

การรับรู้ต่อสถานการณ์การก่อความรุนแรงตามมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชาย ที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน

ภาณุรัตน์ ศรีมงคล*

พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

ณัฐกร พิชัยเชิด**

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

(รับ: 4 กรกฎาคม 2567, แก้ไข: 7 สิงหาคม 2567, ตอรับ: 15 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน ใช้วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้ต่อสถานการณ์การก่อความรุนแรงตามมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การบันทึกเสียง และการจดบันทึกภาคสนามกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 8 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการตีความแบบบรรยายจากการสัมภาษณ์

ผลการศึกษา ได้ข้อค้นพบ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ความหมายสถานการณ์รุนแรง เป็นความรู้สึกเบื่อกว่าหน่วงกับการถูกทำให้อับอายขาดความน่าเชื่อถือ เอื่อมระอา ท้อ จากการถูกคำพูดและสายตาดูคนรอบข้าง ทำให้ไม่กล้าไปขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (2) สาเหตุปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน คือ การเสพยาบ้ากระตุ้น และขาดการรักษาอาการจิตเวช และ (3) การป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน คือ หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย หาพื้นที่ปลอดภัย ร้องขอความช่วยเหลือจากคนที่ใกล้ชิดในสถานการณ์วิกฤติ และศึกษาช่องทางบริการการรักษาอาการจิตเวชทันที

คำสำคัญ : ก่อความรุนแรง ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

Corresponding Author: Panurat035@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลห้วยเม็ก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Perception of violent situations from the perspective among caregivers of Males with Schizophrenia and Amphetamine Addiction in the community

Panurat Srimungkhul*

M.N.S (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Natthagorn Phichaicherd**

M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

(Received: July 4, 2024, Revised: August 7, 2024, Accepted: August 15, 2024)

Abstract

This qualitative research aimed to study the life experiences of caregivers of male schizophrenic patients, with amphetamine addiction in the community. A phenomenological study was conducted to understand the perception of violence situations from the perspectives of the caregivers, who looked after the male schizophrenic patients using amphetamine in the community. This study was conducted between February to May 2024. The participants consisted of 8 key informants and data were collected using in-depth interviews, observation, tape-recording, and field notes taking. Data were analyzed using narrative interpretation of the interviews.

The results revealed 3 main themes: (1) the meaning of the violent situations, consisting of a feeling of being bored, tire, humiliated, distressful, losing credibility, and discouraged or insulted by the words and looks of the people around them, thus they did not ask the others for help; (2) the causes of violent behaviors in male schizophrenic patients using amphetamines comprised amphetamine addiction and lack of psychiatric medication; and (3) prevention of violence in caring of male schizophrenic patients using amphetamines includes avoiding confrontation with the patients, finding safe spaces, seeking help from close contacts in the critical situations, and searching for the service channels to treat psychiatric symptoms immediately.

Keywords: violence, care givers, male schizophrenia with amphetamine addiction in the community

* Practitioner Nurse, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health,
E-mail: Panurat035@gmail.com

**Practitioner Nurse, Huaimek Hospital, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 1 หรือมากกว่า 21 ล้านคนของประชากรทั่วโลก โดยเป็นเพศชาย มากกว่า 12 ล้านคน และเพศหญิง ประมาณ 9 ล้านคน ความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) ร้อยละ 0.3 - 0.7 ในประเทศไทย พบความชุกของโรคจิตเภท ร้อยละ 0.17 มีแนวโน้มเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดภาวะโรค¹ และมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่าคนทั่วไปสูงถึงร้อยละ 40 - 60 เนื่องจากถูกละเลยปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย และขาดการดูแลเอาใจใส่² ข้อมูลสถิติผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 มีจำนวนทั้งหมด 284, 273, 314, 250, 299, 771 ราย ตามลำดับ ปัจจุบันภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 87,775 ราย (ร้อยละ 29.28) โดยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 19,751 ราย (ร้อยละ 22.50) จำแนกตามจังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด (5,620 ราย) ขอนแก่น (6,775 ราย) มหาสารคาม (3,050 ราย) กาฬสินธุ์ (4,306 ราย)³

ทุกภาคส่วนต่างระดมสรรพกำลังในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทอย่างรอบด้านโดยมีเป้าหมายการดูแลทั้งระยะสั้นในโรงพยาบาล ตลอดจนส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน แต่ยังคงพบผู้ป่วยจิตเภทมีการเจ็บป่วยซ้ำ มีปัญหาเสพยาบ้าซ้ำ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจากการก่อเหตุ สะเทือนขวัญในชุมชน และขาดการรักษาด้วยยาเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลผู้ให้การสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทเกินครึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี เป็นบุคคลในครอบครัว คือ แม่ พี่ พ่อ และบุคลากรทางการแพทย์ ตามลำดับ⁴ ความตระหนักของบุคคลแวดล้อมจึงเป็น

เรื่องที่สำคัญต่อการแก้ไขปัญหาคาความรุนแรงอย่างลึกซึ้ง เนื่องจากกระยะแรกผู้ดูแลยังไม่มีวิธีจัดการ เกิดอุปสรรคต่อการดูแล ทำให้บางครอบครัวไม่มีการวางแผนเตรียมตัวเกิดคำถามมากมาย อาทิเช่น ใครจะดูแล ดูแลอย่างไร ไม่เข้าใจโรค และไม่สามารถจัดการกับอาการผู้ป่วยได้ดีพอ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำและรุนแรง⁵

ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษามุมมองของผู้ดูแลด้านการรับรู้ต่อสถานการณ์การก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาบ้าในชุมชน โดยใช้ปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา และมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแก่นสาระหรือความหมายของความรุนแรงหรือพฤติกรรมรุนแรง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสพยาบ้าที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์/สนทนา เป็นการถ่ายทอดเรื่องราวจากการสะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยสามารถซึมซับความเข้าใจประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายเสพยาบ้าและมีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างลึกซึ้ง เข้าใจสภาวะความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากภายในตัวของบุคคลที่มีประสบการณ์ตรง นำข้อมูลที่ได้รับมาประกอบการวางแผนทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลที่เหมาะสมในแง่มุมมองของความรู้สึก ประสบการณ์ชีวิต สู่การช่วยเหลือในระยะยาว ที่มุ่งเน้นการป้องกันตั้งแต่ในชุมชน ช่วยลดโอกาสการทำพฤติกรรมรุนแรงซ้ำและผู้ดูแลสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสมเมื่อเผชิญเหตุการณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลในประเด็นต้นตอปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาบ้า

2. เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลในประเด็นการป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนให้ความหมายสถานการณ์ความรุนแรงเป็นอย่างไร

2. ต้นตอของปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนเป็นอย่างไร

3. การป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนเป็นอย่างไร

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชนเป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในประเด็นการรับรู้สถานการณ์ความรุนแรง ต้นตอของพฤติกรรมและการป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ผู้วิจัยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ในรูปแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) ตามแนวคิดของเอดมุนด์ ฮัสเซิล (Edmund Husserl) ที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตด้วยการค้นหาโดยตรง (Direct exploration) วิเคราะห์และบรรยายปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงอย่างเป็นอิสระโดยปราศจากการทดสอบสมมุติฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ใช้การหยั่งรู้ (Intuiting) ในการนำเสนอข้อค้นพบ เน้นความเข้มข้นของข้อมูล ความกว้าง และความลึกของประสบการณ์ ประกอบด้วย กระบวนการสำคัญ 3 กระบวนการ คือ การหยั่งรู้ การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ และการบรรยายปรากฏการณ์ โดยกำหนดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

1.1 ลักษณะผู้ให้ข้อมูล (Key informants) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้มีอายุ 18 ปี

ขึ้นไป เป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวน 8 คน

1.2 การเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) (1) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพแอมเฟตามีน มีประวัติทำร้ายร่างกายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน ที่อยู่ในช่วงเฝ้าระวังหรือติดตามต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (2) สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี พูดคุยเป็นภาษาไทยหรือภาษาอีสานได้ เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ดี (3) ยินดีสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาที่วิจัย

1.3 วิธีการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ (1) ผู้วิจัยได้เข้าแนะนำตนเองด้วยวาจา และขอความร่วมมือเพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับการสัมภาษณ์ประสบการณ์ชีวิตการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ในประเด็นการรับรู้สถานการณ์ความรุนแรง ต้นตอของพฤติกรรมและการป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิในการตอบคำถาม มีสิทธิปฏิเสธการตอบคำถามเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ ไม่สะดวกใจ หรือสิทธิในการยุติการเข้าร่วมวิจัย สามารถขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลา และถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการสุขภาพแต่อย่างใด เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคนซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลสมัครใจยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงมีการให้ลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมในการวิจัยไว้เป็นหลักฐาน โดยเก็บหลักฐานทั้งหมดไว้ที่ลิ้นชักส่วนตัวของผู้วิจัย (2) ก่อนให้การสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด หัวข้อที่จะสัมภาษณ์ จำนวนครั้ง และระยะเวลาในการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเทปในการสนทนา และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการรักษาความลับ โดยการไม่เปิดเผยข้อมูลก่อนได้รับอนุญาต สถานที่ในการให้สัมภาษณ์ใช้สถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถ

เลือกวันที่สะดวกให้ผู้วิจัยเข้าพบตามนัด มีการนัดหมายและแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้ง และขณะดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้เฝ้าสังเกตอาการผิดปกติของผู้ให้ข้อมูลตลอดเวลา (3) การสัมภาษณ์เชิงลึกแต่ละครั้งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60-90 นาที และได้ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม รายละเอียด 2-3 ครั้ง เพื่อความสมบูรณ์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้ขออนุญาตหมายเพื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติม ใช้ระยะเวลาเพิ่มเติมเฉลี่ย 45 นาทีต่อครั้ง ผู้ให้ข้อมูลหลักอนุญาตให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ และเมื่อการดำเนินการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยเสร็จสิ้น ผู้ให้ข้อมูลได้รับคำปรึกษาในประเด็นที่สงสัย และให้กำลังใจทุกครั้ง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้เตรียมตัวทั้งความรู้เรื่องระเบียบวิธีวิจัย และฝึกปฏิบัติด้านการรวบรวมข้อมูล เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การจดบันทึกภาคสนาม โดยได้ศึกษาและทบทวนจนมีทักษะที่เหมาะสมที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ชราและสารเสพติด การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล และหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับนักจัดการรายกรณี

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความรู้สึกต่อผู้ป่วย อธิบายลักษณะหรือนิสัยเกี่ยวกับผู้ป่วย อาการเตือนก่อนที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะการแสดงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย และ

ความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ความรุนแรงของผู้ป่วย

2.3 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-Depth Interview) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์ของแพตตัน (Patton)⁶ นำประเด็นที่เกี่ยวข้องมาพิจารณาสร้างแนวคำถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) เกี่ยวกับประสบการณ์คำถามที่ต้องการให้ได้ข้อมูลตรงกับประเด็นที่สนใจศึกษา จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของแนวคำถาม ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพแอมเฟตามีน และมีพฤติกรรมก้าวร้าว 1 ท่าน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 1 ท่าน

จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน จำนวน 2 ราย พร้อมกับบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม ปฏิบัติวิธีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งบันทึกบรรยากาศในการสัมภาษณ์และสิ่งแวดล้อม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้อีกกลับมาถอดเทปและวิเคราะห์ทีละราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความครอบคลุมความชัดเจน และความเข้าใจของข้อคำถามต่างๆ รวมถึงปฏิบัติการที่แสดงออกของผู้ให้ข้อมูลหลักต่อข้อคำถามและเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยและพัฒนาทักษะในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์ข้อคำถามกับผู้ร่วมวิจัยซ้ำ เพื่อการปรับปรุงให้ข้อคำถามมีความชัดเจนยิ่งขึ้น ให้มีความต่อเนื่องในการถามปรับแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกให้เหมาะสมก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งต่อไป ตัวอย่างแนวคำถาม ได้แก่ (1) ขอให้ท่านเล่าประสบการณ์ที่อยู่ในสถานการณ์พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยรายนี้เป็นอย่างไร (2) ท่านคิดว่าสาเหตุ

นั้นเกิดจากอะไร และท่านรู้สึกอย่างไร (3) เหตุการณ์นั้น มีผลกระทบต่อท่าน หรือผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร แต่ละคำถามจะสั้นไหลต่อเนื่องไปตามบริบทของผู้ให้ข้อมูล เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระและมีความยืดหยุ่นในการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการศึกษา

2.4 เครื่องบันทึกเสียง

2.5 แบบบันทึกช่วยจำในภาคสนาม (field note)

ส่วนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเตรียมการ (1) การเตรียมตัวของผู้วิจัย ได้แก่ ศึกษาความรู้เชิงวิชาการ เตรียมความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย เตรียมเครื่องมือ ศึกษาแนวทางและพิจารณาจริยธรรม (2) ผู้วิจัยใช้เทคนิคในการเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การบันทึกเสียง และการจดบันทึกภาคสนาม รวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data) เมื่อสัมภาษณ์จนไม่มีข้อมูลใหม่ๆ เกิดขึ้น การสัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 60 - 90 นาที ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 เฉลี่ยครั้งละ 45 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงพฤษภาคม 2567 ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล **จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์**

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 23/2567 รับรองเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2567 ถึง 30 มกราคม 2568 ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์จากคลินิกในเครือข่ายแห่งหนึ่ง มีการระบุผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเสียงสัมภาษณ์คำต่อคำ (Verbatim) มีการแปลผลข้อมูลรายวัน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการตีความแบบบรรยายจากการสัมภาษณ์โดยใช้กระบวนการตามวิธี

ของโคไลซี (Colaizzi method) 9 ขั้นตอน⁹ (1) บรรยายปรากฏการณ์ที่ศึกษา (2) รวบรวมข้อมูลที่บรรยายปรากฏการณ์จากผู้ให้ข้อมูล (3) อ่านบทสัมภาษณ์ซ้ำไปซ้ำมาเพื่อทำความเข้าใจและความรู้สึกในภาพรวมของผู้ให้ข้อมูล (4) ในแต่ละบทสัมภาษณ์ให้ทบทวนข้อความและถอดความจากประโยคหรือคำพูดที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา (extracting significant statements) โดยบันทึกข้อความหรือประโยคคำพูดโดยแยกออกมาต่างหากเพื่อสร้างข้อมูลที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา (5) พยายามหาความหมายแต่ละเนื้อหาตามนัยสำคัญ (formulated meanings) เพื่อแสดงให้เห็นถึงความหมายที่ซ่อนอยู่ในปรากฏการณ์ภายใต้บริบทแต่ละบริบท (6) ทบทวนเนื้อหาแต่ละเนื้อหาและจัดรูปแบบเพื่อสร้างกลุ่มคำของแนวคิดหลักเพื่อจำแนกประสบการณ์ทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลทุกคน (7) นูรณ์การผลของการศึกษาในลักษณะการบรรยายอย่างละเอียด (exhaustive description) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษาเพื่อสร้างกรอบแนวคิดเบื้องต้น (8) นำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาย้อนกลับไปที่ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง และ (9) ปรับปรุงผลตามข้อมูลย้อนกลับของผู้ให้ข้อมูลและอธิบายปรากฏการณ์ที่ยังคลุมเครือให้ชัดเจนเท่าที่เป็นไปได้ (identification of its fundamental structure) เพื่อนำมาเสนอกรอบแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของปรากฏการณ์ บรรยายประเด็นที่ได้เป็นความเรียงให้มีความต่อเนื่อง กลมกลืน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

โดยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ของลินคอล์น และกูปา (Lincoln & Guba, 1985)⁸ ในประเด็นดังต่อไปนี้ (1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียง การถอดเทป กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องของข้อมูลว่าข้อมูลถูกต้องหรือไม่ (Member Checks) การใช้เทคนิคสัมภาษณ์การทวนความถามซ้ำ สรุปความและยืนยันข้อมูลในระหว่าง

สัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันว่าข้อสรุปนั้นถูกต้อง และเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลเดียวกันที่เก็บมาจากเวลา สถานที่ หรือบุคคลที่ต่างกันอย่างวิธีที่หลากหลายวิธี (2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก การใช้แบบบันทึกภาคสนาม การสังเกตบริบทขณะทำการสัมภาษณ์ โดยจะมีปฏิกิริยาแสดงออกมา เช่น น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง แววตา การตีความของคำพูดที่พูดถึงของผู้ให้ข้อมูล เป็นต้น และ (3) การตรวจสอบด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) โดยการรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยจากผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยว่าข้อมูลที่ได้มานั้นว่าไม่มีความอคติ ความลำเอียงของผู้วิจัย

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลอายุอยู่ในช่วง 52-76 ปี มีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75.0 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 25.0 ทุกรายนับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 62.5 รองลงมา 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 37.5 ทั้งหมดรายได้ไม่เพียงพอ สำหรับค่าใช้จ่ายในครอบครัวต่อเดือน มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.0 รองลงมา หม้าย ร้อยละ 25.0 ผู้ให้ข้อมูลอธิบายลักษณะลักษณะนิสัยของผู้ป่วยเป็นคนใจร้อน ร้อยละ 87.5 รองลงมา มีลักษณะนิสัยแยกตัวเอง เก็บตัว ไม่สูงส่งกับใคร ร้อยละ 12.5 มีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ร้อยละ 87.5 และมีความรู้สึกดีต่อผู้ป่วย ร้อยละ 12.5 ทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่ดี ร้อยละ 100 และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่นไม่ดี เช่น เพื่อนบ้าน บุคคลแวดล้อมในชุมชน ร้อยละ 100 ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยนี้มี 3 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย (1) ความหมายสถานการณ์รุนแรง

(2) ต้นตอปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติด และ (3) การป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพยาเสพติด ดังนี้

1. ความหมายของสถานการณ์รุนแรง

ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่า เป็นความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการถูกกระทำให้อับอายขาดความน่าเชื่อถือ เช่น เอือมระอา ท้อ จากการถูกคำพูดและสายตาคนรอบข้างเหยียดหยามจึงไม่กล้าไปขอความช่วยเหลือจากใคร ดังคำพูดต่อไปนี้

รายที่ 1 เพศหญิง อายุ 55 ปี บทบาทในการดูแลเกี่ยวข้องกับแม่ มีประสบการณ์ดูแล 5 ปี “คนเปิดบ้านบ่มีไผ่อยากเข้านำมันดอก อย่างกลายยังย่าน บ่มีไผ่อยากลิเว้านำจ้อย เพราะมันก้าวร้าวหลายจนคนบ่อยากให้ไปในบ้านเขา มีหน้าขำมักลักเล็กขโมยน้อย บ้านข้างๆกันนิกะลักกล้วยเขาไปปักหลายเครือแล้ว เขาเปิดเขาหน้ามันคัก ไทเฮือนกะยังเบื้อปานนี้ คนอื่นสิล้าได้ ทั้งคำเว้าทั้งสายตาที่เพิ่นอ้อมข้างเบ็งเฮา คือจั่งเหยียดหยามตลอดเวลา บักล้าไปขอให้ไผ่ช้อยดอก”

(คนทั้งหมู่บ้านไม่มีใครอยากคุยด้วย ไม่กล้าเดินผ่าน ไม่กล้าถาม เขาคงเอือมระอา กับพฤติกรรมก้าวร้าว แม่เองยังกลัว คิดดูว่าเพื่อนบ้านจะกลัวขนาดไหน ตอนนี้ทั้งคำพูดทั้งสายตาคนรอบข้างเหมือนเหยียดหยามแม่ตลอดเวลา แม่จึงไม่กล้าไปขอความช่วยเหลือจากใคร)

รายที่ 2 เพศหญิง อายุ 53 ปี บทบาทในการดูแลเกี่ยวข้องกับแม่ มีประสบการณ์ดูแล 7 ปี “แม่หนั้นรู้สึกท้อ บ่อยากออกไปข้างนอกให้คนคิดว่าเฮาเลี้ยงถูกบ่ดี บางคนบ่รู้ถามด้วยความหวังดี หรือเยาะเย้ย แม่กะพยายามเบ็งเพิ่นรักษาเพิ่น พาไปหันไปนี้พาไปน่านั้นแล้วแต่ยาม มีแต่แม่ละเบ็งแง บ่มีไผ่ดูแลช้อยแม่เลย แม่เลยรู้สึกท้อ สายตาที่คน

มองเขาเวลาไปนอกบ้าน แม่บรรยายบ่ถึงคือเขี่ยเจ็บปวดจิตใจ”

(รู้สึกท้อ ไม่อยากออกไปข้างนอกให้คนอื่นคิดว่าเราเลี้ยงลูกไม่ดี บางคนไม่รู้ถามด้วยความหวังดีหรือเยาะเย้ย แม่พยายามดูแลรักษา มีแค่แม่ที่ดูแล ไม่มีใครดูแลช่วย สายตาที่คนอื่นมองเวลาออกไปนอกบ้าน แม่บรรยายไม่ถูก เหมือนกับเยาะเย้ย รู้สึกเจ็บปวดจิตใจ)

รายที่ 6 เพศหญิง อายุ 60 ปี บทบาทในการดูแลเกี่ยวข้องเป็นแม่ มีประสบการณ์ดูแล 5 ปี “เปิดเบือ...โอ้ยพอลูกให้พ้นแล้ว แต่ว่าต้องสู้ได้ ต้องใจแข็งได้ สิบไปให้ให้เขาเห็นบ่ได้...ไต่บ้านเขามองแบบได้บ่มีไผ่สู้ดีสำแม่ที่นั่นที่รู้ คือจั่งแม่บ่มีไผ่ตอนในหมู่บ้านนี้”

(เพื่อน่าย อยากจะร้องไห้ แต่ต้องใจแข็ง ไม่ร้องไห้ให้เขาเห็น ชาวบ้านเขามองแม่แบบไหน ใจแม่เท่านั้นที่รู้ดี เหมือนกับแม่ไม่มีตัวตนในหมู่บ้านนี้)

2. ต้นตอปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่า พฤติกรรมความรุนแรงที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยมีสาเหตุจากการเสพยาบ้า กระตุ้น และขาดการรักษาด้วยยารักษาอาการจิตเวช ดังคำพูดต่อไปนี้

รายที่ 2 เพศหญิง อายุ 52 ปี เกี่ยวข้องเป็นแม่ เลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบเผชิญหน้าห้ามไม่ให้กระทำ เคยถูกผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมรุนแรง 3 ครั้ง เช่น ถูกเขี่ยมีดใส่ ถูกไล่แทงด้วยมีด และถูกไม้ฟาดจนได้รับบาดเจ็บ “สาเหตุความรุนแรงทั้งเบิดทั้งมวลมันกะเกิดจากมั่ว ที่แรกแม่คิดว่าลูกอาจสิบได้รับความอบอุ่นบ่ ใจน้อย...อันนี้กะน่าจะถึกเมียป้า ยิ่งเสพยาบ้าเยอะยิ่งทำให้ความรุนแรงหนักขึ้นเท่าที่แม่สังเกตดูเขามา ตอนป่วยแรกๆไม่ได้ขนาดนี้พอไปวัดไปวาได้ พอกะเทินพอกำก่า เว้งง่าย ๆ แต่พอสูบมั่ว น้ำควบก้นก้าวร้าวคัก”

(สาเหตุความรุนแรงเกิดจากยาบ้า ตอนแรกคิดว่าลูกอาจจะไม่ได้รับความอบอุ่นจากแม่ ใจน้อยใจผิดหวังจากถูกแฟนทิ้ง ยิ่งเสพยาบ้าเยอะยิ่งรุนแรง ยิ่งก้าวร้าวมาก)

รายที่ 4 เพศหญิง อายุ 65 ปี เกี่ยวข้องเป็นแม่ เคยถูกผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมรุนแรง 2 ครั้ง เช่น ทบผนังบ้านและทบประตูพังเสียหายครึ่งหลัง เผาเสื้อผ้าเพื่อต้องการให้ไฟไหม้บ้านแต่ชาวบ้านช่วยกันดับทัน “เบิดที่นั่นเกิดจากยาบ้า...อีกอันกะคิดว่าน้อยใจเมียที่เขาบ่เอา แม่สิพาไปขอ แต่กะเจ้าบ่สนใจลูกเฮา กะคือ เสียใจจนต้องกินเหล้าเมายา”

(เหตุมันเกิดจากยาบ้า...ปัจจัยหนึ่งคือน้อยใจแฟน เขาไม่สนใจลูกเรา เสียใจจนต้องกินเหล้าเมายา)

รายที่ 5 เพศหญิง อายุ 76 ปี เกี่ยวข้องเป็นแม่ เคยถูกผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมรุนแรง 2 ครั้ง เช่น ทบผนังบ้านเสียหาย ใช้มีดไล่แทง และพยายามใช้มีดแทงลำตัวแต่ชาวบ้านช่วยไว้ทัน “แม่กะคิดว่ามันเป็นนำกินยาบ้า บ่มีแนวอื่น นำกินยาบ้าอย่างเดียว...แม่เปรียบเทียบความรุนแรง มันกินยาบ้ามา เฮาว่าหยังกะเบิดเบิด จั่งซี แต่ก่อนบ่ขนาดนี้...ตั้งแต่ขาดยาจิตเวชมันเป็นโสด”

(แม่คิดว่าเป็นเพราะยาบ้า...ตอนอาการกำเริบแม่พูดอะไรก็ผิดหมด เมื่อก่อนไม่รุนแรงขนาดนี้...ขาดยาจิตเวชกำเริบหนัก)

3. การป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่า ผู้ดูแลมีกลยุทธ์สำหรับการป้องกันตัวเอง เช่น การสังเกตอาการผิดปกติตั้งแต่ยังไม่รุนแรง หลีกเลี่ยงการปะทะ ไม่เผชิญหน้า หาพื้นที่ปลอดภัยอาศัยก่อน พยายามเจรจาไกล่เกลี่ย หาตัวช่วยในการจัดการกับปัญหา และพยายามอธิบายให้คนรอบข้างเข้าใจพฤติกรรมผู้ป่วย ดังคำพูดต่อไปนี้

รายที่ 1 เพศหญิง อายุ 53 ปี มีมุมมองต่อการป้องกันความรุนแรง คือ การหาช่องทางเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดความรุนแรง เช่น การอยู่ในพื้นที่ปลอดภัย ไม่ได้แย่ง และระมัดระวังคำพูดของตนเอง “คนเป็นพ่อเป็นแม่เจอแบบนี้กับตัวชีวิตไม่ได้นอนบ้านนอนเมือง เกิดเป็นมือแค้นหนีแต่ลูกอย่าเถียงมัน หลบมาอยู่บ้านน้ำมนต์ที่เคยไปรับจ้างฟันบางมือหลบอยู่น้ำพื๋องเอื้อยอ้าย ชีวิตเนาะพอปานหลุมหลบภัยระเบิด ได้บทเรียนชีวิตต้องเตรียมรับมือทุกสถานการณ์ไม่เจอกันตรงๆต้องหาที่หลบภัยก่อนอยู่ในที่ปลอดภัย...ค่อยๆอมชอม...มองหาช่องทางช่วยเหลือถึงจะมีไผ่เลยกะต้องจำเป็นเข้าหาเพื่อน บ่มีใครช่วยเหลือเลยบ่ได้”

รายที่ 2 เพศหญิง อายุ 53 ปี มีมุมมองต่อการป้องกันความรุนแรง คือ หากเห็นความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต้องป้องกันตัวเอง ในฐานะคนเห็นเหตุการณ์ห้ามเผชิญหน้าโดยตรง ประเมินสถานการณ์เสมอ หากยังรุนแรงอยู่ต้องฝึกเจรจาต่อรอง หรือให้ผู้ใหญ่บ้านมาช่วยคุย เพื่อให้ผู้ป่วยใจเย็นก่อน ถ้าผู้ใหญ่บ้านไม่สามารถจัดการได้ต้องหาช่องทางใหม่ “แม่เปรียบเทียบลูกเป็นค้อน เขาแค่ปกป้องจะของ ชนยังหนักอยู่กะต้องเ็นผู้ใหญ่บ้านมาอมชอม ให้ผู้นำหมู่บ้านมาช่วยเจรจาช่วยให้ใจเย็นขึ้น จนพ่อผู้ใหญ่เอาบ่อยู่”

รายที่ 4 เพศหญิง อายุ 65 ปี มีมุมมองต่อการป้องกันความรุนแรง คือ มองปัญหาที่เกิดขึ้นว่าผู้ป่วยต้องได้รับการรักษา ห้ามกลัวเสียหน้า ห้ามอายเพื่อนบ้าน ห้ามเผชิญหน้าโดยตรง ประเมินสถานการณ์ว่าตอนนั้นเข้าถึงใครได้ง่าย เช่น อบต. อสม. หรือตำรวจ ต้องมีคนช่วยประสานให้และพร้อมจะช่วยเหลือเรา “โทรเ็นตำรวจแม่กะบ่ได้ย้าน แต่อยากให้อสม. อบต. โทรเ็นให้ คนในเือนย่านคนเัวพื้น แม่กะบอกว่า แม่บ่คิดหยัง ตำรวจให้พาไปไล่กะไป แม่บ่ได้ว่า เพราะแม่คือนำลูกจนสิเป็นบ้าอีกคน

แม่ก็บอกว่า แม่ไม่คิดอะไร แม่เต็มใจ ตำรวจให้พาไปไหนก็ไป แม่สงวน บ่ต้องไปคิดตามคำเัวคนอื่น เขาบ่ต้องสนใจเพราะเขาเอาลูกไปรักษา เวลาแม่มีหยังกะมาปรึกษา อบต. อสม. เข้าไปหาง่าย”

รายที่ 6 เพศหญิง อายุ 60 ปี มีมุมมองต่อการป้องกันความรุนแรง คือ หาพื้นที่ปลอดภัยรับหาตัวช่วยในการจัดการโดยเร็วที่สุด เช่น ตำรวจ หมอพยาบาล ไม่ต้องเผชิญหน้าโดยตรง รอเวลาให้สงบ สักพักค่อยคุยฝึกเจรจาต่อรอง ไกล่เกลี่ยแบบเป็นมิตร “เอาตัวรอดเป็นอย่างดีไปชะก่อน บ่สู้สิเป็นจ้งได้...ซัดไปอำเภอ ไปหาตำรวจ ละกะไปหาหมอนี้ละมันจะเ็ดหยังปล่อยมันมั่งมันพั่ง บ่ห้ามบ่หยัง หลาบบ่อยากต่อสู้กับมัน พอมันใจเย็นค่อยอมชอมเอา”

รายที่ 8 เพศหญิง อายุ 52 ปี มีมุมมองต่อการป้องกันความรุนแรง คือ ห้ามเข้าใกล้ผู้ป่วยขณะที่อาการกำเริบ ให้รับหาที่ปลอดภัยอยู่ และฝึกสังเกตอาการผิดปกติ เพราะตอนคับขันไม่มีใครช่วยเราได้ “ห้ามบ่ได้ คนอื่นกะช่วยเหลือเขาบ่ได้ มันเกิดขึ้นคราวเดียว แล้วเขาไปขอความช่วยเหลือกับกะเจ้าเขากะบ่สนใจ ...ทางที่ดีคือ อยู่ห่างๆไปก่อน อย่าเพิ่งเข้าใกล้สังเกตดูท่าที่เขา ก่อน แล้วหาที่ปลอดภัยอยู่”

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ ได้ข้อค้นพบที่สามารถอภิปรายในแต่ละประเด็นได้ ตามลำดับดังนี้

1. ความหมายของสถานการณ์รุนแรง

ผลการศึกษานี้ ได้ข้อค้นพบ ประเด็นความหมายของสถานการณ์รุนแรงตามการรับรู้ของผู้ดูแลเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก ให้ความหมายว่าเป็นความรู้สึกเบือนหน้ากับการถูกกระทำให้อับอาย ขาดความน่าเชื่อถือ ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อ เื่อมระอา กับพฤติกรรม อีกทั้งได้รับคำพูดและสายตาจากคนรอบข้างเหยียดหยามตนเอง ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวจึงไม่กล้าไปขอความช่วยเหลือจากใคร สอดคล้องกับ มิเชลล์ เคลียร์รี และคณะ (2020) ได้ศึกษาความรู้สึกของผู้ดูแลธิบายว่า

มักเกิดความเบื่อหน่าย เมื่อระยะเวลาที่นานขึ้นผู้ดูแลเกิดความอับอายที่เป็นผลมาจากการถูกแบ่งแยกออกจากสังคม ถูกเลือกปฏิบัติไม่ได้รับความไว้วางใจจากสังคมรอบข้าง ละอายที่ถูกสังคมตีตัวออกห่าง⁹⁻¹⁰ มีการศึกษาของสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์ อธิบายปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง การทำให้การทำหน้าที่บกพร่อง เป็นภาระการดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่อาการสงบ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 65.9 รองลงมา คือ คู่สมรส ร้อยละ 11.4 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยคือ 10 ปี เพศหญิงมีภาระการดูแล ร้อยละ 48.6 มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 28.5¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลเพศหญิงและยังอยู่กับผู้ป่วย เห็นได้ว่า การสะท้อนความหมายความรู้สึกละตามการรับรู้ของผู้ดูแลพฤติกรรมรุนแรง โดยสรุป หมายถึงเป็นความรู้สึกเบื่อหน่ายกับการถูกกระทำให้อับอายตนเองและครอบครัวรู้สึกขาดความน่าเชื่อถือจากการก่อความรุนแรงทางคำพูด ทำทางการแสดงออก ความรุนแรงต่อทรัพย์สิน และพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง ซึ่งความรุนแรงตามคำจำกัดความ เป็นแนวคิดจากแหล่งข้อมูลสนับสนุนที่กว้างและหลากหลาย การให้ความหมายความรู้สึกละตามการรับรู้ของผู้ดูแล พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน มีความแตกต่างกันตามการรับรู้ประสบการณ์ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษานี้สะท้อนให้เกิดความเข้าใจผู้ดูแลได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้นตามการรับรู้ โดยให้ความหมายความรู้สึกละตามการรับรู้ของผู้ดูแล พฤติกรรมรุนแรงในแง่ของมุมมองความรู้สึก ที่ตนเองเกิดความเบื่อหน่ายกับการถูกกระทำให้อับอายขาดความน่าเชื่อถือ เช่น เชื้อมรณะ ท้อกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการถูกคำพูดและสายตาคบรอบข้างเหยียดหยาม จึงไม่กล้าไปขอความช่วยเหลือจากใคร ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย และยังอยู่ในช่วงติดตาม 1 ปี รับการรักษาต่อเนื่องในชุมชนซึ่งในรอบ 3 เดือน จะมีเหตุการณ์ที่สะท้อนความรุนแรงของ

ครอบครัวผู้ป่วยเกิดขึ้นซ้ำๆ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประเด็นการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ทุก 2 สัปดาห์ และปรับบริการให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายในชุมชนเพื่อให้สามารถรับฟังปัญหาของตนเองได้อย่างรวดเร็ว และไม่เงินอายเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

2. ต้นตอปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้ข้อค้นพบประเด็นต้นตอปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า การก่อพฤติกรรมความรุนแรงที่เกิดขึ้นแบบทวีคูณของผู้ป่วยในปัจจุบัน มีสาเหตุจากการเสพยาบ้ากระตุ้น และขาดการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตเวช เมื่อได้รับการกระตุ้นมักเป็นการก่อเหตุที่รุนแรงและบุคคลในครอบครัวมักจะได้รับผลกระทบเป็นบุคคลแรกจากความรุนแรงที่เกิดขึ้นและมักเกิดขึ้นในชุมชน ดังการศึกษาอัตราความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 24.6 พฤติกรรมรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อธิบายได้ว่าพฤติกรรมรุนแรงเป็นการกระทำที่มีสัญญาณเตือนจากชุมชน¹² พฤติกรรมที่พบได้บ่อย เป็นการแสดงออกของความโกรธในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูด ต่อร่างกายตนเองและผู้อื่น หรือการทำลายสิ่งของ และถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช¹³ นอกจากนี้มีการศึกษาสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง พบว่า มี 2 สาเหตุซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยภายในของผู้ป่วย เช่น การมีนิสัยใจร้อนและควบคุมตนเองไม่ได้ และสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงมาจากภายนอก เช่น คำพูดกระตุ้น การมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี และการเสพแอมเฟตามีนหรือติ่มสุรา¹⁴ สะท้อนให้เห็นว่าต้นตอของการแสดงออกของแรงขับก้าวร้าวอย่างรุนแรงเป็นผลมาจากความโกรธ ความกังวล ความตึงเครียด ความรู้สึกผิด ความอาฆาตแค้น และแสดง

พฤติกรรมออกมาอย่างรุนแรง ด้วยคำพูดหรือใช้กำลัง ที่เป็นการคุกคามอย่างอันตราย ทางร่างกาย และจิตใจ ต่อผู้อื่นและทรัพย์สิน¹⁵⁻¹⁶ ซึ่งการเริ่มต้นมาจากความโกรธ กลไกการควบคุมอารมณ์โกรธ เกือบได้ไม่แสดงออกหรือแสดงอารมณ์โกรธออกมาเป็นพฤติกรรมที่ก้าวร้าว หรือพฤติกรรมที่รุนแรง เป็นลักษณะเริ่มต้นของวิธีการทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง ก่อเหตุรุนแรง การทำให้หวาดกลัว สะเทือนขวัญในชุมชน ให้ตระหนักว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

มุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน สะท้อนให้เห็นว่าต้นตอปัญหาพฤติกรรมความรุนแรงที่ทำให้การก่อความรุนแรงเกิดขึ้นแบบทวีคูณมีสาเหตุจากการเสพยาบ้ากระตุ้นและขาดการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตเวช จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยก่อเหตุซ้ำ อย่างน้อย 2 ครั้ง ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่มีประสบการณ์ตรงกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย สะท้อนลักษณะอาการเตือนก่อนที่จะก่อความรุนแรง อาทิเช่น เดินบ่อย พยายามเดินหนีออกจากสถานการณ์ที่กดดัน ช่มชู้ ดุด่า พุดมากขึ้น บางรายไม่พูดไม่ยอมตอบคำถามกับใคร มีพฤติกรรมหักนิ้วมือตนเองให้เกิดเสียงดัง พยายามโยนสิ่งของเพื่อแสดงให้คนอื่นรู้ว่าตนเองมีกำลัง เป็นต้น ลักษณะอาการเตือนเกิดขึ้นตั้งแต่ทันทีทันใดไปจนถึง 2 ชั่วโมง เป็นสิ่งที่ญาติสะท้อนว่าต้องพยายามหาพื้นที่ปลอดภัย เตรียมหลีกเลี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายกับตนเอง และต้องรีบขอความช่วยเหลือภายใน 2 ชั่วโมง ฉะนั้นการสังเกต เฝ้าระวัง ติดตามปัญหาตั้งแต่ครอบครัว หรือชุมชน ที่ผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิด จะทำให้สามารถป้องกันปัญหา ก่อนการเกิดความรุนแรงต่อชีวิตและทรัพย์สินได้อย่างทันที่

3. การป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีน

ปีที่ 51 ฉบับที่ 2 ■ พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

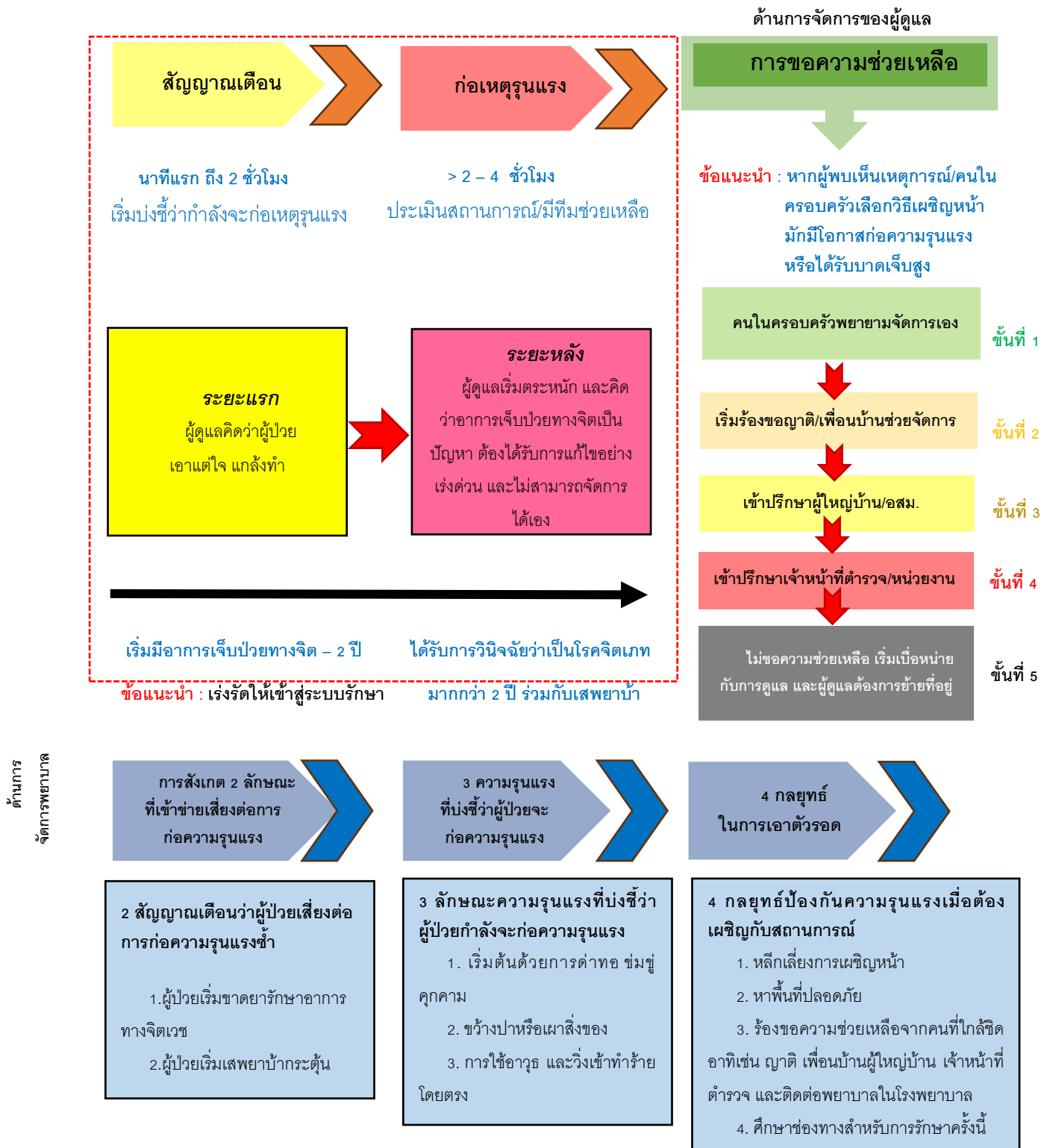
ผลการศึกษาได้ข้อค้นพบการป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนตามการรับรู้ของผู้ดูแลเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การมีกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามประสบการณ์ของตนเองที่ใช้กับสถานการณ์ที่รุนแรง เป็นการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย หาพื้นที่ปลอดภัย พยายามร้องขอความช่วยเหลือจากคนที่ใกล้ชิดในสถานการณ์วิกฤติ และศึกษาช่องทางบริการสำหรับการรักษาอาการทางจิตเวชทันที เพื่อลดการคุกคามจากสถานการณ์การก่อความรุนแรงของผู้ป่วย สอดคล้องกับคามิลและเวลลิแกน อธิบายว่าการอบรมทักษะสำหรับการเตรียมความพร้อมในการรับมือเมื่อเกิดภาวะวิกฤติเป็นสิ่งจำเป็นของผู้ดูแล¹⁷ ทำให้ระบบบริการสุขภาพด้านการเตรียมความพร้อมของห้องฉุกเฉินในพื้นที่ที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่กระบวนการประเมินความรุนแรง การวินิจฉัยแยกโรคอาการทางกาย แนวทางส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่แบบครบวงจร มีความจำเป็นอย่างมากในการจัดการอย่างเป็นระบบ¹⁸ แสดงให้เห็นว่าการลดอันตรายจากการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าของผู้ดูแลได้รับความปลอดภัย¹⁹ จะเห็นได้ว่า การมีรูปแบบในการดูแลที่สอดคล้องกับกลยุทธ์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้สามารถจัดการอย่างถูกวิธีและเหมาะสมตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ทำให้ได้รับความปลอดภัย อันเป็นรากฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพก่อนเข้าสู่ระบบของโรงพยาบาล อีกทั้งหากมีความรู้ลึกที่ตนเองการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือสังคม จะสามารถประคับประคองผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น เพราะอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเปรียบได้กับประตูบานหมุนที่สามารถกลับเป็นซ้ำได้ตลอด กลยุทธ์นี้จึงถือเป็นอาวุธที่สำคัญในการ

วางแผนดูแลระยะยาว²⁰ ในมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชน สะท้อนให้เห็นว่า ในด้านการจัดการของบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยมีวิธีการที่คนในครอบครัวพยายามจัดการเอง เมื่อไม่สามารถจัดการได้จะเริ่มร้องขอญาติ หรือเพื่อนบ้านช่วยจัดการเบื้องต้น หากยังไม่สามารถจัดการได้จะพยายามปรึกษาผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ปรึกษาเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่ หรือหน่วยงานที่ญาติสามารถติดต่อได้ เพื่อใช้เป็นช่องทางในการยุติปัญหา ความรุนแรงให้เร็วที่สุด และเมื่อไม่สามารถจัดการได้ ผู้ดูแลสะท้อนว่าจะไม่ขอความช่วยเหลือ เพราะเกิดความรู้สึกเบื่อกับการดูแล และต้องการย้ายที่อยู่ เห็นได้ว่าการวางแผนการการพยาบาลที่เป็นกลยุทธ์สำหรับการป้องกันตัวเองของผู้ดูแล มีความสำคัญอย่างมากที่บุคคลากรสาธารณสุขต้องเน้นย้ำการออกแบบลักษณะการจัดการรายกรณีตามลักษณะบริบทพื้นที่ชุมชน ให้ผู้ดูแลตระหนักและสามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัยและทันทั่วทั้งที่

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมินความพร้อมการรับรู้ ทักษะคติของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออก

จากโรงพยาบาล และเพื่อการส่งเสริมทักษะการแก้ไขปัญหาในครอบครัว มุ่งเน้นทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยที่เหมาะสม เพื่อลดโอกาสการก่อความรุนแรง ประยุกต์ใช้กลวิธีการขอความช่วยเหลือเชิงระบบในพื้นที่ชุมชน อีกทั้งครอบครัวและชุมชนสามารถจัดสรรทรัพยากรบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านการจัดการกับผู้ป่วยภาวะวิกฤติสุขภาพจิตในพื้นที่ชุมชนได้ เรียนรู้กลยุทธ์การจัดการในสถานการณ์ของบริบทชุมชน เพื่อป้องกันการก่อเหตุซ้ำ อันจะนำมาซึ่งการสูญเสียต่อร่างกาย จิตใจ ชีวิตและทรัพย์สินของครอบครัว ชุมชน และสังคม พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชายที่เสพแอมเฟตามีนในชุมชนโดยตรง ควรนำข้อค้นพบนี้วางแผนเพื่อให้ความรู้รายกรณีให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีกลยุทธ์สำหรับการป้องกันตัวเองที่เหมาะสม ด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยโดยตรง หาพื้นที่ปลอดภัย พยายามร้องขอความช่วยเหลือจากคนที่ใกล้ชิดในสถานการณ์วิกฤติ และศึกษาช่องทางบริการสำหรับการรักษาอาการจิตเวชทันทีที่กำลังเผชิญเหตุ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับสถานการณ์ภาวะวิกฤติสุขภาพจิตในพื้นที่ชุมชนได้อย่างเหมาะสม



แผนภาพ แนวคิดกลยุทธ์การจัดการของผูดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสพยาแอมเฟตามีนในชุมชน
(ภาณุรัตน์ ศรีมงคล และณัฐกร พิชัยเชิด, 2567)

Reference

1. Mantana Kittipeerachon, Pattama Sirivech, Burin Suraaroonsamrit, Wee Mekwilai. Handbook of care for patients with schizophrenia for hospitals in health areas (Medical Edition). Nonthaburi: Victoria Image Company Liited; 2016. Thai.
2. Schultz Jm, Videbeck SL. Lippincott' manual of psychiatric nursing care plans. Philadelphia: Lippincott; 2013.
3. Department of Mental Health Ministry of Public Health. Report health data center department of mental health in Thailand [internet]. 2023 Apr 30 [cited 2024 Apr 16]; Available from:<https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>. Thai.
4. Kwansuda Boontoch, Amornrat Sricamsuk Saito, Suwanna Arunpongpaisal. Social support in patients with schizophrenia. Journal of the Psychiatrist Association of Thailand. 2013;58(1):89-100. Thai.
5. Wilawan Klaraeng, Araya Jiramanasawong , Payom Tantajanya, Tanyada Inngern, Natcha Pluangngam, Rujisan Surataworn. Lived experiences of primary caregivers in preventing relapse of the disease in schizophrenia patients. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2022;5(3):53-67. Thai.
6. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
7. Patton M. Qualitative evaluation and research methods. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publishing; 2002.
8. Lincoln Ys, Guba EG. Natualistic inquiry. United States: SAGE Publications Inc; 1985.
9. Cleary M, West S, Hunt GE, McLean L, Kornhaber R. A qualitative systematic review of caregiver's experiences of caring for family diagnosed with schizophrenia. Issues in Mental Health Nursing. 2020;41(8):667-683.
10. Yang CI, Hsieh MY, Lee LH, Chen SL. Experiences of caring for a sibling with schizophrenia in a chinese context: a neglected issue. International Journal of Mental Health Nursing. 2016;26(4): 409-417.
11. Sirinrat Sangsirilak. Burden among caregivers of schizophrenia patient. Medical Journal of Sisaket Surin Buriram Hospitals. 2016;31(3):139-48. Thai.
12. Siripun Thanunchai, Jintana Yunibhand. Selected factors related to violent behavior of schizophrenic patients in community. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2011;25(3):24-37. Thai.

13. Panya Thongtup, Kritaya Sawangchareon. Violent behavior of schizophrenic patients and violent management of family. Journal of Nurses' Association of Thailand, North- Eastern Divison. 2013;31(4):121-27. Thai.
14. Panurat Srimungkhul, Narisa Wongpanarak. Self-perceptions of Violent Behaviors in Males with Schizophrenia and Amphetamine Addiction. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2022;23(3):408–17. Thai.
15. Yudofsky S, Silver JM, Jackson W. The overt aggressive scale for the objective rating scale of verbal and physical aggression. American Journal of Psychiatry. 1986;143(1):35-39.
16. Akkaradech Klinpiboon. Management of model aggressive behavior in psychiatric hospital for nursing personnel. Sisaket: Sumnukpimpanthong Company Limited; 2018. Thai.
17. Kamil SH, Velligan DI. Caregiver of individuals with schizophrenia: who are they and what are their challenges?. Wolters Kluwer Health. 2019;32(3):157-163.
18. Porntip Wachiradilok, Suradech Dounghthipsirikul, Teera Sirisamutr, Aunchulee Neungaud. Seamless and integrated emergency medical services system for mental health crisis patients in Thailand. Journal of Health Systems Research. 2023;17(2):264-278. Thai.
19. Mestdagh A, Hansen B. Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;49(1):79-87.
20. Adnanes M, Cresswell- Smith J, Melby L, et al. Discharge planning, self- management, and community support: strategies to avoid psychiatric rehospitalization from a service user perspective. Patient Education and Counseling. 2019;103(5):1033-1040.