

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม จังหวัดยะลา
Experiences of Muslim Caregivers to Home Care for Psychiatric Patients in Yala Province

วานีตา สามะ*¹, พุสนีย์ แก้วมณี¹, เปรมฤดี ดำรงค์¹, ศุภวรรณ สีแสงแก้ว¹, และ อับดุลมุฮัยมิน แว²
 Waneeta Samoh^{1*}, Pootsanee Kaewmanee¹, Premrudee Damrak¹,
 Supawan Srisangkaew¹ and Abdulmuhaimin Wae²
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{1*}, โรงพยาบาลยะลา²
 Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute^{1*},
 Yala Hospital²

(Received: April 23, 2021; Revised: September 15, 2021; Accepted: September 28, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม จังหวัดยะลา คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 12 ราย อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองยะลา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล ระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามแนวคิดของลินคอร์นและคูบาและตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย ผลการวิจัยพบว่า

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน คือ 1) การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชของคนในครอบครัว 2) การเจ็บป่วย คือบททดสอบจากพระเจ้า 3) สิ่งที่เรียนรู้จากการดูแล 4) ความช่วยเหลือที่สำคัญ

ผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิมมากขึ้น บุคลากรทางสุขภาพสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลมุสลิม และยังเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม และเป็นแนวทางในการเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชได้

คำสำคัญ: ผู้ดูแลมุสลิม, ผู้ป่วยจิตเวช, ประสบการณ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: waneeta@bcnyala.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 082-3675447)

Abstract

This phenomenological research aimed to explain experiences of caregivers of psychiatric patients into home care facilities in Yala Province, in a Muslim cultural context. Participants were 12 caregivers of psychiatric patients living in Mueang Yala district. They were recruited by purposive sampling method from April to July, 2020. Data were collected by using individual semi-structured interviews, and analyzed using content analysis. To establish credibility of the research, Lincoln and Guba criteria were used, along with confirmability of data of member as well as peer debriefing.

The results were classified into 4 main issues: 1) perceptions of family psychiatric illness, 2) illness as God's test, 3) learning from taking care, and 4) important helps.

The results of this study provided a better understanding of caregivers' experiences in caring for psychiatric patients at home in a Muslim cultural context. Health workers can use the research findings as a basis for mental health care for patients and caregivers in accordance with context, culture, beliefs, and lifestyle, as well as a way to develop a psychiatric patients' home care model for caregivers or as a guideline.

Keywords: Caregivers, Psychiatric Patient, Experience, Muslim

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตในสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว แม้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก็ยังคงมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ และคงมีอาการหลงเหลือ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ เกิดความพิการเรื้อรังเป็นภาระต่อครอบครัว และสังคม (Lotrakul & Sukanich, 2015) โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวด้านกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาให้ต่อเนื่อง การอยู่ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ดี จะเป็นผู้ที่มีความรู้ ได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็น มีแหล่งให้คำปรึกษาและได้รับการสนับสนุนจากชุมชน (Meesri & Dangdomyouth, 2012) ผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้เหมือนบุคคลปกติทั่วไป ส่วนผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี มักจะมีปัญหาด้านสุขภาพจิต พร่องความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มักแสดงอารมณ์โกรธ พุดตำหนิผู้ป่วย พุดส่อเสียด ทำร้ายร่างกายผู้ป่วย เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และเกิดอาการทางจิตกำเริบได้ (Damruk, Thongprapai, 2019)

นโยบายการดูแลสุขภาพจิตในปัจจุบัน ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยทางจิต ได้กลับสู่ชุมชนและให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น ซึ่งการศึกษาของ (Chetchaovallit, Christraksa & Wae-Alee, 2017) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน มีความต้องการได้รับการดูแลตามความเชื่อศาสนาและวัฒนธรรมอีกด้วยซึ่งการดูแลสุขภาพจิตเวชของผู้ดูแลมุสลิม เป็นวัฒนธรรมการดูแลตามความเชื่อ ทางศาสนาอิสลามมาใช้ร่วมในการดูแลทั้งในด้านการแสดงออก การสื่อสาร อาหาร การแต่งกาย พฤติกรรมต่าง ๆ ตามหลักศาสนาและวัฒนธรรม ที่ได้รวมการดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมที่การดูแลมีการเคารพนับถือ และให้คุณค่าของมนุษย์ของผู้ป่วย โดยยึดหลักจริยธรรมเป็นหัวใจสำคัญ (Artsanthia & Chaleoykitti, 2016) ในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทั้งวิจัยเชิงคุณภาพ และวิจัยเชิงปริมาณ แต่ประเด็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามวัฒนธรรมและตามความเชื่อของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นยังมีอยู่น้อย ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยของชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลามส่วนใหญ่ นั้น จะยึดหลักการ

ศาสนาอิสลาม ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การศุอ์อาร์เพื่อขอจากพระเจ้าให้หายจากอาการป่วย เชื่อว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความประสงค์จากอัลลอฮ์ที่ถูกกำหนด การเสกเป่าและลูบร่างกาย การฟังเสียงการอ่านอัลกุรอาน เป็นต้น (Tohma, Al-fariti, Masarakama, Masoh, Shawo, Radeang, et al, 2019) ซึ่งเป็นความเชื่อที่แตกต่างจากบริบทอื่น รวมถึงผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลาม มีความต้องการการดูแลผู้ป่วยตามหลักการของศาสนา และวัฒนธรรมของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม จังหวัดยะลา โดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยสามารถทำความเข้าใจ ความหมาย ความคิด ความรู้สึกที่เป็นจริง ตามการรับรู้และการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลในสถานการณ์นั้น รวมทั้งภูมิหลัง ได้แก่ อายุ การศึกษา วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคมตามประสบการณ์ในมุมมองของผู้ดูแล ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุขไปปฏิบัติได้สอดคล้องกับหลักการของศาสนา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่ออธิบายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของผู้ดูแลมุสลิม จังหวัดยะลา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 12 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลเดือนเมษายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2563 สถานที่เก็บข้อมูลคือบ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดยะลา การสัมภาษณ์ดำเนินการจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลัก (พ่อแม่, ญาติ, พี่น้อง, สามเณร/ภรรยา)
2. ดูแลผู้ป่วยนานมากกว่า 6 เดือน
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษามลายู (ภาษาท้องถิ่นของมุสลิมในภาคใต้)
4. อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครยะลา
5. ยินยอมในการให้ข้อมูล
6. ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน เช่น ป่วยด้วยโรคติดต่อ (Covid-19) หรือป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่สะดวกในการให้ข้อมูล

7. ไม่ย้ายที่อยู่อาศัยขณะทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพ, จำนวนสมาชิกในครอบครัว, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ระดับการศึกษา, อาชีพ, ภาระอื่น ๆ ที่ต้องดูแล, โรคประจำตัว, ผู้ป่วยที่ดูแลเจ็บป่วยด้วยโรค, และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แนวคำถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์วิจัย ประกอบด้วยแนวคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช “อยากให้คุณช่วยเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตตั้งแต่แรกหน้อยคะ” (มีการดูแลอย่างไรบ้าง มีใครช่วยดูแลบ้าง วิธีการดูแลตามความเชื่อ/ศาสนา) 2) ความรู้สึกเมื่อทราบว่าญาติป่วยทางจิต 3) ปัจจัยที่ประสบความสำเร็จ/ขัดขวาง ในการดูแลผู้ป่วย

2. เครื่องบันทึกเสียง
3. สมุดจดบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถาม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยในชุมชนจำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้จบปริญญาโทสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ทั้งฉบับ เท่ากับ .84 และค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .70-1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและปรับแนวคำถามให้เข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตเทศบาลนครยะลา เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง นัดหมายกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สอบถามความสมัครใจการให้ข้อมูล เพื่อนัดหมายการสัมภาษณ์ตามวัน เวลา สถานที่ให้ข้อมูล มีการสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยและเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงลงเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล (Individual Interviews) ซึ่งเป็นการสนทนาโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลของบุคคลในมุมมองต่อประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด และพูดคุยแบบไม่เป็นทางการตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น และใช้การหยั่งลึก (Probe) เมื่อจำเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม และอ้อมตัวในประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยมีการบันทึกขณะสัมภาษณ์

ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย มีการสัมภาษณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง แต่ไม่เกิน 3 ครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความอ้อมตัวของข้อมูล และความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-60 เป็นสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก มีการนัดหมาย วัน เวลา ในการสัมภาษณ์ ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เมื่อสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนัดสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

2. การบันทึกภาคสนาม (Field Note) ผู้วิจัยจะสังเกตปฏิบัติการ การแสดงทางอารมณ์ หรือพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลทั้งในช่วงก่อน ขณะ และหลังการสัมภาษณ์ และจะมีการจดบันทึกปฏิบัติการเหล่านั้นหลังจากเสร็จสิ้น การสัมภาษณ์ทันที แต่จะไม่มีการจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์

3. การสะท้อนความคิด (Reflexivity) โดยผู้วิจัยจดบันทึกการสะท้อนความรู้สึกความคิด (Reflexive Journal) ของตนเองในสิ่งที่พบเห็นและเกิดขึ้นในระหว่างการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเป็นการระมัดระวังในการไม่นำเอาความรู้สึกของตนเองไปตีความเหตุการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลพร้อม ๆ กับการรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ทราบประเด็นที่ต้องสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) (Crabtree & Miller, 1992) มีขั้นตอนดังนี้

1. การจัดแฟ้ม (Establishing Files) คือการนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทบทวน แยกแยะ และจัดหมวดหมู่

2. การลงรหัสข้อมูล (Coding the Data) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาลงรหัสหมวดหมู่ของข้อมูล

3. การจัดประเภทของข้อมูล (Identify Unit) จัดประเภทของข้อมูลโดยพิจารณาจากรหัส นำรหัสของข้อมูลที่มีอยู่มารวบรวมในการจัดประเภท ข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจะจัดอยู่ด้วยกัน

4. การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ (Developing Categories) นำข้อมูลที่จัดประเภทโดยแยกประเภทเป็นหัวข้อย่อย ๆ โดยแต่ละหัวข้อย่อยมีความสอดคล้องในเนื้อหา และมีการแจกแจงความถี่ของค่าหรือข้อความที่ปรากฏในเนื้อหา มีการตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์และตีความเพื่อพัฒนาและสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล

5. การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (Interpretively Determine Connections) นำหมวดหมู่ของข้อมูลที่จัดได้มาหาความสัมพันธ์กัน

6. การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) นำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล

7. การสรุปและรายงานการวิจัย (Report) ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา การเขียนรายงานมีความคิดรวบยอดที่สมบูรณ์ กระชับ ชัดเจน และมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive Explanation)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามแนวทางของ (Lincoln & Guba, 1985) ซึ่งมีเกณฑ์ 4 ข้อ ได้แก่

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านวิธีการรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยนัดสัมภาษณ์ในสถานที่และเวลาที่แตกต่างกัน มีการจดบันทึกสะท้อนความรู้สึกความคิดของตนเองในระหว่างการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเป็นการระมัดระวังในการไม่นำเอาความรู้สึกของตนเองไปตีความเหตุการณ์ของผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ไปถอดเทปแบบคำต่อคำ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยนำข้อสรุปที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูล (Member Checks) ตรวจสอบความถูกต้อง

2. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) ผู้วิจัยใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการจดบันทึกภาคสนาม ตลอดจนนำผลที่ได้มาตรวจสอบ วิเคราะห์ และอภิปราย ร่วมกับผู้วิจัยคนที่ 3 และคนที่ 4 เพื่อลดอคติจากการวิเคราะห์และตีความข้อมูล

3. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม สามารถนำผลการวิจัยไปใช้อธิบายในกลุ่มที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

4. ความสามารถในการยืนยันผล (Confirmability) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการสร้างแนวคำถาม เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษาและผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ และบันทึกรายละเอียดการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบ และยืนยันที่มาของข้อมูลได้

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา เอกสารเลขที่ BCNYA 03/2563 วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลโดยอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ความเสี่ยงต่อผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีความเสี่ยงที่น้อยมาก มีการปกปิดข้อมูล ใช้รหัสหมายเลขแทนชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล รายชื่อของผู้ให้ข้อมูลจะไม่ปรากฏในรายงานใด ๆ และผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ผู้ให้ข้อมูลลงชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนการดำเนินการวิจัย มีการนัดสัมภาษณ์และบันทึกเสียงรายบุคคลตามวันและเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ในระหว่างสัมภาษณ์หากพบว่าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสะเทือนใจกับเรื่องราวที่เล่า ผู้วิจัยหยุดสัมภาษณ์และให้การดูแลด้านจิตใจ และดำเนินการสัมภาษณ์ต่อหลังจากผู้ให้ข้อมูลยินดีให้สัมภาษณ์ โดยผู้ให้ข้อมูลได้รับค่าชดเชยในการสละเวลาเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านทั้งหมด 12 คน ทุกคนเป็นเพศหญิงและนับถือศาสนาอิสลาม อายุเฉลี่ย 54.42 ปี ($SD=8.34$) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 50) มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 3-5 คน (ร้อยละ

50) มีความสัมพันธ์ในครอบครัว (ยาย, มารดา, บุตร, พี่น้อง) (ร้อยละ 100) ส่วนมากจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ทำสวน กรีดยางพารา (ร้อยละ 66.67) ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 1,000-3,000 บาท (ร้อยละ 41.67) ทุกคนมีภาระที่ต้องดูแลครอบครัว (เช่น ดูแลบุตร ดูแลสามี) ผู้ดูแลส่วนมาก (ร้อยละ 67) มีโรคประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม เครียดจนต้องรับประทานยาจิตเวช ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 13.42 ปี ($SD=6.04$) ผู้ป่วยที่ดูแลส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคจิตเภท (ร้อยละ 66.67) และโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคอารมณ์สองขั้ว โรควัยคิดวัยทำ (ร้อยละ 33.33)

ส่วนที่ 2 ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม จังหวัดยะลา

ผลการศึกษาประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม เมื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเด็นหลักคือ

1. การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชของคนในครอบครัว

การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยในระยะแรก ส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่ได้รับรู้ว่าผู้ที่อยู่ในความดูแลป่วยด้วยโรคทางจิตเวช แต่รับรู้ว่ามีผิดปกติ และเชื่อว่าอาจเกิดจากการถูกของ หรือเป็นโรคมืด (ไสยศาสตร์) และได้รับการรักษาจากหมอบ้าน ในระยะต่อมาเมื่อรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือมีผู้แนะนำจึงเข้ารับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนความรู้สึกเมื่อรับรู้ว่ามีผู้ที่อยู่ในความดูแลป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มีความรู้สึก กลัว วิตกกังวล เป็นห่วง เครียดเหนื่อย รู้สึกท้อ และอับอาย ร่วมกับ ร้อยละ 50 ของผู้ดูแลมีโรคประจำตัว และร้อยละ 25 มีภาระต้องดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว ทั้งเด็ก และคนที่เจ็บป่วย จึงทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ แต่สิ่งที่ช่วยให้สามารถผ่านมาได้คือ ความรักที่มีต่อกัน และการฝากฝังจากมารดาที่เสียชีวิตไปแล้ว

1.1 ระยะแรกรับรู้ว่ามีผู้ป่วยถูกของ หรือเป็นโรคมืด

“คนแก่ก็ไม่รู้ พวกเราก็มารู้ใช้ใหม่ว่าเป็นแบบนี้ ไม่รู้ว่าเป็นแบบนี้ นึกว่าถูกของ คือคนเมื่อก่อนเขาคิดอย่างนั้น พอนึกว่าถูกของ ก็รักษาแบบหมอบ้านตามทั่วไปในพื้นที่ ไปหาหมอก็ก็นั่นนั่นแบบนั้น มีให้น้ำมนต์ ให้แบบนั้นแหละ รักษาอยู่ประมาณ 1 ปีกว่า” (A2)

“เคยรักษากับหมอบ้าน ให้ตีหมอนานา (น้ำที่ผ่านการสวดขอพรให้หายจากการเจ็บป่วย) ที่เขาเตรียมให้ เขาบอกว่าโดนของ แต่จริง ๆ แม่เป็นโรคประสาท” (A2)

“รักษากับอุสตะ...ตลาดเก่า พอตีตอนแรกคิดว่าลูกสาวถูกคนทำของใส่ กลัวพวกภูิน พวกโรคมืดอะไรแบบนี้ พอไปแล้วอุสตะบอกว่า ไม่ใช่ ไม่ใช่ภูิน ไม่ใช่ผี ถ้าเป็นแบบนี้จริง ๆ อุสตะจะรู้สึกขนลุกแล้วอุสตะบอกน่าจะเป็นโรคทางจิตใจ ต้องพาไปโรงพยาบาล” (A8)

1.2 เมื่อรับรู้ว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

“เวลาเขาอาละวาด แม่ก็รู้สึกกลัว เคยมีครั้งหนึ่งหลังกลับมาจากโรงพยาบาล หลังคลอดลูกคนเล็ก ลูกคนนี้ (ผู้ป่วย) กำลังหาเสื้อ แล้วหาไม่เจอ เลยเข้ามาบีบคอแม่ กลัวจนน้ำตาไหล....แล้วเขาโยนข้าวของหมดเลย”(A11)

“ก็ตกใจเหมือนกัน แรก ๆ ที่ลูกจะเริ่มป่วย แต่ก่อนตนเคยขายข้าวยามา เขาขโมยเงินไปหมด จนทำให้ร้านเจ๊งเลย พอไม่ให้ก็จะทำลายข้าวของ เทข้าวสารบ้าง เราก็ร้องไห้น้ำตาไหล น่อง ๆ เขาก็กลัว ไม่มีใครกล้าเข้าใกล้” (A11)

“รู้สึกอย่างไรละ รู้สึกผวา ๆ กลัว กังวล บางทีนะ เราก็คงเป็นไมเกรนเหมือนกันนั่นแหละ นอนไม่ได้ตอนที่แก่ (ผู้ป่วย) อาละวาด กะห์ (เรียกแทนตัวเองว่าพี่สาว) จะบอกให้นะ ขนาดจับเขา (ผู้ป่วย) อยู่นะ ข้างกระถางต้นไม้กระเด็นเลย ไม่มีใครจับได้ ไปลงบ่อ กระโดดลงบ่อก็ไปช่วย กลับมารอด เขานั่นแหละกระโดดลงบ่อเอง เขาบอกว่าจะมีคนมาฆ่าเขา เลยกระโดดลงบ่อ พวกพี่ ๆ ยังไม่มีใครมาตามเลย ไม่มีใครวิ่งได้เลย มีแต่คนอ้วน ๆ ทั้งนั้น เมื่อก่อนผมแบบนั้นแหละ วิ่งได้ ช่วยเขาเองคนเดียว” (A2)

“เป็นห่วง กลัวว่าจะไปไหน เดินเท้าตามหา ปั่นจักรยานก็ไม่ใช่ ขับรถจักรยานยนต์ก็ไม่ใช่ เดินตามหากัน ไปถามชาวบ้านว่าเห็น (ชื่อผู้ป่วย) บ้างไหม ชาวบ้านก็บอกว่าเห็นนะเมื่อกี้ แต่ออกไปไหนแล้วก็ไม่รู้” (A3)

“อยู่ไม่ได้แล้ว แบบเราก็เครียด ลูกก็อ่อน ตอนนั้นลูกอ่อนอยู่ ลูกไม่ก็เดือนเอง ห่วงก็ห่วงลูก ไหนก็พี่ชาย(ผู้ป่วย) อีก” (A2)

“ต้องดูแลทั้งคุณพ่อและ...(ชื่อผู้ป่วย)...พร้อมกัน....ลำบากค่ะ แต่ก็น้องสาวก็คอยช่วยด้วยอีกแรง” (A10)

“พอรู้ว่าลูกเป็นผู้ป่วยจิตเวชก็เริ่มรู้สึกท้อใจในการใช้ชีวิตมากขึ้น จะทำอะไรก็ลำบาก ต้องทำงานมาดูแล มาคอยเตรียมอาหาร บางครั้งก็ไม่อยากทำอย่างอื่นแล้ว รู้สึกเหนื่อย” (A11)

“ตอนแม่ (ผู้ป่วย) ป่วยแรก ๆ นั้น นอนแก้ม้า นุ่งผ้าผืนเดียว นอนอยู่ที่ลานหน้าบ้าน รู้สึกอายนานคนอื่นมาก” (A5)

1.3 สิ่ง чтоช่วยให้อาการดีขึ้น

“พี่ (ผู้ป่วย) ของเรา เราไม่ยอมให้ปล่อยให้เดินเหมือนกับที่อยู่ในตลาดหรือ โห... ทำใจไม่ได้ ถ้าไม่ดูแลก็อยู่บนถนนโน่นแหละ... นึกถึงพี่ชายเรา ถ้าเราปล่อยไม่ดูแล ก็คิดว่า แล้วลูกหลานเขาไปไหนละ ทำไมปล่อยให้พ่อแม่เดินแบบนี้ เราคิดถึงพี่ชายเราเพราะว่าพี่ชายเราเป็นแบบนี้ เรารับไม่ได้ เราไม่อยากให้เป็นแบบนี้” (A2)

“แม่สั่ง แม่สั่งให้ดูแล กำลังใจอยู่นั้นแหละ แม่ฝากไว้ ดิฉันอยู่ที่คุณแม่ฝากไว้นั้นแหละ ก็เป็นเหมือนหน้าที่ที่แม่ฝากเราไว้ นั้นแหละทุกวันนี้” (A2)

“มีแต่ญาติ ๆ นี้แหละ ญาติคือกำลังหลัง ญาติ พี่เขย หลาน ช่วยกัน เวลาแก้อาละวาด ชวนพวกหลานนี้แหละ ตามแกกลับมามา อ้อ ๆ ให้กินยา ก็กิน”

2. การเจ็บป่วย คือบททดสอบจากพระเจ้า

ผู้ดูแลส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นถึงการนำหลักคำสอน และหลักปฏิบัติมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และดูแลจิตใจตนเอง ตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม ที่ถือว่าการเจ็บป่วยเป็นการถูกทดสอบจากพระเจ้า และการเจ็บป่วยจะช่วยปลดเปลื้องความผิดหรือบาปของเรา เช่น การดูแลผู้ป่วยเป็นการทดสอบจากพระเจ้า เมื่อเราถูกทดสอบบาปของเราก็จะลดลง เมื่อเราทำสิ่งดี ๆ ตามหน้าที่ พระเจ้าจะตอบแทนสิ่งดี ๆ กลับมา หรือการนำหลักปฏิบัติมาใช้ เช่น ละหมาด ขออูอาห์ (ขอพร) การอ่านอัลกุรอาน การถือศีลอดช่วงเดือนรอมฎอน หรือการช่วยเหลือผู้อื่น จะช่วยปลดเปลื้องบาปชั่วร้ายออกไป และทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับสิ่งดี ๆ กลับมา

“แค่การทดสอบเล็ก ๆ จริง ๆ มามา มีลูกตั้ง 7 คน มีหลาน 23 คน ลูกมามา คนอื่น ๆ ร่างกายจิตใจ สมบูรณ์หมดเลย มีงานทำ เลี้ยงตัวเองได้” (A8)

“เราก็มอบหมายต่อพระเจ้าเนอะ เราทำหน้าที่เราให้ดีที่สุด แล้วพระองค์ก็จะตอบแทนสิ่งดี ๆ มาให้เรา” (A5)

“แรก ๆ ก็ท้อหลัง ๆ ก็ทำใจยอมรับคิดว่าน่าจะเป็นบททดสอบจากอัลลอฮ์ ลูกเรา ก็ต้องดูแล เราต้องอดทนกันต่อไป”(A10)

“เราก็ละหมาดขออูอาห์ (ขอพร) แบบนั้นแหละ บททดสอบเรา” (A2)

“เตาบัต (ขออภัยโทษ) ต่ออัลลอฮ์เยอะ ๆ ขออูอาห์(ขอพร) อัลลอฮ์อยู่ตลอด ..(ชื่อผู้ป่วย)..ก็ละหมาดด้วย ช่วงเดือนรอมฎอนก็ถือศีลอดทำตามแม่บอก”(A10)

“ขออูอาห์(ขอพร)ตลอด ให้ลูกปลอดภัย ให้อยู่กับคนอื่นได้ และละหมาดครบ 5 เวลา บางครั้งก็เหนื่อยจนรู้สึกท้อ จนไม่อยากละหมาดแล้ว สามีกก็คอยบอกว่าอย่าทิ้งละหมาด ทุกอย่างพระเจ้ากำหนดไว้แล้ว ” (A11)

“อุสตะ(ครูสอนศาสนา/ผู้รู้) ให้อายติ(บท) อัลกุรอานให้มา(แม่) กลับมาอ่าน แล้วเป่าๆให้ลูกสาวส่วนใหญ่เป็น อายติ (ชื่อบทในอัลกุรอาน) กุรซี อัลบาคอเราะห์, อัลบาคอเราะห์นี่ อุสตะบอก ถ้าอ่านไม่ได้ก็ให้เปิดทิ้งไว้อย่างน้อย 72 ชั่วโมงในบ้าน จะทำให้คุณ (วิญญาณร้าย) หายไปจากบ้าน แล้วอายติกุรซีนี่จะเป็นเหมือนรั้วล้อมสิ่งไม่ดี ออกจากตัวเรา”(A8)

“ไม่ค่อยเครียด เพราะมามา มีเพื่อนเยอะ ได้ออกไปพูดคุยกับคนอื่น ๆ มามาไปสอนอัลกุรอาน ช่วยอาบน้ำศพ ไม่เครียดแล้ว ก็คิดตลอดว่าคือบททดสอบ เพียงเล็กน้อยที่เราได้รับ เราถูกทดสอบ บาปของเราก็จะลดลงด้วย”(A8)

3. สิ่งที่เรียนรู้จากการดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยสะท้อนถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแล ได้เรียนรู้สัญญาณเตือนที่แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือเป็นมากขึ้นและมีการผูกยึดบ้าง การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามแผนการรักษา วิธีการจัดการเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และการจัดกับพฤติกรรมรุนแรง หรือพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

3.1 สัญญาณเตือนที่แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

“ก็เที่ยวไปทุบรถคนอื่น รถพี่ของเขา ไม่ทันจะห้าม” (A1)

“เวลาเขาอาละวาด เขามีดพร้าไล่จะมาฟันเรา เราก็จะหนีไปอยู่บ้านญาติ” (A5)

“แกจะนั่งซิม แล้วก็คุยคนเดียว หัวเราะคนเดียว คนไม่รู้ว่าจะแกเป็นแบบนี้ แต่เราดูแลแกมานาน เราไม่รู้” (A2)

“เขาก็เดินเรื่อยเปื่อย คุยไปเรื่อยเปื่อย ไม่หลับไม่นอน” (A1)

3.2 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือเป็นมากขึ้น

“ถ้ารักษาที่คลินิกนั้น ไม่ได้นาน ประมาณ 1 ปี เพราะจะต้องจ่ายเงินซื้อยา ซึ่งไม่ทัน ก็เลยหยุดไป พอหยุดไปอาการก็หนักขึ้นเพราะไม่ได้กินยา เพราะว่าไม่มีเงินจ่ายค่ายา พออาการหนักมากขึ้นก็เลยต้องผูกมัดไว้ ผูกมัดไว้ประมาณเกือบ 2 ปี” (A1)

“ครั้งเดียวตอนที่ไปอาละวาดที่ตลาดสดนั้นแหละ.....กินแล้ว แต่ตอนนั้นขาดยา อาการก็เลยกำเริบ” (A5)

“เห็นเขาบอกว่าไม่รับประทานยาเลย เพราะหากรับประทานยาจะดุอีกแบบนึง สังเกตได้เพราะตอนกลับมาฉัน เขาดุกลัว ร้องโอดครวญว่าปวด เขามีชกกระຈก ก็เลยจับผูกมัดต่อ” (A11)

“เมื่อคืน ไม่ยอมนอน พอไม่นอน อาการก็กำเริบ แต่ก็เริ่มสังเกตได้ตั้งแต่เมื่อวาน ก็เลยให้พี่สาวโทรหาแม่เขาหน่อย ก็มีพี่สาวที่ช่วยดูแลอยู่อีกคน (ผู้ป่วย) ไปทั่วเลย ซีมอเตอร์ไซค์ไป” (A9)

“ส่วนมากแกจะไปเอาของคนอื่น แกกลับมาแกก็เครียด เวลาเราถาม แกไม่ยอมรับ แกจะเครียด แกจะนั่งซิม ถามแล้วไม่ยอมรับ พอเวลาแกเครียดแกก็จะอาละวาด นั้นแหละเหตุผล” (A2)

3.3 การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามแผนการรักษา

“แต่เรา(ผู้ดูแล) ก็ยังเป็นคนจัดยาให้ เพราะว่ากลัวว่าจะเอายาที่ต้องกิน 2 เม็ด เอามากินเป็น 1 เม็ด เราก็คอยดูแล้วก็จัดยาให้” (A3)

“มามา ๆ (แม่) เป็นคนจัดให้ทีละมือ แล้วเอาให้เขากิน เขาก็กิน เขาไม่เคยจัดเอง” (A8)

“เขาไม่เคยจัดยาเองนะ แต่เขาก็จะถามเราว่า “แม่ จัดยาให้หรือยัง” บางทีเราไม่จัดก็บอกให้เขารอหน่อย เขาไม่เคยที่จะจัดยาเอง เรายื่นให้และจัดยาให้” (A1)

“เราจัดยาจากถุงใส่กล่องให้ทุกวัน เค้าจะหยิบกินเอง” (A4)

“เขาจัดยากินเอง.....แล้วเราก็กินเขา ถ้ายังไม่กิน ก็สั่งให้เขากิน ก็ต้องคอยดู จะไว้ใจเขาเลยก็ไม่ได้” (A7)

3.4 วิธีการจัดการเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา

“เวลาที่แกไม่ยอมกินยา เราก็ปล่อยให้แกไปก่อน เราก็ค่อย ๆ มาอ่อน ให้แกกิน เราอย่าไปบังคับเขา คนแบบนี้ถ้าบังคับ ยิ่งบังคับ อาการแกยิ่งจะรุนแรง” (A2)

3.5 การจัดกับพฤติกรรมรุนแรง หรือพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

“ແກ່ລັງໄມ່ຄ່ອຍຈະໜັກເທົ່າໄຫຼ່ ຮຽວຮູ້ວ່າແກ່ໂໜນີສັຍແກ່ແບບໄຫຼ່ ໆ ຮຽວຮູ້ ຮຽວຮູ້ອ່ຽໂໄດ້ເລີຍກັບ ເຂາ ປ່່ອຍໃຫ້ເຂາໄປຈະທຳອະໄກກໍປ່່ອຍໃຫ້ເຂາໄປ ແຕ່ແກ່ໄມ່ເຮັດທຳລາຍຂ້າວຂອງເລຍ ແກ່ໄມ່ເຮັດທຳ ຂ້າວຂອງໃນບ້ານນີ້ໄມ່ ເຮັດທຳ ໄມ່ເຮັດມີການເສີຍຫຍາຍ” (A2)

“ໃຜ້ ຕອນນັ້ນເຟິ່ງໄດ້ເລີຍຮັບປະທານຍາມາສັກພັກເອັກເລຍມັດໄວ້ກ່ອນ ກ່ອນຜ່ານນັ້ນກໍໂຕນຜູກມັດມາ 45 ວັນ ພອອາກາຣີຂຶ້ນເລຍປ່່ອຍ” (A11)

“ຕ້ອງພາໄປຫາພອຕ່ອ ແຕ່ພອເວລາເຂາອາລະວາດ ເອາມິດພຣ້າໄລ່ຈະມາພິນຮຽວ ຮຽວກໍຈະໜີໄປອ່ຽ ບ້ານຮຽວາດີ” (A5)

4. ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ສຳຄັນ

ຜູ້ຮຽວເລີຍໄດ້ສະທ້ອນຄິດເຖິງການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ສຳຄັນ ຄືການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຮຽວາດີ ພິນ້ອ່ຽແລະຄົນໃນ ຄອບຄຽວ ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຄົນໃນຊຸມຊົນ (ຜູ້ໃຫຍ່ບ້ານ ເພິ່ນບ້ານ ອສມ. ອສ. ກູ້ຮຽວ) ໄດ້ແກ່ ການອ່ຽມຮັບ ຜູ້ປ່ຽວ ເຂົ້າໃຈແລະໃຫ້ອາກາສຜູ້ປ່ຽວ ການໃຫ້ການທຳ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານສິ່ງຂອງ ເງິນທອງ (ຊະກາດ) ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ ບຸກຄາລາຣາທາງການແພທຽ (ການທຳບັດຮູ້ພິກາຣ) ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ໄດ້ຮັບຈະຊ່ວຍແບ່ງເບາກຣະຂອງຜູ້ຮຽວ ທັງໃນດ້ານ ຕ່ຳໃຊ້ຈ່ຽຍ ການອ່ຽນວຍການສະດວກ ການສຳຮັກກຳລັງໃຈ ການເພິ່ນຄູ່ຄິດ ຄ່ອຍໃຫ້ຕ່ຳແນະນຳ ແລະການໄປເປັນເພິ່ນເມື່ອ ພາຜູ້ປ່ຽວໄປພອແພທຽ

4.1 ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຮຽວາດີ ພິນ້ອ່ຽແລະຄົນໃນຄອບຄຽວ

“ຮຽວກໍກັງວອດ້ຽວວັນໜຶ່ງຮຽວໄມ່ໄດ້ອ່ຽກັບເຂາ ກັງວອດ້ຽວ ກັງວອດ້ຽວວ່າພິ່ງເຂາ ຈະປ່່ອຍປະລະເລຍ ໄມ່ສນໃຈ ອ່ຽກໃຫ້ຄົນອ່ຽນໆ ສນໃຈ ແຕ່ຄົນອ່ຽນໆກໍໄມ່ໄດ້ເມື່ອນກັບຮຽວເສມໄປ ຄົນເປັນພ່ອເປັນແມ່ຮຽວກໍຮັກແລະດູແລຈຣິງ ໆ” (A3)

“ສ່ວນໃຫຍ່ຈະອ່ຽກັບມາມາ (ແມ່ຜູ້ປ່ຽວ) ປ່ຽວຕັ້ງແຕ່ 22 ປີ ຈນຕອນນີ້ 30 ປີ ກໍອ່ຽກັບມາມາຕອດ ໄປ ໄຫຼ່ໄປດ້ວຍກັນ ໄປອັຈຽວ (ປະກອບສາສນາກິຈທີ່ປະເທຣຊາວອັດອາຣເບີຍ) ກໍໄປດ້ວຍກັນ ໄປກຽວເທພາ ກໍໄປດ້ວຍກັນ ບາງທີ່ກໍ ໄປອ່ຽກັບພິ່ງ ພິ່ງ ເຂາທີ່ມາເລເຊີຍ ໄປເປັນເຕືອນ ໆ ກໍໄປດ້ວຍກັນຕອດ ພິ່ງ ໆ ເຂາກໍຊ່ວຍສ່ງເງິນກັບມາ ມາມາເອັກກໍມີບ້ານເຂົາ ໄດ້ເງິນຈາກບ້ານເຂົາ” (A8)

“ກະຫໍ່ (ຜູ້ຮຽວ) ກັບພິ່ງສາວນີ້ແລະພິ່ງເປັນຜູ້ຮຽວເລີຍ 2 ພິນ້ອ່ຽຊ່ວຍກັນດູແລ” (A2)

“ກະຫໍ່ (ຜູ້ຮຽວ) ກັບພ່ອເຂານີ້ແລະ ພິ່ງສາວເຂາກໍຊ່ວຍດູແລດ້ວຍ ພິ່ງສາວນັ້ນແລະພິ່ງເປັນຄົນພາໄປຫາ ພອທີ່ປັດຕານີ ຂັບຣດຈັກຣາຍນຍນຕໄປກັນ 2 ຄັນຣດ ຕ້ອງຂັບໄປ 2 ຄັນຕອດ ໄປຄັນເຕືອຍໄມ່ໄດ້ ເຂານັ້ນຂ້ອນກັບພິ່ງເຂາ ກະຫໍ່ໄປກັບພ່ອເຂາ ໄປຄູກັບພອ ສ່ວນພ່ອເຂານັ້ນຮ່ອອ່ຽດ້ານນອກ” (A3)

“ຮຽວາດີຄືກຳລັງເລີຍ ຮຽວາດີ ພິ່ງເຮັດ ຫຼານ ຊ່ວຍກັນ ເວລາແກ່ອາລະວາດ ຂວນພວກຫຼານນີ້ແລະ ຕາມ ແກ່ກັບມາ ອ່ຽນ ໆ ໃຫ້ກິນຍາ ກໍກິນ” (A2)

4.2 ການຊ່ວຍເຫຼືອທີ່ໄດ້ຮັບຈາກຄົນໃນຊຸມຊົນ

“ເວລາມີປັດຮຽວາດີ ຂອການຊ່ວຍເຫຼືອຈາກ (ຮຽວເພິ່ນ) ພຍາບາລຂ້າງບ້ານ ນັ້ງສາວແລ້ວກໍ ຮຽວາດີໆ” (A10)

“ເວລາພາຄົນໃຜໄປຫາພອ ກໍໄປອ່ຽກຜູ້ໃຫຍ່ບ້ານ ຜູ້ໃຫຍ່ບ້ານເຂາກໍຈະຈັດກາຣາໂທຣາກູ້ຮຽວເອງ” (A1)

“ເວລາທີ່ຜູ້ປ່ຽວມີອາກາຣຣຸນຣາງ....ກະຫໍ່ (ແມ່ຜູ້ປ່ຽວ) ນີ້ແລະໄປອ່ຽກກັບຜູ້ໃຫຍ່ບ້ານຂອໃຫ້ຊ່ວຍພາໄປ ພ່ອຍ ຜູ້ໃຫຍ່ບ້ານກໍເຮັດ ອສ. ມາຊ່ວຍກັນພາໄປຣອງພຍາບາລ ກະຫໍ່ເອງກໍໄມ່ໄຫຼ່” (A1)

“ອ່ຽນນີ້ຂອງແມ່ຍ່ຽຍກະ (ແທນຕ່ຳວ່າພິ່ງສາວ) ໃຫ້ ຕອນທີ່ແມ່ຍ່ຽຍຍັງອ່ຽ ກໍຊ່ວຍເຫຼືອຈຸນເຈືອແກ່ (ຜູ້ປ່ຽວ) ຕອດ ອາກາ ເງິນກໍມີໃຫ້ຕອດ ຊະກາດ (ສວັສຕິກາຣພິນຮຽວາດີໃນອິສລາມ ຜູ້ມີຣາຍໄດ້ມາກຕ້ອງຈ່ຽຍໃຫ້ຜູ້ຂັດສນ) ແບບນີ້ກະ ກໍໃຫ້ແກ່ທຸກປີ ສງສາຣແກ່ທີ່ມີລູກມີຫຼານ ແຕ່ກໍໄມ່ມີຄົນມາດູແລ ຮັບກາຣະອ່ຽກຄົນເຕືອຍ” (A5)

“ຄົນແກ່ ໆ ນີ້ກໍຊ່ວຍ ອສມ.ກໍມາແນະນຳ ຫຼວງກໍຊ່ວຍໃຫ້ເງິນບ້າງ ໃຫ້ຂອງບ້າງ ຈາກຊະກາດບ້າງ” (A4)

“ຍອ (ຜູ້ປ່ຽວ) ໄປຊ່ວຍງານຣ່ຳອາກາຣ ເຊັ່ນ ຊ່ວຍລ້າງຈານ ໄດ້ຕ່ຳຈ້າງວັນນີ້ງ 30 ບາທ ແລ້ວກໍມີເງິນທີ່ ຫຼວງໃຫ້ ເງິນຜູ້ພິກາຣ” (A4)

“ຂາວບ້ານຈ້າງເຂາ (ຜູ້ປ່ຽວ) ໃຫ້ໄປເຄັບຂ້າງ ເຂາກໍຈະທຳທັງຫມດນັ້ນ” (A1)

“เขา (เพื่อนบ้าน) รู้นิสัย ส่วนมากจะเอาโทรศัพท์ เสื้อผ้า โทรศัพท์เก่าๆนั้นแหละ เสื้อผ้าแก็งเอาแบบนั้นแหละ เราก็ไปถามเขานั่นแหละว่า โทรศัพท์นี่เท่าไร บอกเลยเดียวเราจะจ่ายให้ ก็ไม่มีใครว่า ไม่เป็นไรหรอก นิสัยของเขา เขารู้แล้ว คือคนเขารู้แล้ว เข้าใจว่ามันเป็นนิสัยของเขาแล้ว ส่วนใหญ่ของเพื่อนบ้าน” (A2)

4.3 ความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์

“ที่แรกก็ไปซื้อยาที่คลินิกแต่ก็ไม่มีเงิน หมดไปครั้งละ 200 300 บาท 15 วันทีก็ไป จากนั้นก็ไปโรงพยาบาลก็ไม่ได้เสียเงิน ฟรีมาระยะหนึ่ง แล้วก็มี 1 ปี ที่ต้องเสียครั้งละ 30 บาท ๆ พอไปอีกครั้งที่ล่าสุดก็ฟรีอีกแล้ว เพราะว่าหมอทำบัตรผู้พิการให้” (A1)

“หมอนั้นแหละทำเรื่องส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาล แล้วหมอก็บอกว่าไม่เป็นไร เดียวหมอจะจัดการให้เอง ก็เลยไม่ต้องจ่ายเงิน หมอเขาทำผู้พิการให้ ตอนไปนอนที่โรงพยาบาล”(A3)

อภิปรายผล

ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเรื่องประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลสมมติ จังหวัดยะลา สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ใน 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชของคนในครอบครัว 2) การเจ็บป่วย คือบททดสอบจากพระเจ้า 3) สิ่งที่เรียนรู้จากการดูแล และ 4) ความช่วยเหลือที่สำคัญ

1. การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชของคนในครอบครัว การรับรู้ของผู้ดูแลในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน ในระยะแรกของการเจ็บป่วยผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีอาการผิดปกติไป แต่ไม่ทราบว่ามีผู้ป่วยด้วยอาการทางจิตเวช ผู้ดูแลเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากการโดนของ ถูกคุณไสย หรือถูกไสยศาสตร์ด้านมืด ผู้ป่วยต้องเสียเวลาเป็นปี ในการรักษากับหมอบ้าน เมื่อไม่ดีขึ้น หรือได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจึงเข้ารับการรักษาที่จิตแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในการได้รับการรักษาในระยะแรกไป ในระยะต่อมาเมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ผู้ดูแลจะรู้สึกกลัว วิตกกังวล เป็นห่วง เครียด เหนื่อย รู้สึกท้อ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือพฤติกรรมรุนแรง หรือมีอาการทางจิตกำเริบ และรู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเนื่องจากบางครั้งอาจไม่สามารถจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ก้าวร้าว อาละวาด ไม่ยอมรับประทานยา พฤติกรรมของผู้ป่วยก่อให้เกิดความรำคาญ หรือความเดือดร้อนแก่บุคคลอื่นหรือชุมชนที่อยู่อาศัย ทำให้ผู้ดูแลอยู่ในสภาพที่ถูกลดคุณค่า อับอายและยุ่งยากใจมากขึ้นกว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการได้ ถ้าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง หรือเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นมากขึ้นเท่าใด ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลใกล้ชิด และใช้เวลาในการดูแลมากขึ้น ดังที่ (Dounyota, Prasetsuk, Kirdpitak, & Pinyoanuntapong, 2010) กล่าวว่าลักษณะอาการทางจิตที่มีอาการรุนแรง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจะมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงกว่าเดิม ก่อให้เกิดความเครียด และซึมเศร้าได้ และการดูแลผู้ป่วยทางจิตชนิดรุนแรง ผู้ดูแลจะมีการรับรู้ในเรื่องภาระการดูแล การใช้เวลา และพลังงานในการดูแลรวมถึงการสูญเสียรายได้ ซึ่งผู้ดูแล จะได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน (Thiensan, 2018) ร่วมกับผู้ดูแลบางส่วนมีโรคประจำตัว และมีภาระต้องดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว ทั้งเด็ก และคนที่เจ็บป่วย เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในระยะเวลานานๆ ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ก่อให้เกิดความรู้สึกละอาย ท้อแท้

ซึ่งเป็นปัจจัยโดยตรงที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดสูงจะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายสูง (Glubvong, Intasuwan, Chuawanlee, & Thavichachart, 2010) ผู้ดูแลต้องทุ่มเททั้งแรงกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับจนสภาพร่างกายทรุดโทรม และนอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ซับซ้อนทำให้ผู้ดูแลไม่มีวันหยุด ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ไม่สามารถไปไหนได้อย่างอิสระ ถ้าจำเป็นจะต้องไปไหนก็มีความกังวลและกลัวว่าผู้ป่วยจะเป็นอะไรไปในช่วงที่ตนไม่อยู่ ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องละเลิกกิจกรรมทางสังคม (Spence, Waldron, Kernohan, McLaughlin, Cochrane, & Watson, 2008)

2. การเจ็บป่วย คือบททดสอบจากพระเจ้า ผู้ดูแลยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามหลักคำสอนศาสนาอิสลาม โดยถือว่า การเจ็บป่วยเป็นการถูกทดสอบจากพระเจ้า ทั้งช่วยปลดเปลื้องบาปและการหาทางรักษา ก็เป็นการทำตามความเชื่ออย่างหนึ่ง โดยทั่วไปศาสนาอิสลามสอนให้มุสลิมทุกคนเชื่อในหลักคำสอนของพระเจ้า ตามแนวคิดของศาสนาอิสลามที่ว่า “ทุกความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวด ความโศกเศร้า ความกังวล เจ็บไข้ หรือความยากลำบากที่มุสลิมประสบ แม้กระทั่งหนามที่ตำเขา ล้วนแล้วเป็นสิ่งที่ทำให้อัลลอฮ์ปลงล้างความผิดของเขาทั้งสิ้น” และถือว่าการเจ็บป่วยเป็นการทดสอบความอดทนความศรัทธา ความหนักแน่น ความยำเกรงต่อองค์อัลลอฮ์ รวมทั้งต้องแสวงหาวิธีการรักษาให้ผู้ป่วยพ้นความทุกข์ทรมาน (Wae-Arlee, 2004) ผู้ดูแลมุสลิมมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแนวทางของศาสนา ยึดมั่นศรัทธาในศาสนา และน้อมนำมาเป็นหลักยึดในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติศาสนกิจ โดยการกระตุ้นและร่วมปฏิบัติศาสนกิจพร้อมกับผู้ป่วย ให้มีการรำลึกและการกล่าวขออภัยโทษต่ออัลลอฮ์ทุกครั้งที่มีโอกาส เพื่อให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพราะการนำศาสนามาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจะช่วยให้ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย มีความสบายใจ จิตใจสงบ เป็นวิธีการที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ใจ และความเครียดได้เป็นอย่างดี บทบาทในการตอบสนองความหวัง ความปรารถนา คุณค่า ศาสนา ความเชื่อ สิ่งที่เคารพนับถือของผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยบางครั้งญาติผู้ดูแลต้องใช้หลักคำสอนของศาสนา เช่น การสวดหรือภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย (Iseselo, Kajula & Yahya-Malima, 2016) นอกจากนี้ผู้ดูแลที่สะท้อนถึงความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นบุคคลในครอบครัวว่า ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็จะดูแลกันและกันไปตลอดชีวิต ผู้ดูแลได้มองเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกเป็นสุขในการดูแลผู้ป่วย เปรียบเสมือนได้รับรางวัลทางด้านจิตใจ ส่งผลให้เกิดความคิดเชิงบวก ความอดทน มุ่งมั่น มีความหวัง ความศรัทธา และมีความเข้มแข็งในการทำหน้าที่เพื่อให้ผ่านความยากลำบากและภาวะวิกฤติในชีวิตได้ เช่นเดียวกับคำกล่าวของท่านศาสดา “และผู้ใดพยายามอดทนอย่างสุดความสามารถ (ในการเผชิญกับบททดสอบต่าง ๆ) อัลลอฮ์จะเพิ่มพูนความเข้มแข็งในการอดทนแก่เขา และไม่มีสิ่งใดที่บุคคลหนึ่งได้รับการประทานจากอัลลอฮ์จะประเสริฐและยิ่งใหญ่กว่าความอดทน” (Suthirawut & Nima, 2008)

3. สิ่งที่เรียนรู้จากการดูแล ผู้ดูแลได้สะท้อนถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ว่า มีการสังเกตพฤติกรรม เรียนรู้สัญญาณเตือนต่าง ๆ ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 13.42 ปี ($SD=6.04$) ซึ่งผู้ดูแลที่มีประสบการณ์อยู่กับผู้ป่วยจิตเวชเป็นเวลานาน จะมีวิธีการรับมือกับพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถควบคุมอารมณ์ และรู้จักวิธีการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดอันตรายได้ (Kasiphol, Chunhathititham, Prasertsong, Jaroenjikul, Nansunanon, Jarutatsanangkoon, 2020) โดยที่ผู้ดูแลเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตประจำวันและอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและชุมชนได้อย่างสงบสุข ซึ่งการที่ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้และลดการกลับมารักษาซ้ำ (Wiwekwan, 2000) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานยาและการพักผ่อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม แก้ไขปัญหาเบื้องต้นของผู้ป่วยได้ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หรือป้องกันอาการทางจิตกำเริบ และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งกับทั้งผู้ป่วยและบุคคลอื่น สอดคล้องกับ (Smithnaraseth, 2017) ที่ได้กล่าวถึงพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ว่ามีการให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย ช่วยเหลือเต็มที่และต่อเนื่องต่อเนื่อง รวมทั้งรู้จักสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง เช่น อาการซึม หัวเราะคนเดียว อาละวาด ไม่ยอมรับประทานยา โดยที่ผู้ดูแลจะไม่บังคับผู้ป่วย ไม่โต้เถียง แต่จะแสดงออกด้วยการกระทำที่สม่ำเสมอ เช่น การช่วยเหลือในการจัดเตรียมยา การพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา หรือการหลบหลีกจากเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดอันตราย ซึ่งผู้ดูแลมักมีพฤติกรรมระแวดระวังอยู่เสมอเพื่อความปลอดภัยของตนเองและผู้ป่วย (Kanungpiam & Dangdomyouth, 2013)

4. ความช่วยเหลือที่สำคัญ ผู้ดูแลได้สะท้อนถึง ความช่วยเหลือจากญาติ พี่น้องและคนในครอบครัว เช่น การได้รับการดูแลที่เป็นพื้นฐานในชีวิต โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวทั้งหมด (ยาย, มารดา, บุตร, พี่น้อง) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลจะได้ผลดี เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย บุคคลในครอบครัวล้วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกันตามบทบาทหน้าที่ และโอกาส (Ounlam, 2021) การที่คนในครอบครัวมีความรัก ความผูกพัน รักใคร่ปรองดองกัน อาจทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีที่ได้อุปการคนในครอบครัว และได้ช่วยกันแก้ปัญหาในครอบครัว ไม่ทอดทิ้งกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแลร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ทำให้รู้สึกว่ามีใครคอยช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเป็นกำลังใจ ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือและความเอาใจใส่จากคนในครอบครัวจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Chen & Greenberg, 2004) ยังมีกรให้คุณค่ากับสมาชิกในครอบครัวตามบทบาทหน้าที่ และสายใยสัมพันธ์ของพ่อแม่บุตรและเครือญาติที่ยังมีเหลืออยู่ ครอบครัวยังคงเป็นแหล่งที่ให้การดูแล แบ่งปันความรักความอบอุ่นและเป็นที่พักพิงทางใจของสมาชิกยามประสบปัญหา แต่ส่วนใหญ่ก็ยังเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดไป (Doungyota, Prasoetsuk, Kirdpitak, & Pinyoanuntapong, 2010) ความช่วยเหลือที่ได้รับจากคนในชุมชน เช่น การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ได้รับเงินช่วยเหลือ การให้งานทำ เป็นการเปิดโอกาสส่วนเกี่ยวข้องกับสังคมหรือชุมชนที่ผู้ป่วยและครอบครัวอาศัยอยู่ การที่สังคมหรือชุมชนให้การยอมรับ เข้าใจ และช่วยเหลือสนับสนุนทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในยามปกติและเกิดปัญหา จะเป็นการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้มีความสุขมากขึ้น เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆทำให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายลดลง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง จะรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักที่ต้องการของครอบครัวหรือบุคคลอื่น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารหรือวัตถุสิ่งของจากบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Meesri & Dangdomyouth, 2012) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะชุมชนในบริบทสังคมวัฒนธรรมของมุสลิม ที่ดูแลช่วยเหลือไม่ทอดทิ้งกัน (Suthirawut & Nima, 2008) และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีรายได้น้อย 1,000 -3,000 บาท/เดือน บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ และไม่คอยทราบถึงแหล่งช่วยเหลือจากทางภาครัฐหรือสิทธิที่พึงได้รับ บุคลากรทางการแพทย์จึงเข้ามามีบทบาทในการประสานงานและพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วย

ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผลการวิจัยเป็นข้อมูลปัจจุบัน และข้อมูลจากความทรงจำของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวชเท่านั้น อีกทั้งสถานที่ในการให้ข้อมูล บางแห่งยังไม่มั่นคง บางกรณีมีผู้ประสานงานในพื้นที่อยู่ด้วย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดยะลา อาจยังไม่เป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากรไทยมุสลิมทั้งหมด

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจิตเวช หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม และเป็นแนวทางในการเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช
2. ด้านการบริหารทางการแพทย์ เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์เพื่อกำหนดเป็นนโยบายรูปแบบในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมุสลิม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลและของผู้ป่วยจิตเวช

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ร่วมด้วย และพัฒนาการบริการด้านสาธารณสุขของบุคลากรในพื้นที่ให้เข้าถึงปัญหาและตรงกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. ควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม และอบรมบุคลากรทางสาธารณสุขโดยเฉพาะบุคลากรในระดับปฐมภูมิ (พยาบาล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม.) เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่สอดคล้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม จังหวัดยะลา

References

- Artsanthia, J., & Chaleoykitti, S. (2016). Transcultural Nursing in ASEAN Community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(1), 10-16. (in Thai)
- Chen, F., & Greenberg, J. (2004). A Positive Aspect of Caregiving: the Influence of Social Support on Caregiving Gains for Family Members of Relatives with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 40, 5. Published online 2018 November.
doi:10.1023/B:COMH.0000040656.89143.82
- Chetchaovallit, T., Chrstraksa, W., & Wae-Alee, D. (2017). Needs of Caregivers Providing Home Care for Psychiatric Patients Living in the Border of Southern Thailand. *Journal of The Psychiatric Association of Thailand*, 62(4), 323-336. (in Thai)
- Crabtree, B. F. & Miller, W. L. (1992). *Doing Qualitative Research*. London: SAGE Publications.
- Damruk, P., & Thongprapai, P. (2019). Medication Adherence in Home Patients with Schizophrenia: A Care Scheme Developed in Community in Yala Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(Special Issue), 29-42. (in Thai)
- Doungyota, T., Prasoetsuk, T., Kirdpitak, P., & Pinyoanuntapong, B. (2010). A Study and Development of Resilience of Psychiatric Patient Caregivers Through Individual Counseling. *Journal of Behavioral Science*, 16(2), 50-65. (In Thai)
- Glubvong, M., Intasuwan, P., Chuawanlee, W., & Thavichachart, N. (2010). Factors Affecting Burnout and Care Behavior of Caregivers of Schizophrenic Patients. *Journal of Behavioral Science*, 15(1), 57-75. (In Thai)
- Iseselo, M., Kajula, L., & Yahya-Malima, K. (2016). The Psychosocial Problems of Families Caring for Relatives with Mental Illness and Their Coping Strategies: a Qualitative Urban Based Study in Dares Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*, 16, 146. Published Online 2016 May 14. Doi: 10.1186/s12888-016-0857-y.
- Kanungpiarn, T., & Dangdomyouth, P. (2013). Experience of Care Givers in Caring for People with Schizophrenia in Community. *Journal of Nursing Division*, 40(1), 57-66. (In Thai)
- Kasiphol, T., Chunhathititham, P., Prasertsong, C., Jaroenjitkul, C., Nansunanon, S., & Jarutatsanangkoon, A. (2020). Primary Caregivers's Experience of Families with Schizophrenia Patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 102-113. (In Thai)
- Lincoln, S. Y., & Guba, G. E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: SAGE.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (2015). *Ramathibodi Essential Psychiatry*. (4th ed.). Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (In Thai)
- Meesri, K. & Dangdomyouth, P. (2012). Selected Factor Related to Capabilities Among Caregivers of Schizophrenic Patients in Community. *The Journal of Mental Health of Thailand*, 26(1), 35-49. (In Thai)

- Ounlam, T. (2021). Nurses' Roles in Promoting Family Functioning of Schizophrenia Persons in a Community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 34(1), 1-12. (In Thai)
- Smithnaraseth, A. (2017). Coping and Adaptation of Family Caregivers with Schizophrenia Patients. *EUA Heritage Journal Science and Technology*, 11(3), 43-56. (in Thai)
- Spence, A., Waldron, M., Kernohan, G., McLaughlin, D., Cochrane, B., & Watson, B. (2008). Active Carers: Living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(8), 368-372.
- Suthirawut, P., & Nima, Y. (2008). *Integrating the Body of Knowledge, Islamic Law, and Health Promotion*. Songkla: Institute of Research and Development for Health of Southern Thailand: Prince of Songkla University. (in Thai)
- Thiansan, T. (2018). Psychiatric and Mental Health Nurses with the Roles of Family Preparedness of Schizophrenic Patients Cares in the Community. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(2), 67-77. (In Thai)
- Tohma, H., Al-fariti, A., Masarakama, N., Masoh, A., Shawo, L., Radeang, R., et al. (2019). *The Mental Health Care, According to the Islamic Way of Terminally Ill Patients: Case Study Muslims Thailand Patients in the Three Southern Border Provinces*. Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Wae-Arlee, D. (2004). *Caring for Palliative Patients According to Islamic Guidelines*. Bangkok: O.S.Printing House. (in Thai)
- Wiwekwan, Y. (2000). *Mental Health and Caring Behaviors of Caregiver of Schizophrenia Patients*. Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing) Thesis, Mahidol University. (in Thai)