



บทความวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

อริสมันต์ ศิริลาภ* และ รัชนิกร อุปเสน**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของ Heidegger (1962)

วิธีดำเนินการวิจัย: คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ ผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์อยู่ร่วมในเหตุการณ์ขณะผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรง และก่อเหตุซ้ำ 3 ครั้งขึ้นไปภายใน 1 ปี จำนวน 16 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ยุติเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว ร่วมกับการสังเกต จดบันทึกและการบันทึกเทป นำมาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวงเวียนการตีความของ Van Manen (1990)

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) มีชีวิตอยู่ได้ด้วยความอดทน 2) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่อชีวิตของผู้ดูแลหลัก 3) ปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ และ 4) การจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย

สรุป: ผลจากการศึกษานี้ทำให้เข้าใจในประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างลึกซึ้งขึ้น และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพตามสภาพบริบทของสังคมไทย

คำสำคัญ: ประสบการณ์ชีวิต/ ผู้ป่วยจิตเภท/ พฤติกรรมรุนแรง/ ผู้ดูแลหลัก



Lived Experiences of Primary Caregivers in Violent Schizophrenic Persons

Arisaman Sirilap* and Ratchaneekorn Upasen**

Abstract

Objective: *This research aims to study the lived experiences of primary caregivers in schizophrenic persons having violent behaviors.*

Designs: *The qualitative hermeneutic phenomenological method (Heidegger, 1962) was used in this study.*

Methods: *The Participants were selected according to purposive sampling. The data were collected through observation, field notes, tape recording, and in-depth interview until data saturation in 16 primary caregivers of schizophrenic persons who had been violently recorded at least three times/year. Then, the data were transcribed verbatim and analyzed by a Hermeneutic circle (Van Manen, 1990).*

Results: *The results of this study could lead understanding of this objective study through 4 main themes: 1) Lived with endurance. 2) The impacts of schizophrenic persons' violent behaviors on primary care givers' lives. 3) Adjusting for living together. 4) Schizophrenic persons' violent behaviors managements.*

Conclusion: *The results guide nurses and multidisciplinary teams understanding by care givers' experiences deeply and providing care to primary caregivers of violent schizophrenic persons to raise from their abilities of care in Thai community efficiently.*

Keyword: Lived experiences/ Schizophrenic persons/ violent behaviors/ Primary caregivers



บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ซึ่งมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ไม่เป็นเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดในโลก มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั่วโลก 24 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 300 คน¹ โดยในประเทศไทยมีความชุกของผู้ป่วยจิตเภททั่วประเทศเท่ากับ 396,131 คน² ตลอดช่วงชีวิตของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคจิตเภทคนหนึ่งนั้น มักมีอาการทางจิตที่เปลี่ยนไปจากปกติ และมีอาการรุนแรงขึ้น ๆ ลง ๆ (fluctuate in severity) นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา³ ร้อยละ 43.22 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาก่อความรุนแรงทั้งหมด คือ ผู้ป่วยจิตเภท² ในปี พ.ศ. 2565 พบจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและก่อเหตุซ้ำ 3 ครั้ง/ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.37 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาก่อพฤติกรรมรุนแรงทั้งหมดของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา³ ซึ่งพฤติกรรมรุนแรง (Violence behavior) เป็นการกระทำที่รุนแรงและอันตรายทั้งต่อผู้ดูแลหลักและผู้อื่น ผ่านการกระทำทางวาจา การใช้กำลังประทุษร้ายโดยใช้กำลังต่อตนเองและผู้อื่นจนเกิดความบาดเจ็บทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนทำลายสิ่งของให้เกิดความเสียหายอย่างจงใจ เพื่อแสดงออกตามแรงขับความก้าวร้าว การหาแนวทางในการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง⁵

ดังนั้นการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจึงได้รับผลกระทบต่อชีวิตประจำวันในผู้ดูแลมากกว่าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไป⁶ การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจึงเป็นประเด็นที่ทำนายสำหรับพยาบาลในการแสวงหาความรู้ที่ได้จากการให้ความสำคัญต่อทัศนคติและประสบการณ์ชีวิตในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง⁷ พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องเข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบในหลากหลายด้าน

ของผู้ดูแลหลัก แม้ว่าที่ผ่านมาเหตุการณ์เหล่านั้นมาแล้วก็ตาม⁸ อย่างไรก็ตามการศึกษาในบริบทของประเทศไทยยังมีการศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่น้อยเป็นผลทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในรูปแบบพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เคยกระทำกับผู้ดูแลหลัก ประกอบกับขาดความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรับมือของผู้ดูแลหลักต่อพฤติกรรมรุนแรงเหล่านั้น⁹ จึงอาจจะยังมีข้อค้นพบเรื่องราวบางอย่างหากศึกษาเจาะลึกถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ยังไม่ได้ศึกษา¹⁰

การศึกษาเชิงคุณภาพที่ผ่านมามีมุ่งเน้นประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Neha et al⁶ พบว่า ผู้ดูแลมีการรับมือกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยในประเทศอินเดีย ได้แก่ การลงมือทำร้ายต่อผู้ป่วยกลับทันที อยู่ห่างจากผู้ป่วย นั่งเฉย ตอบรับความต้องการของผู้ป่วย และผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้ดูแล ได้แก่ อารมณ์แปรปรวน ปัญหาสุขภาพ ภาระทางการเงิน การไม่ยอมรับของสังคม การรับรู้ตราบาป ในขณะที่การศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในบริบทของประเทศไทยยังคงขาดซึ่งรูปแบบพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เคยกระทำ ประกอบกับวิธีการรับมือของผู้ดูแลหลักต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทอยู่¹¹

ผู้วิจัยจึงเลือกวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของ Heidegger¹² เพื่อการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลในเชิงลึก¹³ ประสบการณ์ชีวิตจะมุ่งเน้นในช่วงเวลาทั้งดีหรือร้ายที่บุคคลนั้น นำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากเหตุการณ์มาประยุกต์ใช้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา¹⁴ โดยการศึกษานี้ มุ่งเน้นประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จากการให้ความหมายร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย ผลกระทบด้านต่าง ๆ การปรับตัวที่ผ่านมา รวมถึงกลวิธีที่ผู้ดูแลหลักใช้แก้ไขปัญหาอุปสรรคขณะผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงที่ใช้แล้วได้ผลมาเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ทีมสุขภาพ



ให้สามารถนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลหลัก ที่จะทำให้เข้าใจปัญหาได้อย่างครอบคลุม ภายใต้การเข้าถึงผู้ดูแลหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Martin Heidegger¹² ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลในเชิงลึก¹² ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถบรรยายประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงผ่านการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้ “วงเวียนการตีความ” ของ Van Manen¹⁵ เพื่ออธิบายถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 (F20.0-20.9)¹ อายุ 20 ปีขึ้นไป มีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 6 ชั่วโมง/วัน ต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน 2) เป็นผู้ดูแลหลักที่เคยอยู่ร่วมในเหตุการณ์ขณะผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรง และผู้ป่วยต้องก่อเหตุซ้ำ 3 ครั้งขึ้นไปภายใน 1 ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 3) มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) สมารถใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยลงทะเบียนเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพการพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ศาสนา ระยะเวลาในการดูแล

ผู้ป่วย อาชีพ รายได้ บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว 2) แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) เพื่อใช้ในการจดบันทึกรายละเอียดขณะการสัมภาษณ์ บรรยายเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย 3) เครื่องบันทึกเสียง เพื่อใช้ในการบันทึกเสียงสนทนาขณะทำการสัมภาษณ์ 4) แบบบันทึกการถอดรหัสความเข้าใจในการถอดความแบบคำต่อคำ และใช้ในการลงรหัสเบื้องต้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่มีความยืดหยุ่นสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) คำถามหลักแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ 1. คำถามเพื่อทราบถึงรายละเอียดของประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 2. คำถามถึงความรู้สึกของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และ 3. คำถามที่มุ่งถึงผลกระทบของประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และมีแนวคำถามรองเพื่อเจาะลึกในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ทั้งนี้แนวทางในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและวิจัยเชิงคุณภาพ 5 ท่าน (ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาจิตเวชพยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลจิตเวช (APN) และจิตแพทย์) เพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเพิ่มเติม

พหุทัศย์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยมีการขอรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ SD.IRB. APPROVAL.018/2566 มีมติรับรองวิจัยวันที่ 4 ก.ค. 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดวิธีการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตทำการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึก ตลอดจน การปกปิดข้อมูลและการเผยแพร่ในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะทำลายทิ้งหลังรายงานผลการวิจัยเสร็จสิ้น



การรวบรวมข้อมูล

1) เมื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจะติดต่อผ่านพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกเป็น ผู้กั้นกรง (Gate keeper) เพื่อเชื่อมโยงไปสู่ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนด และติดป้ายกำกับในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อป้องกัน ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2) เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดพร้อมผู้ดูแลจึงเข้าแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ติดต่อขอความร่วมมือผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามและตัดสินใจในการเข้าร่วม และขออนุญาตเก็บข้อมูลภายหลังพบแพทย์ตามนัดหมายและรับยาเสร็จสิ้น

3) มอบเอกสารคำแนะนำสำหรับอาสาสมัครชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยอีกครั้ง ขอความยินยอมให้ลงรายมือชื่อเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย การรักษาความลับการบันทึกเทป และเซ็นเอกสารเข้าร่วมวิจัย

4) การสัมภาษณ์จะใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ณ ห้องตรวจที่มีความเป็นส่วนตัว ตามที่สถาบันฯ ได้จัดเตรียมไว้ให้ ทั้งนี้ขณะสัมภาษณ์มีการเผชิญหน้าระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล (Face to face interview) โดยเฉพาะที่เป็นเพื่อทำความเข้าใจ ภาษาท่าทางและสัญลักษณ์อื่น ๆ ขณะดำเนินการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลสำคัญมาตรวจตามนัดกับผู้ป่วยเพียงลำพัง ผู้วิจัยได้จัดเตรียมพื้นที่บริเวณหน้าห้องตรวจให้ผู้ป่วนั่งรอ โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์

5) ดำเนินการเก็บข้อมูลจนกระทั่งมีความอิ่มตัว กล่าวคือ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์จนไม่เพิ่มเติมข้อมูลใหม่ใด ๆ จนผู้วิจัยมีต้องสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลมาเพิ่มเติม โดยสัมภาษณ์ในผู้ให้ข้อมูลหลัก 16 ราย ระยะเวลา

ในการสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 41-59 นาที เดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล เลือกใช้แนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Van Manen¹⁵ “วงเวียนการตีความ” มี 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) ถอดข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยละเอียด จัดบันทึกข้อมูลโดยเรียบเรียงอย่างเป็นระบบ 2) แยกประเด็นหลักสำคัญของข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงข้อความที่ยังคงอยู่ตลอดและตามระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การมองภาพรวม (Holistic approach) การค้นหาและเน้นส่วนที่สำคัญ (Selective approach) และการให้รหัสข้อมูลแต่ละย่อหน้า (Paragraph) 3) ผู้วิจัยสนทนาร่วมกับผู้ร่วมวิจัยเพื่อเลือกใช้ภาษาที่สามารถสื่อความหมายถึงประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษา (dialogue with the co-researchers) กำหนดประเด็น (theme) และตรวจสอบให้ความหมายของประเด็น (theme) จากนั้น 4) เขียนบรรยายประเด็นหลักสำคัญสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล พิจารณาตามเกณฑ์ของ Guba และ Lincoln⁴ คือ

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) โดยมีระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) โดย การสัมภาษณ์จะยุติเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว แต่ครั้ง จะใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที เพื่อให้ผู้ดูแลหลักจะได้ให้ข้อมูลอย่างไม่ถูกรบกวนเกินไป การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) โดยผู้วิจัยใช้เวลาอย่างน้อย 3 เดือน ในการทำความเข้าใจกับข้อมูล การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulate) เป็นการพิสูจน์ความถูกต้องจากข้อมูลที่รับจากแหล่งที่มาที่หลากหลาย โดยการใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลต่างกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเดียวกัน การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) อย่างน้อย 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบการนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุป และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) นำข้อมูลและ



ข้อสรุปกลับไปย้อนถามผู้ให้ข้อมูล อย่างน้อย 3 ท่าน

2. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ในระยะเริ่มต้นจากโครงร่างการวิจัย ตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เช่น ข้อคำถามปลายเปิดที่มีโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล/การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการวิจัยเชิงคุณภาพ *ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล* ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบจากข้อมูลดิบว่า ข้อมูลตรงกันหรือไม่หลังการถอดเทปแบบคำต่อคำ และ *ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล* ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป

ผลการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ให้ข้อมูล จำนวน 16 คน มีช่วงอายุ 28-74 ปี เป็นเพศชาย จำนวน 3 คน และ เพศหญิง จำนวน 13 คน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นมารดา จำนวน 7 คน เป็นภรรยา 2 คน เป็นพี่ 2 คน และมีความสัมพันธ์เป็นบิดา ยาย ลุง น้อง หรือแม่บุญธรรม อย่างละ 1 คน ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาในระดับ ประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 8 คน รองลงมา คือ ปริญญาตรี จำนวน 5 คน มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. จำนวน 2 คน และ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 1 คน ความเพียงพอของรายได้ของผู้ให้ข้อมูล พบว่า ไม่เพียงพอ มีจำนวน 8 คน เพียงพอมีเงินเก็บ 5 คน และ เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ จำนวน 3 คน มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย นาน 2-5 ปี จำนวน 5 คน 6-10 ปี จำนวน 5 คน และ ระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน ดังตารางที่ 1

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลจากการศึกษาในผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก โดยมีรายละเอียดพร้อมประเด็นรองและมิติในแต่ละประเด็นหลักดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 มีชีวิตอยู่ได้ด้วยความอดทน (Lived with endurance)

ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ความหมายร่วมกันของการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม

รุนแรงนั้น พบว่า ผู้ดูแลหลักต้องใช้ความอดทนอย่างยิ่งต่อการรับมือกับผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ปัญหาต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาจากการเป็นผู้ดูแลหลัก ทำให้ต้องอดทนต่อปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรงทั้งต้องอดทนต่อการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย อดทนเพื่อมาดูแลผู้ป่วยตอนกลางคืน ตลอดจนอดทนต่อคำพูดในเชิงตำหนิของครอบครัวข้างอยู่เสมอ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ดังนี้

“ผมจะจับ เขาอยู่ ผลักผมหางย่อง หัวผมบวมโน เป็นลูกมะกรูดเลยตอนนั้นก่อนที่จะพามาอนที่โรงพยาบาล แต่จะไม่ดูแลเขาก็ทำไม่ได้อีก” (ID12P3L8-9)

“เขานอนไม่หลับ ตัวเองก็นอนไม่ได้ค่ะ ...เพราะว่าต้องตื่นมาดูว่า เขาทำอะไรบ้าง บางทีหลับ ๆ ตื่น ๆ ก็มีค่ะ ตัวเองก็พลอยไม่ได้นอนไปด้วยค่ะ” (ID1P7L20-22)

“ย่าของเขา พอเห็นว่าเขามีอาการเนี่ย ยาก็ได้แต่ตำราเราเขาก็โทษว่าเพราะเราเนี่ยเลี้ยงลูกเป็นอย่างนี้ไง (พูดด้วยน้ำเสียงสิ้นเครื่อง หยุคชะงักครุ่นคิดชั่วครู่: Field Note ที่ 2) ...แต่เราไม่ได้ตอบโต้อะไรกับย่าเขาหรอกค่ะ” (ID2P8L11-12)

ประเด็นหลักที่ 2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่อผู้ดูแลหลัก (The impacts of schizophrenic persons' violent behaviors on primary care givers)

การเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีการรับรู้ถึงผลกระทบในด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ซึ่งประกอบด้วย 6 ประเด็นรอง โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจึงมีรายละเอียดดังนี้

2.1 เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย โดยความรู้สึกเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลักขณะดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขณะที่พฤติกรรมรุนแรง ทั้งจากการที่ต้องคอยป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลัก และผู้อื่น ผู้ป่วยจิตเภท



ที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อย ตลอดจนการเป็นที่พึ่งของทุกคนในครอบครัว จนกลายเป็นความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลทั้งกายใจมีรายละเอียดต่อไปนี้

“เหนื่อยค่ะ แต่เมื่อก่อนเคยท้อมาเหมือนกับว่าเหมือนแบบ ไม่อยากจะทำอะไรแล้วคือยอมแพ้ ก็มีเพื่อนคนหนึ่ง ลูกเขาก็ป่วยเขาก็บอกว่า แม่เป็นอะไรไม่ได้นะ แม่ต้องเข้มแข็ง คือถ้าแม่เป็นอะไรไปคนหนึ่งบ้านแม่แยเลยนะป่วยกันหมดเลยนะ (ผู้ให้ข้อมูล ID 3 ใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างประกบบนใบหน้า แล้วร้องไห้ก้มหน้าลง โดยไม่สามารถเล่าเหตุการณ์ต่อได้ เป็นระยะเวลาประมาณ 1 นาที: Field note ที่ 3)” (ID3P5L9-11)

“มันมีก็เหนื่อยบ้าง เราเหนื่อยทั้งกายทั้งใจ บางครั้งก็ท้อ แต่ถ้าเขาอาการดี ๆ ก็แบบมันก็มีมีความสุขกับการที่เราได้อยู่กับเขาค่ะ” (ID14P6L16-17)

2.2 เครียดและวิตกกังวลต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น ผู้ดูแลหลักที่เคยมีประสบการณ์ในการเผชิญพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ดูแลหลักรู้สึกหวาดกลัวว่า ผู้ป่วยจะทำอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้มีปัญหาการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยรายละเอียดตามคำบอกเล่าปรากฏดังนี้

“บางทีเขาก็ไล่เราออกจากบ้าน (ขึ้นนี้ออกนอกลำตัว ทำท่าคล้ายการขับไล่: Field note ที่ 4) เราก็กังขังไปนอนข้างบ้าน พอเขาสงบ เราก็เข้ามา เขาก็ถามว่าแม่ไปไหนมา ทำไมไม่นอน...ถ้าโรงพยาบาลไม่รับไว้เราตายแน่ เดียวเราจะตายก่อน เราจะตายก่อนคนข้างบ้านอีก” (ID4P5L11-13, P17L21)

“จิตใจเราก็เครียดไง เครียด กลัวจะไปอาละวาด แล้วรบกวนข้างบ้านเขา พอมีสายโทรศัพท์เข้ามาตอนกลางคืนเนี่ยไม่ว่าใครจะโทรหาเราก็กลัวว่าจะเป็นจากลูกเราไปอาละวาดทุกที” (ID10P10L1-2)

2.3 การดูแลค่าใช้จ่าย จากข้อมูลของผู้ป่วยในความดูแลของผู้ให้ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปี จนถึง 34 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่การวินิจฉัยครั้งแรกจนถึงปัจจุบันตั้งแต่ 2-14 ครั้ง และใน 1 ปีที่ผ่านมา มีประวัติก่อพฤติกรรมรุนแรงตามการบันทึกในเวชระเบียนของโรงพยาบาลอยู่

ที่ 3-4 ครั้ง ผู้ดูแลหลักต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง อีกทั้งการเดินทางมาโรงพยาบาลในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมากกว่าช่วงที่อาการสงบ หากผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ผู้ดูแลหลักเองก็จะถูกเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้นหรือเป็นคดีความ โดยมีรายละเอียดดังนี้

“เขาก็ขอเรียกร้องค่าเสียหายเพราะว่าหน้าเขาเป็นแผลเขาก็เรียกเยอะแหละแต่เราก็ไม่มีปัญญาให้นะ เพราะว่าเขาเรียกสามแสน แต่ทางทนายที่มูลนิธิเขาก็ช่วยเพราะว่าเขาสงสารเราละ” (ID16P2L22-23)

“จะมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งเสียประมาณครั้งละ 3,000 บาทค่ะ เขาก็ขอแค่ค่านี้ แต่แม่ก็รู้แหละเคยให้อาสาช่วยเขาก็เอาเหมือนกันเขาก็แบบไม่ได้ระบุเป็นตัวเงินแต่เราก็รู้เขาพยายามพูดโน่นนี่นั่นมีค่านู่นค่านี้นั่น (ถอนหายใจภายหลังจากพูดจบประโยค สิ้นหน้าครุ่นคิด: Field note ที่ 3) แต่แม่ก็มีให้แค่นั้น” (ID3P8L2-4)

2.4 ไม่สามารถทำงานได้ในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลหลักไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพังโดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ เพราะเกรงว่าผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมรุนแรงขึ้นอีก ผู้ดูแลหลักยอมหยุดงานประจำหรือหยุดขายของ เพื่อสังเกตอาการผู้ป่วยดูแลอย่างใกล้ชิด ตามคำบอกเล่าของผู้ดูแลหลักดังนี้

“ช่วงที่น้องมีอาการคุณแม่หยุดขายของแล้วต้องมาอยู่ที่บ้านมาดูแลน้องตลอดไม่ให้ออกนอกสายตา” (ID13P4L8)

“มีวันหนึ่งที่เขามีอาการเยอะขึ้น ก็ต้องปิดร้านแล้วบางทีลูกค้ามา কিনถ้วยเดียว น้องเขาเสียงดังข้างบนบ้าน ลูกค้าก็จะถามว่า ใครเป็นอะไร อะไรแบบนี้” (ID14PL15-16)

2.5 การถูกผลักไสไม่มีใครต้องการให้อยู่ใกล้ บุคคลรอบข้างที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่างผลักไสผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลหลัก เพราะเกรงว่า อาจจะได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงซ้ำจากผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดของข้อมูลตามคำบอกเล่าของผู้ดูแลหลักดังนี้



“พอเราจะมารณเมล์หรือรถโดยสารประจำทางอะไรอย่างเนี่ย กระป๋องรณเมล์ก็บอกว่า ถ้ารู้ว่าลูกคัมคั้งขนาดนี้พามันแท็กซี่มาเลย เรามองเงินในกระป๋องเรามันไม่พอเพราะจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลมันก็ร่วม 100 บาทแล้ว (พูดด้วยน้ำเสียงที่เบาลงในช่วงท้ายของประโยค: Field Note ที่ 8)” (ID8P2L24-26)

2.6 อับอายจนแยกตัวออกจากสังคม จากพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยได้กระทำขึ้นในอดีต ทำให้ผู้ดูแลหลักไม่กล้าไว้วางใจที่จะปล่อยผู้ป่วยไว้ลำพัง ผู้ดูแลหลักจึงลดการพบปะทางสังคม มีรายละเอียดดังนี้

“วันนี้ก็เดินก็ไวยวายเสียงดัง ขึ้นรถไฟใต้ดินก็พูดคนเดียวจนเราอายเขา” (ID5P2L3-4)

“หนักใจ ยายก็หนักใจ ถ้าเขาเป็นอย่างนี้นะ แต่ตอนนี้ยายทำใจแล้ว แต่ก่อนไปไหนก็หวั่น ตอนนี้คล้าย ๆ กับว่าทำใจแล้ว” (ID15P5L14-15)

ประเด็นหลักที่ 3 ปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ (Adjusting for living together)

ประสบการณ์ชีวิตด้านหนึ่งที่พบในผู้ดูแลหลักเหล่านี้คือ การพยายามหาวิธีปรับความคิด ปรับทัศนคติ และวิถีปฏิบัติ เพื่อให้ตนเองยังสามารถที่จะใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้ ประกอบด้วย 4 ประเด็นรอง มีรายละเอียดดังนี้

3.1 สำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบของการเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลหลักมีการตระหนักถึงหน้าที่และความสำคัญของตนในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง การดูแลผู้ป่วยเป็นดังคำมั่นสัญญาที่ตนเคยได้ให้ไว้ต่อบุคคลสำคัญก่อนเสียชีวิต เป็นผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลยื่นหยัดและทำหน้าที่ตนเองต่อไปได้โดยไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ดังปรากฏในข้อมูลตามคำบอกเล่าดังนี้

“แม้ก็คิดว่าจะรักษาลูกเท่าที่จะรักษาไหว แต่ถ้ามัวถ้าเราไม่รักษาเราเป็นแม่แล้วใครจะรักษาใครจะดูแล บางคนก็บอกว่าถ้าไม่รักดีก็ปล่อยมันไปเถอะอยาก

เป็นคนบ้าคนบอ คือเขาอาพุดได้ (ใช้นิ้วชี้ขาเข้าหาตัวพูดด้วยน้ำเสียงลั่นเครือ: Field Note ที่ 3) แต่เราทำไม่ได้เพราะเราเป็นแม่ไง” (ID3P6L24-26)

3.2 ให้การยอมรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักรู้สึกสงสารเมื่อพิจารณาถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จึงใส่ใจดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและใส่ใจ อีกทั้งยังยอมรับในตัวตนของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลยังคงที่จะดูแลผู้ป่วย เพราะรับรู้ได้ว่าแท้จริงนั้น ผู้ป่วยเป็นคนดี รายละเอียดตามข้อมูลดังนี้

“เราก็ออยู่กันไปแบบนี้ ...ฉันรับได้กับทุกสิ่งทุกอย่างที่เธอเป็น เพราะว่าเธอเป็นคนดี” (ID9P10L2)

“เรามีความรู้สึกว่าสงสารเขา เราต้องอดทนให้ได้มากที่สุดกับคนที่เป็นอย่างนี้” (ID14P4L21)

3.3 ระลึกถึงความดีที่ผู้ป่วยเคยทำ ผู้ดูแลหลักพยายามนึกถึงเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่ดีที่ผู้ป่วยเคยกระทำ เป็นผลให้ผู้ดูแลหลักมีกำลังใจในการเป็นผู้ดูแลหลักต่อไปได้ ผู้ดูแลหลักจึงอยากที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม ดังปรากฏรายละเอียดดังข้อมูลต่อไปนี้

“อาการเขาต่างกับตอนนั้น มานวดขานวดแขนให้แม่นะ ใช้มือข้างขวาจับบริเวณแขนข้างซ้าย ทำทางบีบขึ้นและลง: Field Note ที่ 4) พอถึงเวลาที่โทรมาบอกว่าจะกลับบ้านนะ...พอเข้ามาเขาก็ดี ตอนยังมีสตินะ หุงข้าว หุงปลา ที่เขาให้มา อุ่นไว้” (ID4P6L18, P14L19-20)

3.4 สร้างความสงบในจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลนับถือศาสนาพุทธทุกคน ผู้ดูแลหลักจึงมีการจัดการซึ่งความรู้สึกตนเองที่มีต่อปัญหาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลหลักจะใช้ธรรมะในการประคับประคองจิตใจ ตลอดจนการทำสมาธิเพื่อให้ตนมีสติในการแก้ไขซึ่งปัญหา ตามคำบอกเล่าดังนี้

“จริง ๆ มันก็กระทบใจ แต่ไปฝึกสมาธิคะ ก็เลยแบบดีขึ้น รู้สึกดี ตอนนี้เรียนพระอภิธรรมอยู่” (ID6P12L3)

“ตอนนี้ห่วงอย่างเดียวเรื่องเขา เรื่องอย่างอื่นช่างมัน เราอยู่ได้ คิดได้แล้วปลงคะ” (ID15P6L14-15)



ประเด็นหลักที่ 4 การจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย (Schizophrenic persons' violent behaviors managements)

ผู้วิจัยพยายามหาวิธีการป้องกันและรับมือการเกิดพฤติกรรมและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 ประเด็นรอง มีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 การจัดการ/ป้องกันก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง

รุนแรงผู้ดูแลหลักมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนมีพฤติกรรมรุนแรง โดยสังเกตได้จากอาการของผู้ป่วย เพื่อดำเนินการป้องกันก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรงดังข้อมูลที่ปรากฏต่อไปนี้

“เขาบอกว่าจะไปซื้อเป็นอาวุธมา เป็นมีดยาว เป็นคอกเลย เป็นมีดใหม่ แล้วก็ก้อน แม่เห็นแล้วก็คิดว่าเออมันไม่ใช่แล้ว คือเขาจะวางแผนอะไร ใครมาเขาก็จะระแวง” (ID3P2L28-29)

“บางทีเห็นอาการเขาที่พูดคนเดียวแล้วไม่ยอมพาไหน กลัวจะอาละวาดที่ตลาดค่ะ” (ID14P6L20-21)

4.2 การเตรียมตัวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมอุปกรณ์ผูกมัดไว้ให้พร้อมตลอดจนจัดเก็บสิ่งของที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธ โดยมีรายละเอียดดังนี้

“เก็บของที่อันตรายออกพอมืออาการจะพามา โรงพยาบาลแต่ละครั้งก็ต้องมัดมา เราก็ใช้ผ้าฉีกค่ะ ถ้าใช้เชือกมันจะเจ็บ เทปใส กระดาษขาว หนังกูเตรียมพร้อมไว้แล้วกับพ่อเลี้ยงของเขา” (ID2P6L6-7)

4.3 จัดการในส่วนที่เป็นสาเหตุ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทกล่าวเตือนเพื่อห้ามผู้ป่วยใช้สารเสพติดซึ่งเป็นการจัดการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลหลักจะกล่าวห้ามการใช้ยาเสพติดในช่วงที่ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ หรือขอให้ลดปริมาณลงการใช้สารเสพติดลง นำไปสู่การตั้งข้อตกงในการลดปริมาณสารเสพติดที่อนุญาตให้ใช้ต่อวัน ดังข้อมูลตามคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...แล้วเราก็ต้องปรับเปลี่ยน Style ความคิดใหม่ เราก็ต้องอยู่กับมันให้ได้ว่า ก็เลยบอกไปว่าถ้าอยากเสพก็เสพไปถ้าเลิกไม่ได้ก็ลดได้ไหม คือเราเป็นคนที่ค่อนข้างพูดตรงกับเขา” (ID2P3L11-12)

นอกจากนี้ ผู้ดูแลหลักมีการกำกับติดตามการรับประทานยา และการป้องกันการพึ่งยาของผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับยาตามแผนการรักษา โดยการใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลโน้มน้าวให้รับประทานยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“บางทีต้องเอาไฟฉายไปส่องนะ เราจะเห็นตรงข้าง ๆ กระพุ่มแก้มค่ะ ว่ามีเม็ดยาไหม” (ID14P3L21)

4.4 แสวงหาวิธีการรักษา/การบำบัดตาม

ความเชื่ออื่น ๆ การจัดการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพและการรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งการรักษาในระบบสุขภาพและนอกระบบสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่ดีขึ้น แม้ว่าผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอและผู้ป่วยส่วนใหญ่ว่างงานและไม่มีรายได้ แต่ผู้ดูแลหลักก็ได้มีการยืมเงินจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อใช้ในการรักษาอาการของผู้ป่วยดังข้อมูลนี้

“ตอนนั้นไปดูพระ ที่ว่าสนิททุกัน เขาก็นั่งทางใน เขาบอกว่าลูกไปเอาของอะโรมา มันก็เลยเป็นเยอะเข้าไไปอีก ให้เราไปแก้ ไปแก้ถึงลพบุรีนะ” (ID5P10L4-5)

“ตอนนี้อายุ 45 (ปี) รักษาามาตั้งแต่ 25 (ปี) จนป่านี กินยาตลอด ฉีดยา เป็นเยอะๆก็... (ชื่อโรงพยาบาล) ผ่านมาแล้วทั้งนั้นแหละ ที่ไหนที่ไหน แต่ตอนนี้หลัก ๆ เราอยู่ที่กรุงเทพไง ก็มาที่นี้ค่ะ” (ID5P1L12-13)

4.5 หลีกเลี่ยง/นิ่งเฉยต่อพฤติกรรมเอะอะ

ไว้วาย ผู้ดูแลหลักมีการหลบเลี่ยงเป็นหนึ่งในวิธีการตอบสนองต่อปัญหาที่ผู้ดูแลหลักเลือกใช้ ผู้ดูแลหลักยังเลือกการตอบสนองเมื่อเผชิญต่อเหตุรุนแรงจนรู้สึกโกรธ แต่เลือกไม่ตอบโต้ ผู้ดูแลหลักพยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เป็นปกติแม้จะผ่านพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วย ซึ่งปรากฏตามคำบอกเล่าดังนี้



“หนูก็กลัวเขามาปาดคอซิ (ใช้นิ้วชี้ช่วยลากผ่านลำคอ: Field Note ที่ 4) หนูดู TV ที่คนบ้านมั่นคง หนูต้องมานอนบ้านของคนข้างบ้านบ้างก็แล้วกันถ้าเขาคลั่งเมื่อไหร่” (ID4P5L15)

“พอเขาเริ่มโวยวายเสียงดังขึ้น เราก็พยายามทำตัวให้เป็นปกติคะ” (ID1P6L6)

4.6 จัดการที่พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย
ผู้ดูแลหลักมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อมุ่งเน้นในการป้องกันการเกิดอันตรายที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยมีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโดยการตอบโต้กลับทันทีเช่นพูดจู่ หรือ ทำร้ายร่างกายกัน โดยมีข้อมูลปรากฏดังต่อไปนี้

“มาโรงพยาบาลแต่ละครั้งเนี่ยต้องลงมือตลอด แล้วก็ที่นั่นหนะพอเขามีอาการจะติดยา ผม แพนผม และ น้าชายมาช่วยกันจับมัน มันด่าผมสาละพัด ผมก็ต่อเลย จับกดคอ ผมต่อเลย แล้วก็มีดมือ...ผมก็บอกมันว่า อย่าทำร้ายยายนะ ตายอย่างเดียวเลยนะ ผมก็ว่าอย่างนี้เลย อย่าแตะนะ” (ID12P4L13-14)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพในครั้งนี้ ผลการศึกษาสามารถอธิบายถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้ว่าเป็นอย่างไร มีประเด็นหลักที่ได้อภิปรายดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 มีชีวิตอยู่ได้ด้วยความอดทน แม้ว่าจะมีสิ่งที่ผู้ดูแลหลักต้องอดทนยอมรับเกิดขึ้นอย่างมาก แต่ผู้ดูแลหลักเหล่านั้นยังคงอดทนทำหน้าที่อยู่ได้เพราะผู้ดูแลนั้นยอมรับการรุกรานของผู้ป่วยจิตเภทขณะมีพฤติกรรมรุนแรงได้เสมอจากการรับรู้ได้ว่าแท้จริงนั้นผู้ป่วยนั้นเป็นคนดี ตลอดจนการทำใจยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย⁶ ยอมรับในตัวตนของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลหลักอดทนทำหน้าที่ของตนต่อไปได้¹⁶ ผู้ดูแลหลักเผชิญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบสอดคล้องกับงานวิจัยของ Öz et al¹⁷ กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวถือเป็นปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมาก ต้องใช้ชีวิตด้วยความอดทนมาโดยตลอด

ประเด็นหลักที่ 2 ผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่อชีวิตของผู้ดูแลหลัก พบว่า **เหนียวล่าจากการดูแลผู้ป่วย** การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากที่สุด ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงเป็นที่พึ่งของทุกคนในครอบครัวด้วยเช่นกัน⁸ เป็นผลทำให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้สึกเหนื่อยทั้งจากการที่ต้องคอยป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ยิ่งไปกว่านั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อยครั้งก่อให้เกิดความรู้สึกเหนียวล่าของผู้ดูแลหลัก⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanzawa et al¹⁸ ที่ได้กล่าวถึง ความรู้สึกเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งจากการที่ต้องคอยป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ยิ่งไปกว่านั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อย **เครียดและวิตกกังวลต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น** ถือว่า เป็นผลกระทบที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยด้วย เนื่องจาก สภาพอารมณ์ของผู้ดูแลหลักนั้นมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน⁹ เป็นผลกระทบที่พบเจอได้มากที่สุด ผู้ดูแลหลักมีความกังวลใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับสูงเนื่องมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท¹⁸ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่อาจก่อผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น จนก่อให้เกิดความเครียดต่อการรับมือกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่⁵ **การดูแลมีค่าใช้จ่าย** นั้น ประกอบด้วยการสูญเสียรายได้จากการที่ผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำงานได้ในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ได้เพราะต้องคอยดูแลสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมิให้เป็นอันตรายต่อผู้อื่น⁶ อีกทั้งผู้ดูแลหลักต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าเสียหายต่าง ๆ¹⁷ อันเกิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ส่งผลให้ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ **ไม่สามารถทำงานได้ในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง** ซึ่งเป็นผลกระทบที่พบได้ในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จากประวัติพฤติกรรมรุนแรงที่ผ่านมาของผู้ป่วยนั้น เป็นผลให้ผู้ดูแลหลักไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพังโดย



เฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ⁷ ต้องดูแลใกล้ชิดจนไม่สามารถไปทำงานได้จนทำให้ขาดรายได้จึงเป็นปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมาก⁵ **การถูกผลักไสไม่มีใครต้องการให้อยู่ใกล้** เกิดจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งแสดงถึงความไม่รู้และความเข้าใจผิดพลาตของสังคมต่อโรคจิตเภท และบทบาทของสื่อในการนำเสนอข้อมูลอันเป็นการกระตุ้นความเหยียดหยามทั้งต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก⁸ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการหงุดหงิดรุนแรงกับสมาชิกในบ้าน ก็ส่งผลให้ชุมชนเกิดความหวาดกลัว จนนำไปสู่การถูกตีตราในผู้ป่วยจิตเภทว่า เป็นบุคคลวิกลจริต ผู้ดูแลเองก็ถูกต่อว่าจากผู้อื่นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมาด้วยเช่นกัน⁶ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีความต้องการได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมด้วยเช่นกัน¹⁷ **อับอายจนแยกตัวออกจากสังคม** ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทจะลดการพบปะผู้คนนอกบ้าน เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยจิตเภทความคิดเห็น ฟุ้งซ่าน ป้องกันความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น และป้องกันมิให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหากออกไปสู่สังคมภายนอกในช่วงที่อาการทางจิตกำเริบ¹⁷ ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักนั้นเผชิญความโดดเดี่ยวทางสังคม⁹ ไม่ต้องการให้บุคคลอื่นรับรู้การของของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและสะท้อนขวัญต่อสังคม นำมาซึ่งความอับอายต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย⁶

ประเด็นหลักที่ 3 ปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ (Adjusting for living together) การปรับตัวของผู้ดูแลหลักต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ถือเป็นความพยายามของบุคคลที่พยายามที่จะปรับตัวทางด้านพฤติกรรม จิตใจ และสังคม โดย **สำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบของการเป็นผู้ดูแลหลัก** แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลหลักเห็นคุณค่าของตนเองต่อการทำหน้าที่ผู้ดูแลตลอดจนการยอมรับในตัวผู้ป่วยจิตเภท⁸ การดูแลผู้ป่วยเป็นดังคำมั่นสัญญาที่ตนเคยได้ให้ไว้ต่อบุคคลสำคัญก่อน

เสียชีวิตซึ่งถือว่าการเสริมสร้างความผูกพันกับผู้ได้รับการดูแลเพื่อเพิ่มแรงใจ¹⁶ เป็นผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลยื่นหยัดและทำหน้าที่ตนเองต่อไปได้โดยไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย⁶ **ให้การยอมรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย** การที่ผู้ดูแลหลักยอมรับการรุกรานของผู้ป่วยจิตเภทขณะมีพฤติกรรมรุนแรงได้นั้น เพราะรับรู้ได้ว่าแท้จริงนั้นผู้ป่วยนั้นเป็นคนดี ตลอดจนการทำให้ยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย⁶ ผู้ดูแลมีการทำให้ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความหลากหลายของความทุกข์ถ้าโถมเข้ามาในชีวิตจึงทำให้ผู้ดูแลยินดีที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและเห็นอกเห็นใจอย่างแท้จริง¹⁶ **ระลึกถึงความดีที่ผู้ป่วยเคยทำ** เป็นผลให้ผู้ดูแลหลักมีกำลังใจในการเป็นผู้ดูแลหลักต่อไปได้ ซึ่งเป็นสะท้อนความรู้สึกเชิงบวกกลับมายังผู้ดูแลหลัก¹⁰ ผู้ดูแลหลักจึงอยากที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม¹⁶ และ **สร้างความสงบในจิตใจ** ซึ่งผู้ให้ข้อมูลนับถือศาสนาพุทธทุกคน ดังนั้นจึงมีการจัดการซึ่งความรู้สึกตนเองที่มีต่อปัญหาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โดยการนั่งสมาธิเพื่อให้ตนมีสติในการแก้ไขซึ่งปัญหา และคลายความทุกข์ที่เผชิญจนก่อเป็นความรู้สึกที่ดีขึ้น⁶

ประเด็นหลักที่ 4 การจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย การป้องกันพฤติกรรมรุนแรงก่อนการเกิดปัญหา¹⁷ ตลอดจน การจัดการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท เช่น กล่าวห้ามผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดซึ่งสอดคล้องกับ Witt et al³ โดยผู้ดูแลหลักจะกล่าวห้ามการใช้ยาเสพติดในช่วงที่ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ นำไปสู่การตั้งข้อตกลงปริมาณสารเสพติดที่ใช้ต่อวัน และการจัดการที่พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย เพื่อให้มีอาการของโรคจิตเภทนั้นสงบลง ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ สัมพันธ์กับผลการศึกษาของ Neha et al⁶ ที่พบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยมีการลงมือทำร้ายผู้ป่วยกลับทันที



สรุป

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ถึงแม้ว่าจะประกอบไปด้วยผลกระทบในด้านต่าง ๆ ของชีวิตผู้ดูแลเป็นอย่างมาก แต่ผู้ดูแลหลักยังคงทำหน้าที่ของตนด้วยความอดทนเป็นอย่างสูง โดยผู้ดูแลหลักพยายามหาวิธีการต่าง ๆ ในการปรับตัวต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการหาวิธีการรับมือต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อให้ตนยังคงอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยได้ต่อไป

ข้อจำกัด การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงและอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้นไม่สามารถอ้างอิงไปสู่ประชากรทั้งหมดได้ สามารถอ้างอิงสู่ผู้ให้ข้อมูลเฉพาะกลุ่มได้เท่านั้น

ข้อเสนอแนะ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนได้ค่อนข้างจำกัด

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนได้อย่างทั่วถึง ตลอดจนควรมีการพัฒนากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องดำเนินการ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ตลอดจนการสนับสนุนด้านจิตสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการเพิ่มสถานที่การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเยี่ยมบ้านของผู้ให้ข้อมูลร่วมด้วย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลหากสถานที่ให้ข้อมูลนั้นเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการเข้าใจถึงลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมโดยรอบของครอบครัวผู้ดูแลหลักด้วยเช่นกัน

References

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. [Geneva, Switzerland]: World Health Organization; 2022 Jan 10. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
2. Department of mental health, Ministry of public health. Reports of patients receiving psychiatric services from data from the central system for providing psychiatric patient services in Thailand. Nonthaburi: Department of mental health; 2022 [updated 10 February. Available from: <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh>. (In Thai)
3. Witt K, Van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PloS one*. 2013;8(2):1-15.
4. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, CA: sage; 1985. 416 p.
5. Stithyudhakarn S. Depression in Patients with Schizophrenia: Special Issue in Nursing Practice. *J Nursing Science Chulalongkorn University*. 2018; 30(3); 1-13. (In Thai)
6. Neha A, Gandhi S, Manjula M, Padmavathi N. Caregivers' experiences of aggressive persons with schizophrenia. *Indian J Psychol Med*. 2021;43(1):10-5.
7. Issac A, Nayak SG, Yesodharan R, Sequira L. Needs, challenges, and coping strategies among primary caregivers of schizophrenia



- patients: A systematic review & meta-synthesis. *Arch Psychiatr Nurs.* 2022;41:317–32.
8. Gupta S, Isherwood G, Jones K, Van Impe K. Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry.* 2015;15(1):1-11.
9. Imkome E, Waraassawapati K. Perspectives and Experiences of Primary Caregivers of Individuals with Schizophrenia in Thailand. *Mental Health Nurs.* 2018;39 (10):858–64.
10. Hsu MC, Tu CH. Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: a phenomenological study of views and experiences of violence in parent–child dyads. *J. Adv. Nurs.* 2014;70(2):336-49.
11. Thongtup P, Sawangchareon S. Schizophrenia person' violent behavior and Family management in Thailand. *Thai J. Nurs, North-Eastern Division.* 2013;31(4), 121-128.
12. Heidegger M. *Being and Time*, tr. John Macquarrie and Edward Robinson. Oxford: Blackwell Publishing. 1962; 176:137.
13. Srichannil C. Interpretative Phenomenological Analysis: Quality Criteria. *Humansciences.* 2562;20(1):1-25. (In Thai)
14. Saenggnern B. Experience 2020 [updated 18 December]. Available from: <https://www.gotoknow.org/posts/687559>. (In Thai)
15. Van Manen M. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy.* London, Ont.: Althouse Press, 1990. 202 p.
16. Upasen R, Saengpanya W. Compassion fatigue among family caregivers of schizophrenic patients. *JPSS.* 2022;30 (1):1-17.
17. Öz YC, Duran S, Incedere A. Requirements of caregivers of patients with schizophrenia: A qualitative study in Turkey. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 2022;41:81-6.
18. Duangpanya N. and Dangdomyouth P. Experiences of primary caregivers in caring of non-relapse schizophrenic patients. *J Nursing Science Chulalongkorn University* 2020;32(2):43-54.