นอนไม่หลับ ดิฉันกลัวที่สุดก็ตอนไปทำร้าย  
คน กลัวไปทำให้ชาวบ้านเดือดร้อน และชาวบ้านจะรู้จะทำร้ายลูกเรา  
ต้องขังไว้ในบ้านไม่ให้ออกไปข้างนอก ครั้งที่ผ่านมากลับไปเยี่ยม  
บ้านก็ไปบีบคอเด็กอายุ 14 ปี เกือบตาย ดีที่บ้านช่วยไว้ทัน ...  
บางครั้งดิฉันก็รู้สึกอายที่ลูกป่วยไปทำร้ายเขา ...”<sup>5</sup>

กรณีมารดาอายุ 69 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 40 ปี

“...ตัวดิฉันเองก็กินยาเหมือนลูกมาได้ 2 ปี เครียดมาก กลางคืนนอนไม่หลับ บางทีไม่ได้หลับทั้งคืน ไปหาหมอขอยานอนหลับ หมอ ก็ให้มา...”<sup>4</sup>

กรณีมารดา อายุ 65 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 33 ปี

“เขาก็กินยาให้แก้อยู่ตลอด ผมเหนื่อยมากที่ต้องคอยตาม แก่ปัญหาให้เขา ผมกับแม่เขาเป็นคนคิดมาก นอนไม่หลับ ผลกระทบน่าจะเป็นทางด้านจิตใจมากกว่า...”<sup>10</sup>

กรณีบิดา อายุ 53 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 26 ปี

แต่สำหรับครอบครัวที่ผู้ดูแลเริ่มดูแลผู้ป่วยได้ไม่นาน จะได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจและแสดงอาการทางอารมณ์สูงมาก และยังไม่รู้วิธีที่จะปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งไม่มีวิธีจัดการอารมณ์ตนเอง

“...ถ้าคุณรู้จักที่บ้านไม่เป็นบ้าน คุณรู้มั๊ยฉันทุกข์มาก ฉันรู้สึกอายที่มีลูกเป็นบ้า ทุกคนเขาจะมองฉันอย่างไร มันเป็นเรื่องหนักมาก...”<sup>3</sup>

กรณีมารดา อายุ 40 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 18 ปี

#### ประเด็นที่ 6 : การแสวงหาความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเรื่องการแสวงหาแหล่งให้บริการด้านสุขภาพจิต หรือความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ผู้ดูแลส่วนหนึ่งเล่าว่า เคยได้รับคำแนะนำและการให้ความรู้ ญาติรวมทั้งการเยี่ยมบ้านจากบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในระยะแรก บางคนก็เข้ารับการให้ความรู้แล้วมีความเข้าใจแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้ดูแลบางคนจะต้องทำงานและไม่มีเวลารับฟังคำแนะนำ ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยมานานกว่า 20 ปี แทบจะไม่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำ หรือวิธีการดูแล แต่ต้องการเพียงพบหมอและรับยาเมื่อมีอาการเท่านั้น แต่ทุกคนต่างมีความรู้สึกเป็นห่วงผู้ป่วยว่า หากตนเองเป็นอะไรแล้วใครจะมารับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อ ดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งบางรายยินดีที่จะมอบที่ดินเพื่อสร้างเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

“...ผมก็พาเขามารักษาตลอด จนเปลี่ยนหมอไปที่คนแล้ว หมอที่โรงพยาบาลนี้ รักษาตั้งแต่เป็นหมอรรถรรดา จนเป็นผู้อำนวยการ ลาออกไป ไม่ว่าจะเป็นมอ [xxx] หมอ [xxx] (พูดไปยิ้มเล็กน้อย) มันก็ต้องทำใจ ตอนนั้ก็เปลี่ยนหมออีก ปรึกษาให้เขาทาน มีอาการก็พามารักษา...”<sup>1</sup>

กรณีน้องชาย อายุ 54 ปี เป็นผู้ดูแลพี่สาว อายุ 58 ปี

“...ช่วงตอนเขาเป็นใหม่ ๆ ก็ได้รับการแนะนำดีจากแพทย์ พยาบาล เวลาเยี่ยมบ้าน ก็ได้รับคำแนะนำ คุณตอนนี้ผมสังเกตเขาเป็น รู้ทุกอย่างว่าอาการอย่างใดที่ต้อพามาโรงพยาบาล เราดูแลไม่ได้ เขาไม่เคยขาดยานะกินยา แต่ก็ไม่รู้เหมือนกัน ถ้าถามตอนนี้ ต้อการที่พกที่อยู่ให้ลูกจะได้ฝากฝังให้เขามีชีวิตต้อไป เพื่อเราต้อจะได้ฝากเขาดูแล อยากจะให้ใครซักคนมาเอาที่ไปและสร้างบ้านให้ผู้ป่วยเลยจะยกที่ให้ฟรี ๆ แต่ขอให้ดูแลผู้ป่วยพวกนี้...”<sup>2</sup>

กรณีบิดา อายุ 84 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 50 ปี

“...ก็ไม่รู้เหมือนกันอยากให้อะไร ถ้าจะให้ดี ก็น่าจะมิตให้ผู้ป่วยอยู่จริง ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ทำร้ายคน เพราะดูแลไม่ไหว...”<sup>5</sup>

กรณีมารดา อายุ 69 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 40 ปี

“...รูปแบบการช่วยเหลือที่ต้อการก็ไม่มีแล้ว ที่เคยอบรมก็ต้ออยู่แล้ว ที่ให้ความรู้ญาติ...”<sup>8</sup>

กรณีมารดา อายุ 60 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 38 ปี

ส่วนผู้ดูแลที่เพิ่งจะดูแลผู้ป่วยไม่นาน ยังมิต้อการที่จะเรียนรู้และคำแนะนำในการดูแล และอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ต้อการสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบระยะยาว และอยากให้อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนกว่าจะหายดีแล้วค่อยรับกลับบ้าน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังแสดงมิต้อหวงจากแพทย์ผู้รักษาเป็นอย่างมาก ที่จะให้ช่วยรักษาอาการผู้ป่วยให้หายเป็นปกติ เช่น

“...พยาบาลบอกว่าจะสอน แต่ฉันยังไม่มิต้อเวลาจะเข้าร่วม ฉันต้อทำมาหากิน แล้วฉันจะทำได้อย่างไร...”<sup>3</sup>

กรณีมารดา อายุ 40 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรสาว อายุ 18 ปี



“...เคยฟังอบรมจากพยาบาล ก็เข้าใจแต่เราคงทำไม่ได้ ก็อยากให้มีสถานที่ที่ดูแลผู้ป่วยโรคนี้นี้จะให้ญาติที่ไม่พร้อมมาดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติดีขึ้น...”<sup>7</sup>

กรณีบุตรสาว อายุ 31 ปี เป็นผู้ดูแลมารดา อายุ 55 ปี

“...ก็อยากให้หมอช่วยให้หาย แล้วก็หวังว่าเขากลับไปครั้งนี้เขาจะกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติเหมือนเมื่อก่อน ส่วนหมอจะรักษายังไงก็แล้วแต่หมอเลย ตามที่หมอและพยาบาลเห็นสมควร ถ้าต้องการความร่วมมืออะไรทางครอบครัวก็ยินดี แต่ต้องการให้อาการดีขึ้นแล้วค่อยกลับ เพราะไม่อยากจะไป ๆ มา ๆ โรงพยาบาลแบบนี้ อยากให้ติดตามอาการของเขา จนกว่าอาการเขาจะหายดี เวลานั้นเราพร้อมที่จะรับเขากลับบ้านเสมอ...”<sup>9</sup>

กรณีมารดา อายุ 42 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 21 ปี

ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการใช้สารเสพติด จะมีความต้องการข้อมูลจากพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นพิเศษ อยากให้เป็นผู้ช่วยสื่อสารไปยังผู้ป่วยให้คิดและเลิกเสพยาได้ หรือรับไปรักษาจนกว่าจะหายแล้วค่อยให้กลับบ้าน หรือออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไปให้คำปรึกษา โดยเฉพาะคนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง หากผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือก็อาจจะทำให้หาทางออกโดยการจบชีวิตของผู้ป่วยได้ หรืออาจมองว่าเป็นเวรกรรมจากในอดีต

“ผมก็อยากจะได้คำแนะนำว่าผมควรจะทำอย่างไรต่อไป ผมทำมาหมดทุกอย่าง จะทำอย่างไรให้เขาหาย แต่ผมก็เข้าใจนะว่าทุกอย่างมันขึ้นอยู่กับ [ชื่อผู้ป่วย] ว่าต้องเข้มแข็งแล้วเลิกให้ได้ ช่วงที่กลับจากรพ ไปอยู่บ้าน เขาบอกผมว่า พ่อ [ชื่อผู้ป่วย] มี 2 คน [ชื่อผู้ป่วย] คนเก่าได้ตายไปแล้ว ต่อไปนี่จะมีแต่ [ชื่อผู้ป่วย] เท่านั้น ผมได้ยินผมก็รู้สึกปลื้ม ปลื้มมากเลยนะ แต่พอกลับบ้านไปได้ 2-3 วัน ก็กลับไปดมอีกแล้ว เขาบอกว่าถ้าไม่ได้ดมแล้ว รู้สึกอึดอัด แต่ตอนนี้ผมรู้สึกว่ามันค้นหาทางออกไม่เจอคิดได้แต่ความตาย [ชื่อผู้ป่วย] จะได้ไม่ลำบากในวันข้างหน้า และก็อยากให้ นศ. หรือ พยาบาลช่วยพูดให้เขาคิดว่า [ชื่อผู้ป่วย] บอกว่ารักพ่อและครอบครัวมาก และพ่อ [ชื่อผู้ป่วย] ก็ทำทุกอย่างให้ [ชื่อผู้ป่วย] ดูแล [ชื่อผู้ป่วย] เป็นอย่างดี

แล้ว [ชื่อผู้ป่วย] ได้ทำอะไรเพื่อพ่อบ้าง [ชื่อผู้ป่วย] รักพ่อแต่ [ชื่อผู้ป่วย] ดมกาวแบบนี้แหละ ผมอยากให้ช่วยพูดว่าเขากำลังทำอะไรอยู่”<sup>10</sup>

กรณีบิดา อายุ 53 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 26 ปี

“...อยากให้บุคลากรทางการแพทย์ลงชุมชนไปเยี่ยมบ้านคนไข้ ไปดูสภาพแวดล้อม ไปให้คำปรึกษาผู้ปกครอง และบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง อยากให้ลงไปประเมินคนไข้เองจะรู้ว่าทำไมคนไข้ถึงเลิกเสพสารเสพติดไม่ได้สักที...”<sup>11</sup>

กรณีมารดา อายุ 55 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 35 ปี

“...หมอกับพยาบาลที่นี่ดีนะ ดีทุกคน แต่เหมือนกับพอลูกเริ่มดีก็ให้กลับบ้านแล้ว พยาบาลสอนให้ดูเขากินยา ฉันบอกให้กินยา เขาก็บอกกินแล้ว ยาก็หมดไป แต่พอมารพ. หมอบอกเขาขาดยา ฉันก็ไม่วู้ยังงัย ฉันอยากให้มีส่วนสงเคราะห์ให้อยู่ ดูแลจนหายแล้วค่อยให้ญาติรับกลับบ้าน ไม่ใช่เข้า ๆ ออก ๆ รพ. พอกินยาที่ดี ไม้กินยากี่มีอาการอีก แล้วยังไม่หายกลับบ้านก็ไปเสพยาบ้าอีก ฉันก็ไม่รู้จะทำอย่างไร อยากให้เขาหาย ตอนนี้อยากให้เขาหายดีแล้วทาง รพ. ค่อยให้กลับบ้าน...”<sup>12</sup>

กรณีมารดา อายุ 58 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 32 ปี

“...ผมหาวิธีรักษา หาโรงพยาบาลไหน หรือสถานสงเคราะห์ติดต่อเรื่องทั้งหมดให้เขา ผมจ่ายเงินให้เขาไปเยอะมาก หมดไปไม่รู้กี่แสนแล้ว แต่ผมคิดว่าเงินมันหาได้ ถ้าต้องแลกด้วยให้ลูกหายแล้วมีชีวิตในสังคมได้เหมือนคนอื่น ผมไม่รู้จะทำอย่างไรแล้ว ผมทำให้เขาทุกอย่าง พอมายู่ รพ. กลับบ้านไปก็กลับไปดมกาวอีก มา 10 รอบ กลับไปก็ดม 10 รอบ เหมือนเดิม หรือมีทางออกทางเดียวก็คือความตาย ผมเคยบอกหมอว่าผมเซ็นใบยินยอมให้หมอทำ ECT [การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า] เลยนะ ผมก็ปรึกษาหมอนะมียาตัวไหนที่กินแล้วหลับไปเลยไหม หมอก็บอกว่าหมอทำให้ไม่ได้หรอกผมก็ทางออกไม่เจอ... แต่ครั้งนี้ผมก็ขอหมอให้ [ชื่อผู้ป่วย] อยู่ที่นี้ต่อให้

เขาแข็งแรงกว่านี้พร้อมกว่านี้ผมจะให้เอาไปถ้ากระบอก หมอเขาก็บอกว่่าที่นั่นมีภรรยาคนไข้ไว้ไม่ได้หรืออาการดีขึ้นแล้วก็ต้องกลับบ้าน [ชื่อผู้ป่วย] ก็มาหลายครั้งแล้วก็ยังทำนิสัยเดิมซ้ำ ๆ ให้ไปอยู่สถานสงเคราะห์ทับทิมรังก็หนีออกมาผมเลยคิดว่าความตายคงจะเป็นทางออกที่ดี แต่ผมก็สงสารเขาหนึ่งจิตสองใจ ได้แต่คิดว่าคงเป็นกรรมของเราที่ทำมา...”<sup>10</sup>

กรณีบิดา อายุ 53 ปี เป็นผู้ดูแลบุตรชาย อายุ 26 ปี



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเพื่อศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท แหล่งผู้ให้ข้อมูลคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยคัดเลือกจากเกณฑ์ที่ผู้วิจัยตั้งขึ้นและสอบถามผู้เชี่ยวชาญ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาปรากฏการณ์ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เน้นการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ และการศึกษาเอกสาร โดยผู้วิจัยวางกรอบแนวคิดการศึกษากว้างๆ เพื่อสร้างแนวทางในการสังเกตและสัมภาษณ์ และแบ่งประเด็นการศึกษาครั้งนี้ 6 ประเด็น คือ 1) ความรู้สึกของผู้ดูแลเมื่อทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท 2) ความรู้สึกของผู้ดูแลหลักที่ต้องใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท 3) การปฏิบัติของผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน วิธีจัดการและรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น 4) วิธีการสื่อสารเพื่อสนับสนุนหรือประคับประคองอารมณ์ผู้ป่วย 5) ผลกระทบที่ได้รับจากการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท และ 6) รูปแบบความช่วยเหลือที่ต้องการจากพยาบาลหรือบุคลากรทางวิชาชีพ รวมทั้งข้อค้นพบวิธีการสื่อสารของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นไปตามกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูลแบบการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยและการจำแนกข้อมูล รวมทั้งมีการตรวจสอบข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับก่อนการวิเคราะห์ นำเสนอข้อมูลโดยการบรรยาย ยกตัวอย่างคำพูด และสอดแทรกตารางเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น รายละเอียดของการสรุปผลการวิจัยเป็นดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

ประเด็นที่ 1 ความรู้สึกของผู้ดูแลเมื่อทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีความเกี่ยวข้องกับระดับความสัมพันธ์และความผูกพันในครอบครัว ผู้ดูแลที่มีบทบาทความสัมพันธ์ทางสายเลือดที่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยจะมีความรู้สึกตกใจ เสียใจ สะเทือนใจ กลัดกลุ้ม รับมือไม่ได้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากกว่าผู้ดูแลที่มีบทบาทอื่น ๆ ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวในระดับพี่น้อง แม้ว่าจะไม่ได้มีความทุกข์โศกเสียใจมากเท่ากับบิดามารดา แต่เนื่องจากความสัมพันธ์ทางสายเลือดและเป็นสมาชิกครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันจะทำให้พี่น้องของผู้ป่วยรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบดูแลรับช่วงต่อกับบิดามารดาแบบละทิ้งไม่ได้ ทำให้มีความหวังในชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่มีบทบาทและความสัมพันธ์ครอบครัวที่ห่างเหินออกไป โดยผู้ดูแลที่มีบทบาทใกล้ชิดและสายสัมพันธ์ทางตรงอย่างบิดาหรือมารดา พี่น้องจะรู้สึกกังวลต่ออนาคตของผู้ป่วยในการใช้ชีวิตต่อไปว่า หากตนเองไม่อยู่แล้วใครจะทำหน้าที่รับดูแลต่อ ผู้ป่วยจะอยู่อย่างไร ทั้งนี้เป็นผลมาจากความรักและความผูกพันก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นห่วง จนไม่อาจจะปล่อย

วางได้ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุที่จะต้องมีความกังวลกับความเสื่อมทางร่างกายและกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง ส่วนผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เป็นลักษณะญาติที่ห่างออกมาจะไม่ได้รู้สึกสะเทือนใจ กลัดกลุ้ม หรือห่วงใยมากนัก มองว่าเป็นการช่วยเหลือมากกว่าเพราะผู้ป่วยช่วยตนเองไม่ได้ แต่ความรู้สึกเป็นห่วงจนไม่สามารถละทิ้งได้

เป็นที่น่าสังเกตว่า บทบาทความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อระดับความรู้สึกทางอารมณ์ผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย หากมีแต่บทบาทและปราศจากความรักและความผูกพันกัน เช่น ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ไม่ได้เลี้ยงดูกันมา ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจะเป็นไปในทิศทางที่สับสนและมีความซับซ้อนทางอารมณ์มากกว่าเพราะผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่สนิทใจ จึงทำให้รู้สึกอาย กลัว เสียใจที่ต้องมาเผชิญกับเหตุการณ์นี้ ยังไม่พร้อมที่จะรับผิดชอบดูแล แต่ด้วยความสัมพันธ์ทางสายเลือดและศีลธรรมต่อต้านกับความรู้สึกในใจ จึงทำให้ความรู้สึกทางอารมณ์สับสนมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้มีสายสัมพันธ์ทางครอบครัวแต่มีความรู้สึกรักและผูกพันลึกซึ้งกับผู้ป่วยแบบสามีภรรยา โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลทุกบทบาทและความสัมพันธ์จะรู้สึกตกใจ และไม่อยากจะเชื่อว่าเรื่องราวแบบนี้จะเกิดขึ้นกับตนเอง

ประเด็นที่ 2 ความรู้สึกของผู้ดูแลหลักที่ต้องใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่เพิ่งใช้ชีวิตกับผู้ป่วยได้ไม่นานอาจจะยังไม่สามารถปรับตัวใช้ชีวิตให้เข้ากับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลจะมีลักษณะความกังวลใจสูง สังเกตได้จากท่าทีของผู้ดูแลจะแสดงความรู้สึกสับสน สิ้นหวัง กลัวผู้ป่วยจะทำร้ายตนเอง หรือออกไปทำร้ายผู้อื่น จึงมีการควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยไม่เหมาะสม เช่น การคาดโทษหรือใช้คำสั่ง นอกจากนี้ยังมีความกังวลต่อสายตาคนรอบข้างสังคมที่มองเข้ามา รู้สึกอับอายต่อสายตาคนทั่วไป นอกจากนี้กลุ่มนี้ยังมีความคาดหวังจากผลการรักษาสูงคือ อยากให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติโดยเร็วที่สุด

สำหรับผู้ดูแลที่เริ่มเข้ามาดูแลผู้ป่วยมาในช่วง 6 ปีขึ้นไป จะเริ่มมีความเข้าใจและเรียนรู้วิถีจัดการอารมณ์ผู้ป่วยมากขึ้น ไม่ค่อยรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วยเหมือนช่วงตอนแรก ๆ ที่เข้ามาดูแล แต่จะกังวลว่าผู้ป่วยจะออกไปสร้างความเดือดร้อนให้ผู้อื่นมากกว่า จึงพยายามกักกันบริเวณผู้ป่วย คอยระแวดระวังไม่ให้ผู้ป่วยออกไปข้างนอก จนต้องกดดันความรู้สึกและควบคุมอารมณ์ตัวเองเพื่อปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลโดยตรง เช่น มีความวิตกกังวล นอนไม่หลับ ทำให้ผู้ดูแลบางรายต้องคอยสำรวจอารมณ์ตัวเองให้ดีไม่ให้เสื่อมไปตามผู้ป่วย นอกจากนี้กลุ่มนี้ยังคงมีความคาดหวังต่อผลการรักษาอยู่ อยากให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ โดยมีความต้องการสถานที่รักษาที่ส่งเข้าไปรักษาตัวระยะยาว เพื่อไม่ให้เป็นการของครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงจะมารับกลับบ้าน

ในขณะที่ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานมากกว่า 20 ปี จะมีความสามารถในการปรับตัวใช้ชีวิตกับผู้ป่วยได้ดี ไม่รู้สึกลำบากใจในการใช้ชีวิตในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระที่หนัก แต่มองว่าเป็นเรื่องที่ตนเองสามารถจัดการได้ในชีวิตประจำวัน ไม่มีความรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วย แต่รู้สึกยอมรับเข้าใจและสามารถอดทนต่อความกดดันทางอารมณ์ได้มากกว่า สามารถปรับวิธีคิดให้

เข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้ป่วย รวมไปถึงการหารูปแบบหรือวิธีการที่เหมาะสมต่อการใช้ชีวิต ร่วมกันได้ดี พร้อมทั้งมีวิธีจัดการรับมือกับปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่จะส่งผลกระทบต่อ อารมณ์ผู้ป่วยได้ดีกว่า สำหรับเรื่องการคาดหวังในการรักษานั้นผู้ดูแลกลุ่มนี้แทบจะไม่ได้คาดหวังว่า ผู้ป่วยจะหายเป็นปกติได้ แต่จะคอยสังเกตอาการผู้ป่วย และส่งโรงพยาบาลเมื่อมีอาการมากขึ้น

ประเด็นที่ 3 การปฏิบัติของผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน วิธีจัดการและรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น ความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานกว่า 20 ปี จะแบ่งเวลาในการดูแลผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม โดยส่วนใหญ่จะใช้วิธีการแยกบ้านกับผู้ป่วยให้อยู่คนละที่กัน แต่จะใช้เวลาช่วงเช้า และช่วงเย็นแวะเข้าไปดูแล และจัดเตรียมยาให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแลกลุ่มนี้จะไม่รู้สึกถึงความลำบากหรือเป็นภาระในการดูแล เพราะสามารถจัดแบ่งเวลาของตัวเองและผู้ป่วยได้แล้ว นอกจากนี้ผู้ดูแลกลุ่มนี้จะมีวิธีการรับมืออารมณ์ผู้ป่วยได้ดี สามารถสังเกตอาการที่จะไปกระตุ้นอารมณ์ผู้ป่วยได้ รวมไปถึงรู้วิธีการลดสิ่งเร้าที่จะไปกระตุ้นอารมณ์ผู้ป่วยอีกด้วย

ในขณะที่ผู้ดูแลที่เพิ่งจะเข้ามาดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นมือใหม่ จะรู้สึกกลัว ปรับตัวไม่ได้ ทำอะไรไม่ถูก จนทำให้ไม่รู้วิธีการจัดการอารมณ์ของทั้งตนเองและผู้ป่วย อาจจะมีการใช้ความรุนแรงกับผู้ป่วย เช่น การพูดเสียงดัง ผูก กักขัง เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยแสดงอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา 6 ปีขึ้นไป จะเริ่มเรียนรู้วิธีการจัดการผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง รู้วิธีการดูแล การสังเกตอารมณ์และอาการผู้ป่วย แต่ยังไม่สามารถจัดการอารมณ์ความเครียดแฝงที่สะสมในใจตนเองได้ ซึ่งผู้ดูแลกลุ่มนี้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ แต่ก็จะต้องคอยดูแลอารมณ์ความเครียด ความเศร้าของตัวเองควบคู่กันไป ซึ่งแตกต่างผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมานานกว่า 20 ปี จะมีความเข้าใจและปล่อยวางกับผู้ป่วยได้แล้ว

ประเด็นที่ 4 วิธีการสื่อสารเพื่อสนับสนุนหรือประคับประคองอารมณ์ผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน สังเกตว่า ผู้ดูแลที่เพิ่งเข้ามาดูแลผู้ป่วยได้ไม่เกิน 1 ปี จะยังไม่รู้วิธีการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วย ยังไม่สามารถสื่อสารที่จะสนับสนุนประคับประคองอารมณ์ผู้ป่วย การลดความตึงเครียดของสถานการณ์ ทั้งการสื่อสารด้วยวาจาและใช้ภาษากายไม่เหมาะสม ในขณะที่ผู้ดูแลที่ดูแลมานานกว่า 5 ปีจะเริ่มเรียนรู้วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น สามารถรู้วิธีการพูดกับผู้ป่วยทางวาจา ฝึกควบคุมอารมณ์ตนเองและพฤติกรรมที่จะไม่ไปเร้าอารมณ์ผู้ป่วยได้ หลีกเลี่ยงปัญหาหรือสถานการณ์ตึงเครียดได้ดีมากขึ้น ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดูแลมานานกว่า 20 ปี ด้วยระยะเวลาและประสบการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยมานานจะสามารถสื่อสารและหลีกเลี่ยงไม่ได้เกิดสิ่งเร้าที่กระตุ้นอารมณ์ผู้ป่วยได้แล้ว ผู้ดูแลกลุ่มนี้ยังสามารถมีวิธีการสื่อสารบางอย่างที่ช่วยลดพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ได้เหมาะสมอีกด้วย นอกจากนี้ยังสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดี และมองเรื่องราวที่เกิดขึ้นในลักษณะปล่อยวาง เป็นเรื่องธรรมดา และเป็นลักษณะอาการของโรคเท่านั้น

ประเด็นที่ 5 ผลกระทบที่ได้รับจากการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทเกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลักทุกกลุ่ม แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับอาการของโรคที่ผู้ป่วยแต่ละราย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะมีตั้งแต่ตัวผู้ดูแล ครอบครัว ตลอดจนทำให้เกิดปัญหาสังคมตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท		
ผู้ดูแล	ครอบครัว	สังคม
<ul style="list-style-type: none"> <li>● อารมณ์ จิตใจ</li> <li>● สุขภาพกาย/การเจ็บป่วย</li> <li>● สัมพันธภาพในครอบครัว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท</li> <li>● ไม่มีรายได้/รายได้ลดลง เพราะผู้ป่วยไม่มีรายได้</li> <li>● ความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส เช่นหย่าร้าง</li> <li>● สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาอาชญากรรม เช่น ลักขโมย ทำร้ายร่างกายผู้อื่น เป็นต้น</li> <li>● การปิดบังไม่ให้สังคมรู้ว่าครอบครัวมีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต</li> </ul>

ข้อมูลจากตารางสรุปได้ว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นในหลายด้านด้วยกัน สำหรับตัวผู้ดูแลเองมีผลกระทบที่เกิดขึ้นทางตรงกับตัวเอง คือ ด้านอารมณ์และจิตใจที่จะต้องเผชิญกับเรื่องราวที่ไม่คาดคิด ความเศร้าโศก เสียใจ ความทุกข์ที่ต้องมาแบกรับภาระดูแล ส่งผลต่อสุขภาพ ความเครียด นอนไม่หลับ ตลอดจนสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อนฝูงหรือสังคมที่ผู้ดูแลกังวลและอายกับสายตาที่มองว่าตนเองมีลูก ญาติ เป็นผู้ป่วยโรคจิต

นอกจากนี้ผลกระทบในครอบครัวก็เกิดขึ้นตามมา ไม่ว่าจะเป็นภาระในการค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้หรือทำงานได้ไม่นานก็ต้องออกจากงานมาอยู่บ้าน ยิ่งผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวแล้ว ก็ยิ่งทำให้ปัญหาด้านการเงินในครอบครัวได้รับผลกระทบหนักมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาให้กับครอบครัวจนต้องสิ้นสุดความสัมพันธ์ด้วยแยกกันอยู่หรือหย่าร้าง จากคู่สามีภรรยาของผู้ป่วย หรือคู่สามีภรรยาของผู้ดูแลที่ไม่มีความเข้าใจว่า ทำไมต้องมาดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลบางคนก็จะใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากจนทำให้ตนเองต้องหย่าร้างกับคู่สมรสของตนเอง เพื่อที่จะทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

ท้ายที่สุดก็จะนำไปสู่ปัญหาสังคมที่ผู้ป่วยมักมีอาการที่อารมณ์คลุ้มคลั่งออกไปทำร้ายคนอื่น หรือมีพฤติกรรมลึกลับขโมยข้าวของในบ้านเพื่อไปซื้อสารเสพติด จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในแต่ละด้านของครอบครัวผู้ดูแลจะมีลักษณะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย ปัญหาด้านการเงินในครอบครัวก็จะยิ่งเพิ่มมากขึ้น เพราะผู้ป่วยต้องการใช้เงินเพื่อเอาไปซื้อสารเสพติดเพื่อสนองความต้องการของตนเอง ร่วมกับการปิดบังคนภายนอกไม่ให้เห็นว่ามีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิต กลัวเสียชื่อเสียงวงศ์ตระกูล หน้าที่และบทบาททางสังคม

ประเด็นที่ 6 รูปแบบความช่วยเหลือที่ต้องการจากพยาบาลหรือบุคลากรทางวิชาชีพพบว่า มีความแตกต่างกันตามระยะเวลาการดูแลเช่นกัน ผู้ดูแลที่เพิ่งดูแลผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มป่วยจะมีความคาดหวังสูงมากต่อการรักษาของจิตแพทย์ ต้องการให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติได้เร็ว ๆ รวมไปถึงต้องการข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เพราะยังไม่รู้วิธีการจัดการและรับมือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดูแลมานานกว่า 20 ปี จะเริ่มไม่ได้กล่าวถึงความคาดหวังต่อผู้ป่วยว่าจะต้องหายดี แต่จะมีความต้องการสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะยาวไปตลอดชีวิตมากกว่า เพราะกังวลว่าหากวันใดที่ตนเองไม่อยู่ดูแลแล้ว ผู้ป่วยจะดำรงชีวิตต่อไปอย่างไร หากมีสถานที่ที่จะสามารถดูแลได้ก็อยากจะทำผู้ป่วยไปอยู่จะได้หมดห่วง ซึ่งผู้ดูแลกลุ่มนี้แทบจะไม่ต้องการคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเลย เพราะมีความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการดูแลจัดการอารมณ์ผู้ป่วยมาแล้ว สำหรับผู้ดูแลที่เพิ่งดูแลผู้ป่วยมาระยะเวลา 6 ปีขึ้นไป จะพอรู้วิธีการดูแลจนแทบจะไม่ต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมจากแพทย์และพยาบาลเช่นกัน แต่คนกลุ่มนี้จะคาดหวังว่า ไม่อยากให้ผู้ป่วยต้องเข้าออกจากโรงพยาบาล ต้องการให้สถานรักษาดูแลผู้ป่วยจนหายดีแล้ว จึงค่อยมารับผู้ป่วยกลับบ้านมากกว่าที่จะต้องเสียเวลาในการเดินทาง นอกจากนี้ผู้ดูแลกลุ่มนี้ยังต้องการการบำบัดทางอารมณ์มากกว่าผู้ดูแลกลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียดและความเศร้ามาเป็นระยะเวลานาน จนละเอียดหรือปล่อยวางไม่ได้ ทำให้ต้องเผชิญกับสภาวะบีบคั้นทางอารมณ์ที่สูง และต้องการที่จะระบายความในใจเพื่อไม่ให้เป็นผู้ป่วยแฝงหรือมีการเจ็บป่วยทางจิตในอนาคต

### อภิปรายผลการวิจัย

ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเรื่องประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และผู้ป่วยในหลายลักษณะ ในช่วงแรกที่ต้องรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวป่วยหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะตกใจ กลุ้มใจ และเสียใจต่อเหตุการณ์ที่ขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธิดา คณิงเพียร (2556) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีกระบวนการเผชิญปัญหาอยู่ 4 กระบวนการ คือ ตื่นตระหนก แสวงหา ปรับตัวและยอมรับ ซึ่งครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท



ในขณะที่ต้องเผชิญปัญหานั้นขึ้นอยู่กับอาการจิตของผู้ป่วยและบุคลิกภาพของผู้ดูแล การแสวงหาข้อมูลคำแนะนำในการรักษาเป็นอย่างมาก ต้องใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง (ธิดา คณิงเพียร. 2556 : 57-66) ปกปิดไม่ให้คนภายนอกรู้ ซึ่งมีบางคนที่สามารถปรับตัว ยอมรับได้และไม่ได้ หากยอมรับไม่ได้ผู้ดูแลก็จะมีอาการเศร้าเรื้อรัง (chronic sorrow) มักตำหนิโทษตัวเอง จนทำให้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตและป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ (Saunder and Byrne. 2002 : 217-223 ; Venekatesh et al. 2015 ; Olwit et al. 2015 : 43-48) โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักที่มีบทบาทเป็นบิดาหรือมารดา ความเป็นเพศหญิง ส่งผลกระทบต่อกระบวนการและพัฒนาการตามปกติของครอบครัวร่วมกับสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ต้องพยายามที่จะปรับตัวและเรียนรู้อาการทางจิตของผู้ป่วย (Arbóleda – Florez and Stuart. 2012 : 457-463) การมีปฏิสัมพันธ์การสื่อสารกับผู้ป่วยรวมถึงการจัดการกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้วยความรักความเข้าใจ และช่วงเวลาที่นานขึ้น

ส่วนข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาลักษณะการสื่อสารของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทตามทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะ “เอาไม่อยู่” จะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยเพิ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นจิตเภท เนื่องจากมีอาการด้านบวก เช่น อาการหวาดระแวง หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมรุนแรง อาละวาดมากขึ้นจนต้องพามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกตกใจ ไม่พอใจ โกรธ และยอมรับกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ได้ ทำให้มีการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้ถ้อยคำรุนแรง คำสั่ง แสดงท่าทีไม่พอใจ เพื่อที่จะควบคุมหรือลดอาการผู้ป่วย

2) ระยะ “ทำใจและยอมรับ” จะเป็นระยะที่ผู้ดูแลไม่สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งที่เกิดขึ้น จึงเริ่มทำใจและยอมรับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย และบทบาทของการเป็นผู้ดูแล จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้ตนเองได้เข้าไปอยู่ในโลกของผู้ป่วย โดยเริ่มที่จะเรียนรู้จากการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย พยายามที่จะหาวิธีการสื่อสารให้มีข้อขัดแย้งต่อกันน้อยที่สุด นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลมีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาพุทธเช่น ความกตัญญู กฎแห่งกรรม หรือบุญกุศล จะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้ดูแลอยากเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยมากขึ้น และเริ่มดึงสมาชิกในครอบครัวเข้ามารับรู้และเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลหลัก หรือการจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

3) ระยะ “อยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นร่วมกับมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม” จะเป็นระยะที่ผู้ดูแลผ่านการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย จนมีความรู้ ความชำนาญในการสังเกตอาการและการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยไม่มีการแสดงอารมณ์ที่ไปกระตุ้นอาการ สัมผัสเป็นประสบการณ์จนสามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามวิถีชีวิตของตนเอง รวมทั้งสามารถหาเทคนิคและวิธีการจัดการมาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยใช้เพื่อนบ้าน/คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยก็จะเป็นการช่วยลดการตีตราของสังคมในเบื้องต้นได้

ในด้านผลกระทบการใช้ชีวิตส่วนตัวหรือครอบครัวของผู้ดูแลนั้น ส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ดูแลใช้เวลาหมดไปกับการดูแลและจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการไม่แน่นอน อาจทำให้ผู้ดูแลมีความสุขและความสมดุลในชีวิตลดลงบ้าง หากครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีสมาชิกมีการเสนอตัวเพื่อแบ่งเบาภาระ ให้การช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจจะช่วยลดความเครียด และบรรเทาความทุกข์ใจของผู้ดูแลได้ ส่วนด้านการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ อาจจะต้องมีทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีการจัดเตรียมสถานที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

1.1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ยังมีความสำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประสบการณ์ของผู้ดูแลแต่ละคนต่างมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเภทเหมือนกัน แต่มีลักษณะวิธีการสื่อสารและดูแลที่แตกต่างกัน พยาบาลควรจะสอนการสื่อสารให้กับผู้ดูแล โดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว ร่วมกับการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนมุมมอง โดยใช้สนทนากลุ่มย่อยเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความคิดเห็นในมุมมองผู้ดูแลหลากหลาย และหลายความคิด จะทำให้ผู้ดูแลได้มีการสื่อสารเพื่อระบายและสะท้อนความรู้สึก บรรเทาภาระ และมีแนวทาง หรือมุมมองใหม่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยและบริบทของครอบครัวผู้ป่วยด้วยการใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อประคับประคองอารมณ์ครอบครัว จะมีส่วนช่วยในการลดอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้ปัญหาและพัฒนาศักยภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

### 2. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญในการที่จะช่วยทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจในอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และยอมรับผู้ป่วยได้มากขึ้น รวมทั้งยังเป็นการช่วยให้คนในชุมชนและสังคมมีความเข้าใจ ลดกระแสความอ่อนไหวและการถูกตีตราในผู้ป่วยจิตเภท

### 3. ข้อเสนอแนะระดับนโยบาย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจะมีการรณรงค์การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง มีการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อปรับประคองอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวโดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพ และมีทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบระยะยาวเช่น การเตรียมสถานที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท



## บรรณานุกรม

- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2556) “การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท” **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 58 (1) หน้า 89-100.
- เขมณัญญ์ ศรีพรหมภักดิ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน. (2557) “ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ตราบาป ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. 29 (1) หน้า 103-122.
- ถนอม ป้อมกสันต์ และภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ. (2552) **ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก**. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนวัต ปุณยกนก และอรัญญา ต้อยคำภีร์. (2554) “บทความพื้นฟูวิชาการ : การประทับตราว่าด้อยค่าในบริบทการรับบริการด้านจิตใจจากนักวิชาชีพ” **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 19 (1) หน้า 66-74.
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2556) “ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” **วารสารกองการพยาบาล**. 40 (1) หน้า 57-66.
- บัวลอย แสนละมุล และปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์. (2557) “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลโรคจิตเภท” **วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น**. 2 (1) หน้า 25-35.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์. (2546) “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน” **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 21 (4) หน้า 249-258.
- ปาหนัน บุญหลง และคณะ. (2544) **ตำราการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร : จามจุรีโปรดักท์.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554) **คู่มือการบำบัดทางจิตสังคม**. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชนี หัตถพนม. (2548) **คู่มือการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางจิต**. ขอนแก่น : พระธรรมขันธ์.
- วิจิตรา ทองเกษม. (2553) **การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

### บรรณานุกรม (ต่อ)

- สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). (2544) **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : วี.เจ.พรินติ้ง.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2550) **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544) **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : เฟื่องฟ้าพรินติ้ง.
- ArbÓleda – Florez J. and Stuart H. (2012) “From sin to science : fighting the stigmatization of mental illness” **Can J Psychiatry**. 57 (8) page 457-463.
- Angermeyer, M., Schüleze, B. and Dietrich, S. (2003) “Courtesy stigma - A focus group study of relatives of schizophrenia patients” **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. 38 page 593-602.
- Antai-Otong. (2008) **Psychiatric nursing : Biological & behavioral concepts**. Canada : Thomson.
- Awad, A.G. and Voruganti, L.N. (2008) “The burden of schizophrenia on caregivers : A review” **PharmacoEconomics**. 26 (2) page 149-162.
- Babara Schoe.n Johnson. (1997) **Psychiatric mental health nursing : Adaptation and growth**. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Barry, Patricia D. (2002) **Mental health & mental illness**. 7<sup>th</sup> ed. New York : Lippincott Williams & Wilkins.
- Bateson, G. Jackson, D.D. Haley, J. and Weakland, J. (1956) “Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science I” In **Theory and practice of family psychiatry**. Howells JG. (Eds.). page 251-264. Edinburgh : Oliver & Boyd, 1968.
- Boyd, M.A. (2002) **Psychiatric nursing contemporary practice**. 2<sup>nd</sup> ed. New York : Lippincott Williams & Wilkins.
- \_\_\_\_\_. (2005) **Psychiatric nursing contemporary practice**. 3<sup>rd</sup> ed. New York : Lippincott Williams & Wilkins.
- Brady, B. and McCain, G.C. (2004) “Living with schizophrenia : A family perspective” **OJIN : The Online Journal of Issues in Nursing**. 10 (1).
- Carson. (2000) **Mental health nursing**. Philadelphia : W.B. Saunders.

**บรรณานุกรม (ต่อ)**

- Chan, S. and Yu, I.W. (2004) “The quality of clients with schizophrenia” **Journal of Advanced Nursing**. 45 (1) page 72-83.
- Chein, W.T., Chan, S. and Morrissey, J. (2007) “The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia” **Journal of Clinical of Nursing**. 16 page 1151-1161.
- Conrad, R. et al. (2007) “Cross-cultural comparison of explanatory models of illness in schizophrenic patients in Jordan and Germany” **Psycho Rep**. 101 (2) page 531-546.
- Corrigan, P. (2004) “How stigma interferes with mental health care” **American Psychologist**. Page 614-625.
- Ferriter, M. and Huband, N. (2003) “Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia” **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. 10 (5) page 552-560.
- Fromm-Reichmann, F. (1948) “Notes on the development of treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy” **Psychiatry II**. Page 263-273.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Úrizar, A. and Kavanagh, D.J. (2005) “Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia” **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. 40 (11) page 899-904.
- Huang, X.Y. et al. (2009) “The experiences of carers in Taiwanese culture who have long-term schizophrenia in their families : A phenomenological study” **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. 16 (10) page 874-883.
- Judith A. Callan. (2009) **Journal of psychosocial**. 47 (5).
- Jungbauer, J. et al. (2004) “The disregarded caregivers : Subjective burden in spouses of schizophrenia patients” **Schizophrenia Bulletins**. 30 page 665-675.
- Kneisl, C.R. and Wilson, H.S. (1996) **Psychiatric nursing**. California : The Benjamin/Cumming.
- Larsen, P.D. and Lubkin, I.M. (2010) **Chronic Illness : Impact and Intervention**. 7<sup>th</sup> ed. Sudbury, M.A. : Jones and Bartlett Publishers.
- Marwick, K. and Birrell, S. (2013) **Psychiatry**. 4<sup>th</sup> ed. Edinburgh : Mosby Elsevier.

**บรรณานุกรม (ต่อ)**

- Mizuno, E., Iwasaki, M. and Sakai, I. (2011) "Subjective experiences of husbands of spouses with schizophrenia : An analysis of the husbands' descriptions of their experiences" **Archives of Psychiatric Nursing**. 25 (5) page 366-375.
- Mizunoa, E. et al. (2013) "Female families' experiences of caring for persons with schizophrenia" **Archives of Psychiatric Nursing**. 27 page 72-77.
- Mohr. (2003) **Johnson's psychiatric mental health nursing**. 5<sup>th</sup> ed. New York : Lippincott Williams &Wilkins.
- \_\_\_\_\_. (2006) **Psychiatric mental health nursing**. 6<sup>th</sup> ed. New York : Lippincott Williams & Wilkins.
- Mohr, S. et al. (1986) "Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders" **Psychiatry Res**. 186 (2-3) page 177-182.
- Morrison-Valfre. (2005) **Foundation of mental health care**. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis : Mosby, Inc.
- Peplau, H.E. (1952) **Interpersonal relations in nursing**. New York : G.P. Putnam's Sons.
- Olwit, C. et al. (2015) "Chronic sorrow: Lived experiences of caregivers of patients diagnosed with schizophrenia in Butabika Mental Hospital, Kampala, Uganda" **Archives of Psychiatric Nursing**. 29 page 43-48.
- Ramirez Garcia, J.I., Hernandez, B. and Dorian, M. (2009) "Mexican American caregivers' coping efficacy : Associations with caregivers' distress and positivity of their relatives with schizophrenia" **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. 40 (2) page 162-170.
- Rose, L.E., Mallison, R.K. and Gerson, L.D. (2006) "Barriers to family in psychiatric settings" **Journal of Nursing Scholarship**. 36 (1) page 39-47.
- Saunders, J.C. and Byrne M.M. (2002) "A thematic analysis of families living with schizophrenia" **Archives of Psychiatric Nursing**. 16 (5) page 217-223.
- Saunders, J.C. (2003) "Families living with severe mental illness : A literature review" **Issues in Mental Health Nursing**. 20 (2) page 95-113.

**บรรณานุกรม (ต่อ)**

- Sethabouppha, H. and Kane, C. (2005) “Caring for the seriously mental ill in Thailand : Buddhist family caregiving” **Archives of Psychiatric Nursing**. 19 (2) page 44-57.
- Shives. (2005) **Basic concept of psychiatric mental health nursing**. New York : Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, G.C. (2003) “Patterns and predictors of service use and unmet needs among aging families of adults with severe mental illness” **Psychiatric Services**. 54 page 871-877.
- Stuart and Sundeen. (1998) **Principle and practice of psychiatric nursing**. St.Louis : Mosby Year-Book, Inc.
- Stuart, G.W. (2013) **Principle and practice of psychiatric nursing**. 10<sup>th</sup> ed. St.Louis : Mosby Elsevier, Inc.
- Townsend, M.C. (2006) **Psychiatric mental health nursing : Concepts of care in evidence-based practice**. 5<sup>th</sup> ed. United States of America : F. A. Davis.
- Tungpunkum, P. et al. (2013) Caregiving experiences of families living with schizophrenia : A systematic review. **The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**. 11 (8).
- Vacarolis and Halter. (2010) **Foundations of psychiatric mental health nursing**. St.Louis : Saunders Elsevier.
- Vacarolis, EM. (1998) **Foundation of psychiatric mental health nursing**. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Venkatesh, B.T. et al. (2015) “Stigma and mental health-caregivers’ perspective : A qualitative analysis” **INDIACLEN**. (Article in Press).
- Walsh, F. (1988) “New perspectives on schizophrenia and families” in **Chronic disorders and the family**. Walsh F. and Anderson C. (Eds.). New York : Haworth Press.
- Walsh, F. and McGoldrick, M. (1987) “Loss and the family life cycle” in **Family transitions : continuity and change**. Falicov C. (Eds.). New York : Guilford.



**บรรณานุกรม (ต่อ)**

Wynne, L.C. et al. (1958) "Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics"  
**Psychiatry.** 21 page 205-220.

Valencia, M.F. et al. (2015) "Predicting functional remission in patients with schizophrenia : a cross-sectional study of symptomatic remission, psychosocial remission, functioning and clinical outcome" **Neuropsychiatr Dis Treat.** 11 page 2339-2348.

Yip, K.S. (2000) "Have psychiatric services in Hong Kong been impacted by the deinstitutionalization and community care movements?" **Administration and Policy of Mental Health.** 27 page 443-449.

Zou, H. et al. (2013) "Self-management among Chinese people with schizophrenia and their caregivers : A qualitative study" **Archives of Psychiatric Nursing.** 27 (1) page 42-53.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
ประวัติย่อผู้วิจัย

คณะผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการ

ชื่อ-นามสกุล	นางพิจิตรา ชุณหวิจิตรธรรม
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สถานที่ติดต่อ	กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โทรศัพท์ 02-312-6300 ต่อ 1234

ผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	ดร.ชฎาภา ประเสริฐทรง
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น1) วิทยาลัยหัวเฉียว การศึกษามหาบัณฑิต (สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วุฒิปัตการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง มหาวิทยาลัยมหิดล การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สถานที่ติดต่อ	กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โทรศัพท์ 02-312-6300 ต่อ 1234

ผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนิกา เจริญจิตต์กุล
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์เทียบเท่าปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อ	กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โทรศัพท์ 02-312-6300 ต่อ 1234

**ผู้วิจัย**

**ชื่อ-นามสกุล** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทวีศักดิ์ กสิผล  
**ประวัติการศึกษา** พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา  
 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลชุมชน) มหาวิทยาลัยบูรพา  
 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ : แขนงวิชา  
 เวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
**สถานที่ติดต่อ** กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โทรศัพท์ 02-312-6300 ต่อ 1234

**ผู้วิจัย**

**ชื่อ-นามสกุล** นางสาวศิริยุพา นันสุนานนท์  
**ประวัติการศึกษา** พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย  
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขภาพจิต) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**สถานที่ติดต่อ** กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ โทรศัพท์ 02-312-6300 ต่อ 1234

**ผู้วิจัย**

**ชื่อ-นามสกุล** นางอำพัน จารุทัสนางกูร  
**ประวัติการศึกษา** พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี  
 การศึกษามหาบัณฑิต (สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว)  
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
**สถานที่ติดต่อ** แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา  
 โทรศัพท์ 02-437-0200

ภาคผนวก ข  
แนวคำถามในการสัมภาษณ์

1. ให้แนะนำตนเอง ได้แก่ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
2. เมื่อคุณทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท คุณคิด/รู้สึกอย่างไร
3. การสื่อสารภายในครอบครัวเป็นอย่างไร
4. คุณรู้สึกอย่างไร ที่ต้องใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท
5. กรุณาบอกอาการของผู้ป่วย กิจกรรมประจำวันของคุณที่ต้องทำร่วมกับผู้ป่วยและคุณมีวิธีการรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันได้อย่างไรบ้าง
6. คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องใช้ชีวิตในสังคม เช่น การทำงาน การแต่งงาน
7. คุณและสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ได้รับผลกระทบอะไรบ้างจากการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท
8. คุณต้องการรูปแบบการช่วยเหลือจากพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์อย่างไรบ้าง