

2023

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ช่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

อริสมันต์ ศิริลาภ
คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

 Part of the [Psychiatric and Mental Health Nursing Commons](#)

Recommended Citation

ศิริลาภ, อริสมันต์, "ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ช่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง" (2023). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 10744.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/10744>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2566

LIVED EXPERIENCES OF PRIMARY CAREGIVERS IN VIOLENT SCHIZOPHRENIC PERSONS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing
Faculty Of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
โดย	นายอริสมันต์ ศิริลาภ
สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็งจาด)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)	
.....	กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

อริสมันต์ ศิริลาภ : ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. (LIVED EXPERIENCES OF PRIMARY CAREGIVERS IN VIOLENT SCHIZOPHRENIC PERSONS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน

การเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่าง ๆ เป็นอย่างมาก พยาบาลจิตเวชต้องเข้าใจถึงเรื่องราวและผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ดูแลหลักเหล่านั้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในช่วยเหลือผู้ดูแลหลักเหล่านั้น ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์อยู่ร่วมในเหตุการณ์ขณะผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรง และก่อเหตุซ้ำ 3 ครั้งขึ้นไปภายใน 1 ปี จำนวน 16 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การสังเกต การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim) นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ วงเวียนการตีความของ Van Manen (1990) ผลการศึกษา พบว่า ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) มีชีวิตอยู่ได้ด้วยความอดทน 2) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่อชีวิตของผู้ดูแลหลัก 3) ปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ และ 4) การจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ผลการศึกษาดังกล่าว ทำให้เข้าใจในประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างลึกซึ้งมากขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามสภาพบริบทของสังคมไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต	ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา	2566	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6470058536 : MAJOR PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING

KEYWORD: LIVED EXPERIENCES/ PRIMARY CAREGIVERS/ VIOLENT SCHIOPHRENIC PERSONS.

Arisaman Sirilap : LIVED EXPERIENCES OF PRIMARY CAREGIVERS IN VIOLENT SCHIZOPHRENIC PERSONS . Advisor: Asst. Prof. Rachaneekorn Upasen, Ph.D.

Being the primary caregiver in violent schizophrenic persons would be affected all part of their lives. The psychiatric nurses must understand primary caregivers' lived experiences as databases before helping them. Therefore, this research aims to study lived experiences of primary caregivers in schizophrenic persons having violent behaviors using qualitative interpretive phenomenological method. The data were collected through an in-depth interview, observation, field notes, and tape recording in 16 samples of primary caregivers of schizophrenic persons, who had violences recorded at least 3 times/year. Then, the data were transcribed through verbatim transcription and analyzed by Hermeneutic circle (Van Manen, 1990). 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. The results guide nurses and multidisciplinary teams to provide care to primary caregivers of violent schizophrenic persons.

Field of Study: Psychiatric and Mental
Health Nursing

Student's Signature

Academic Year: 2023

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เริ่มต้นจากความเป็นไปได้ยาก ก็กลับแปรเปลี่ยนเป็นสำเร็จลุล่วงด้วยดี อันเป็นเหตุมาจากความรัก ความปรารถนาดี และความหวังอันเต็มเปี่ยมด้วยแรงผลักดันจากทุกคนที่ทำให้ผู้วิจัยนั้นรู้สึกซาบซึ้งใจ และขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

คุณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตลอดจนผู้บริหารหลักสูตรทุกท่านที่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการผลักดันให้เกิดการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษา สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในสถาบันที่ทรงเกียรติ มิใช่เพียงทำให้ผู้วิจัยได้รับความรู้และวุฒิการศึกษาในระดับมหาบัณฑิต แต่ยังเป็นการยกระดับคุณค่าทางวิชาชีพของพยาบาลจิตเวชให้สูงขึ้นอีกด้วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และแบ่งปันประสบการณ์ในการเป็นผู้วิจัยที่ดี เป็นผู้มอบความรู้และชี้แนะแนวทางอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจาง เพ็งจาด ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ที่ได้กรุณาตรวจแก้ พร้อมทั้งให้คำชี้แนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้ถูกต้องครบถ้วนตามหลักวิชาการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ อาจารย์คือ ผู้ที่เต็มใจในการกระทำหน้าที่เป็นทั้งคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคำถามการวิจัย ซึ่งคำแนะนำจากท่านอาจารย์ล้วนมีประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยครั้งนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

รองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา นพ.นรวิร์ พุมจันทร์ พว.วัฒนภรณ์ พิบูลย์ อาลักษณ์ และ พว.รัชณี ธนวรรณ ที่ได้สละเวลาอันทรงคุณค่าในการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคำถามการวิจัย เพื่อให้ข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ถูกต้องครบถ้วน และเป็นข้อคำถามการสัมภาษณ์ที่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนและเหมาะสม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล, ดร.วิภาวี เผ่ากันทร และ พว.นาถนภา วงษ์ศิลป์ ที่ได้ยินดีรับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบผลการศึกษาในครั้งนี้อย่างเต็มใจ เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล อันเป็นจุดที่สำคัญแก่ผู้วิจัยรุ่นใหม่ให้ได้จัดทำวิจัยได้ถูกต้องตามระเบียบวิธีที่ถูกต้อง

เจ้าหน้าที่สนับสนุนวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเอกสารและงานธุรการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนการอนุเคราะห์ดำเนินการเกี่ยวกับเอกสารต่าง ๆ มาโดยตลอด

หัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาล สสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ผู้บังคับบัญชาของผู้วิจัย ที่ได้มอบกำลังใจและอำนวยความสะดวกในการศึกษาในครั้งนี้สำเร็จราบรื่น รองหัวหน้าหอผู้ป่วยฯ ผู้ทำหน้าที่อนุเคราะห์จัดสรรตารางเวร เพื่อเอื้อประโยชน์ให้กับผู้วิจัยได้ศึกษาครบถ้วนตามระยะเวลาการศึกษาใน

ระดับปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตลอดจน พี่น้องพยาบาล และเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพยัับหมอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อ และเข้าใจในเงื่อนไขการเข้ารับศึกษาโดยมิได้ลาเรียนของผู้วิจัยในครั้งนี้มาโดยตลอด

กลุ่มงานวิจัยและพัฒนา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ได้อำนวยความสะดวกพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการเสนอจริยธรรมการวิจัยในครั้งนี้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกท่าน ที่ได้เปิดใจ เต็มใจ และยอมรับที่จะแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตของท่านที่มีค่ายิ่ง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อสาธารณสุขไทยด้านการดูแลสุขภาพจิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ท่านจะมีชีวิตการเป็นผู้ดูแลหลักที่เปี่ยมด้วยความสุข ความทุกซัดที่ท่านได้เผชิญขอให้ผ่านพ้นไปโดยพลัน ขอให้ท่านและครอบครัวจงพบพานแต่สุขสงบนิรันดร์

ในการเข้ามาศึกษา ณ ที่แห่งนี้ นับเป็นโอกาสที่ดีของผู้วิจัย ที่ผู้วิจัยได้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม ภาคฤดูร้อน ณ Tsu Chi University ประเทศไต้หวัน ร่วมกับเพื่อนๆ ทั้งจากประเทศไทย ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และเยอรมัน ที่ผู้วิจัยได้รู้จักมิตรภาพที่งดงามจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ แม้จะเป็นช่วงเวลาเพียงสั้นๆ ที่ได้ลาพักจากการสมบุกสมบันงานวิทยานิพนธ์ที่กำลังเผชิญอยู่ แต่ก็ทำให้ผู้วิจัยได้เปิดโลกกว้างขึ้นและเห็นมุมมองใหม่ ๆ ผ่านผู้คนจนเกิดแรงบันดาลใจในการกลับมาพัฒนาวิทยานิพนธ์ของตนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

เพื่อนในทุกระดับชั้นของผู้วิจัย ที่คอยเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยเสมอมา โดยเฉพาะเพื่อนๆที่กำลังอยู่ในสังสารวัตรวิถีแห่งการเป็นนักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาทั้งในสถาบันและนอกสถาบันที่กำลังฝ่าฟันอุปสรรคเดียวกันอยู่นี้ ขอให้ทุกท่านสมประสงค์ดั่งหวังไว้ทุกประการ

คุณลำยอง รอดพันธ์ ยายผู้เป็นที่รักยิ่งของผู้วิจัย ยายเป็นดั่งต้นแบบแห่งความอดุสาหะ อดทน และไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค เลี้ยงดูและให้การสนับสนุนหลานคนนี้อย่างเต็มที่โดยตลอด ขอให้ท่านจงมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง เป็นดั่งร่มโพธิ์ร่มไทรของผู้วิจัยและครอบครัวต่อไป

ระลึกถึงบุพการี บิดามารดาของผู้วิจัยที่คาดว่าจะกำลังเฝ้าดูผู้วิจัยลงมาจากฝากฟ้า หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ท่านทั้งสองจะภูมิใจในทุกก้าวเดินที่ผู้วิจัยตัดสินใจเลือกและลงมือกระทำ ขอขอบคุณที่ก่อกำเนิดและมอบร่างกายนี้มา เพื่อให้ผู้วิจัยเกิดมากระทำความดีแก่โลกใบนี้สืบต่อไป

และ สุดท้าย ขอขอบคุณตัวของผู้วิจัยเอง นายอริสมันต์ ศิริลาภ ผู้ซึ่งไม่เคยลดละความพยายาม และไม่หมดศรัทธาในตนเอง พากเพียรจนมาถึงจุดนี้ที่ได้สำเร็จการศึกษาเป็นมหาบัณฑิตตั้งใจวาดหวัง ให้สมดังคำที่กล่าวไว้ว่า ระยะเวลาพิสูจน์ม้า อุปสรรคที่ผ่านมาก็พิสูจน์คน

อริสมันต์ ศิริลาภ

สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญรูปภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการทำวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่ได้รับ.....	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง.....	9
1.1 ความหมายของโรคจิตเภทและระบาดวิทยา.....	9
1.2 พยาธิสภาพของโรคจิตเภท.....	10
1.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท.....	12

1.4 การวินิจฉัยและการดำเนินโรค	13
1.5 แนวคิดการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท.....	18
1.6 แนวคิดการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท.....	20
1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง.....	23
2.แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง	26
2.1 ความหมายผู้ดูแล.....	26
2.2 ประเภทผู้ดูแล.....	27
2.3 บทบาทของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง	27
2.4 การทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง	28
2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง	29
2.6 แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง.....	29
3.แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในบริบทชุมชน.....	32
3.1 ความหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง	32
3.2 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในบริบทชุมชน.....	32
3.3 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามบริบทชุมชน	33
4. แนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต	35
4.1 ความหมายและองค์ประกอบของประสบการณ์ชีวิต.....	35
4.2 ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลัก	36
5.แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	37
5.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา.....	37
5.2 รูปแบบการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา.....	38
5.3 ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger	39
5.4 ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความ.....	40
5.5 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness).....	42

6.เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	44
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	53
1.รูปแบบการวิจัย	53
2. สถานที่ และผู้ให้ข้อมูล	53
3.พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	54
4.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
5.การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
6.การวิเคราะห์ข้อมูล	57
7.การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล	59
บทที่ 4 ผลการวิจัย	62
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	87
สรุปผลการศึกษา	90
อภิปรายผลการวิจัย	95
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้	102
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	103
บรรณานุกรม	105
ภาคผนวก	117
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	180
ประวัติผู้เขียน	181

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10).....	13
ตารางที่ 2 การวินิจฉัยโรคจิตเภทเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท DSM-5	15
ตารางที่ 3 แสดงการแจกแจงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลโดยภาพรวม	64
ตารางที่ 4 แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น.....	138
ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (จำนวน 16 คน).....	140
ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (จำนวน 16 คน).....	141
ตารางที่ 7 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์.....	158
ตารางที่ 8 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์.....	159
ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์.....	168
ตารางที่ 10 การตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	178

สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 สรุประดับนการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 86



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุด มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั่วโลก 24 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 300 คน (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทย โรคจิตเภทเป็นอันดับที่ 1 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563a) พบว่ามีความชุกของผู้ป่วยจิตเภททั่วประเทศเท่ากับ 396,131 คน ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร พบจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น 38,219 คน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565) อีกทั้งยังเป็นโรคจิตเวชอันดับ 1 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยงานสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (2566a) ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 คือ 10,615 ราย 10,047 รายและ 9,895 รายตามลำดับ ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยจิตเภทยังเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาต่อความรุนแรงในชุมชน ร้อยละ 43.22 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาต่อความรุนแรงทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563a) ในปีพ.ศ. 2565 พบจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและก่อเหตุซ้ำ 3 ครั้ง/ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.37 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาต่อพฤติกรรมรุนแรงทั้งหมด (งานสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2566b) โดยช่วงอายุที่พบได้บ่อย อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 15 – 54 ปี โดยมีอัตราการเกิดขึ้นได้เท่ากันทั้งในเพศชายและหญิง โดยอาการของโรคจิตเภทมักจะปรากฏในเพศชายในช่วงอายุ 18 – 25 ปี ในขณะที่ผู้หญิงจะเริ่มปรากฏอาการของโรคในช่วงอายุ 25 – 30 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ซึ่งมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และ พฤติกรรม เป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ไม่เป็นเหตุจาก โรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด (Gandhi, 2022) สาเหตุของโรคจิตเภทนั้น ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดเพียงพอว่าเกิดจากสาเหตุใด ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะความผิดปกติที่สำคัญ ได้แก่ ความผิดปกติในด้านการรู้คิด การรับสัมผัส การแสดงออกทางพฤติกรรม รวมถึงความผิดปกติต่อการรับรู้ตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ซึ่งการหลั่งสาร serotonin ที่มากเกินไปนั้น เป็นเหตุแห่งอาการของโรคจิตเภท โดยเฉพาะอาการทางบวก ที่สัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (Saddock et al., 2017) หากผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงมาก ผู้ดูแลหลักก็ยังสามารถดูแลที่บ้านได้ถึงแม้ผู้ป่วยจะยังมีอาการหูแว่วหรือประสาทหลอน แต่ก็น้อยหรือเป็นนาน ๆ ครั้ง พุดจาฟุ้งรู้เรื่องขึ้น มักเกิดหลังจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ซึ่งเป็นอาการของระยะอาการทางจิตหลงเหลือ (Residual symptom) (มาโนช หล่อตระกูล, 2557) 1

ใน 5 ระยะการดำเนินโรคของโรคจิตเภท ประกอบด้วย 1) ระยะก่อนป่วย (premorbid) 2) ระยะอาการนำ (prodromal) 3) ระยะเกิดโรคครั้งแรก (first episode) 4) ระยะต้น (early-course) 5) ระยะเรื้อรัง (chronic phase) (มาโนช หล่อตระกูล, 2557) อย่างไรก็ตาม ตลอดช่วงชีวิตของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคจิตเภทคนหนึ่งนั้น อาการทางจิตที่เปลี่ยนไปจากปกติ และมีอาการรุนแรงขึ้น ๆ ลง ๆ (fluctuate in severity) สามารถเกิดขึ้นได้เสมอ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563a) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากพฤติกรรมรุนแรงที่มักปรากฏในระยะอาการกำเริบ (Relapse phase) (Olivares et al., 2013) นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา (Witt et al., 2013)

นอกจากนี้การศึกษาของ ปัญญา ทองทัฬ และ กฤตยา แสงเจริญ (2556) ได้ศึกษาลักษณะพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในบริบทของประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 30.4 มีการवाद/ดู/ด่าทอด้วยคำหยาบคาย/ส่งเสียงดัง ร้อยละ 20.6 เขย่าประตู/เปิดประตูเสียงดัง และร้อยละ 19.6 มีการแข่ง/ตำหนิแสดงท่าทีจะทำร้าย จากสถานการณ์เกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้กล่าวมานั้น ผู้ดูแลหลักจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ซึ่งเป็นผลกระทบที่ไม่แน่นอนตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Kulhara et al., 2012) ทั้งนี้พฤติกรรมรุนแรง (Violence behavior) เป็นการกระทำที่รุนแรงและอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ผ่านการกระทำทางวาจา การใช้กำลังประทุษร้ายโดยใช้กำลังต่อตนเองและผู้อื่นจนเกิดความบาดเจ็บทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนการทำลายข้าวของให้เกิดความเสียหายอย่างจงใจ ซึ่งเป็นการแสดงออกตามแรงขับความก้าวร้าว (เครีวัลย์ ศรียารัตน์, 2558)

ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ซึ่งเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย (วิลาวัลย์ กล้าแรง และคณะ, 2565) ช่วยเหลือจัดการเมื่ออาการทางจิตกำเริบ โดยสังเกตสัญญาณเตือน และการตอบสนองของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (Imkome & Waraassawapati, 2018) หากเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้น ผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องจำกัดพื้นที่ของผู้ป่วยให้อยู่เฉพาะภายในบ้านในช่วงที่มีอาการทางจิต (นิภาวรรณ ศรีโยหะ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2563) ผู้ดูแลหลักจึงเป็นบุคคลแรกที่ต้องเผชิญต่อพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วย (ทัตชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค, 2558) และได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น เหนื่อยล้าและนอนไม่หลับจากการคอยเฝ้าระวังอันตราย บางรายบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย (เดือนแรม ยศปัญญา และ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2557) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Gupta et al. (2015) ที่พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อเทียบกับผู้ดูแลของผู้ป่วยอื่นนั้น มีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เนื่องด้วยทรัพย์สินได้รับความเสียหาย รวมถึงผู้ดูแลหลักขาดรายได้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิดขณะที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Caqueo-Urizar et al., 2014) ผู้ดูแลหลักต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการดูแล นอกเหนือจากการยอมรับในศักยภาพการทำงานที่สูญเสียโอกาสในการถูกจ้างงานของผู้ป่วยที่ลดลง (Kulhara et al., 2012) ในขณะที่โรคจิตเภทยังเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง

(Phanthunane et al., 2012) การเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงย่อมนำไปสู่ความเหนื่อยล้าในการใส่ใจดูแล (Compassion fatigue) จากความผูกพันและความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทอันเป็นบุคคลในครอบครัว (Upasen & Saengpanya, 2022) นอกจากนี้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกนำเสนอในสื่อต่าง ๆ ยิ่งทวีความหวาดกลัวให้กับครอบครัวและชุมชน (นุชณี เอี่ยมสะอาด และคณะ, 2563) นำไปสู่ผลกระทบด้านสังคมกับผู้ดูแลหลัก อาทิ การถูกกีดกันทางสังคม การรับรู้ถึงตราบาป ความอับอายขายหน้าของผู้ดูแลหลัก (Issac et al., 2022) จากผลกระทบในหลากหลายด้าน อันเกิดขึ้นหลากหลายด้านที่รุมเร้าตลอดการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น ผู้ดูแลต้องสละเวลาทั้งชีวิตกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการไม่คงที่เป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความทุกข์ (ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563) โดยความทุกข์ใจแบบเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการมีพยาธิสภาพของโรคซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้เช่นกัน (Olwit et al., 2015)

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพ (Professional) ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลในทุกมิติการเจ็บป่วยของบุคคลให้แบบเป็นองค์รวม โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักถือเป็นมิติที่สำคัญในการสนับสนุนการดูแลและคงไว้ซึ่งผาสุก (Well-being) ของผู้ป่วยขณะอยู่ในชุมชน (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557) เพื่อเป็นการส่งเสริม ป้องกันและรักษาผู้ดูแลอันเกิดขึ้นจากผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมามีพยาบาลจึงต้องแสวงหา ศึกษา ค้นคว้า ตลอดจนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมากมาย เพื่อให้ผู้ดูแลเหล่านั้นเกิดความแข็งแกร่งมั่นใจ เชื่อมั่นที่แก้ปัญหาให้ผ่านเหตุการณ์ร้าย ๆ ร่วมกับผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (กริณี สังข์ประคอง, 2562) แม้ว่าจะมีการศึกษาที่ผ่านมามีในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรง อย่างไรก็ตาม ยังมีการค้นพบผลกระทบที่เป็นปัญหาซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยอยู่ (เครือวัลย์ ศรียารัตน์, 2558)

บุคลากรด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชจะสามารถเข้าใจถึงความจริงของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างครอบคลุมถึงความต้องการที่แท้จริงได้นั้น จำเป็นที่จะต้องเข้าใจถึง ประสบการณ์ชีวิต อันเป็นประสบการณ์จริงส่วนบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อเหตุการณ์การเผชิญต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ที่ส่งผลกระทบในหลากหลายด้านของผู้ดูแลหลัก แม้ว่าจะผ่านเหตุการณ์เหล่านั้นมาแล้วก็ตาม (พิชชชดา วิทวัสสารานุกุล, 2564) เป็นประเด็นที่ทำนายสำหรับพยาบาลในการแสวงหาความรู้ที่ได้จากการให้ความสำคัญต่อทักษะและประสบการณ์ชีวิตในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2555) ดังนั้น การเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจึงมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันในผู้ดูแลมากกว่าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไป (Neha et al., 2021) โดยประสบการณ์ชีวิตที่สนใจศึกษา คือ ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพเข้าใจถึงความ

จริงในประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงว่าเป็นอย่างไร จนครอบคลุมถึงความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างเป็นองค์รวมนำไปสู่การค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมและการหาแนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลดังกล่าวให้สอดคล้องกับความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป (บุษยามาศ แสงเงิน, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเชิงคุณภาพที่มุ่งเน้นประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยพบงานวิจัยในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Neha et al. (2021) พบว่าผู้ดูแลมีการรับมือกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยในประเทศอินเดีย ได้แก่ การลงมือทำร้ายต่อผู้ป่วยกลับทันที อยู่ห่างจากผู้ป่วย นิ่งเฉย ตอบรับความต้องการของผู้ป่วย และผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้ดูแล ได้แก่ อาการแปรปรวน ปัญหาสุขภาพ ภาระทางการเงิน การไม่ยอมรับของสังคม การรับรู้ตราบาป เพราะความรุนแรงของผู้ป่วย อธิษฐานต่อพระเจ้า การสนับสนุนจากผู้อื่น ยอมรับการรุกรานของผู้ป่วย ในขณะที่การศึกษาของ Hsu and Tu (2014) ที่ศึกษาประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและรุนแรงในไต้หวัน โดยศึกษาในผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดที่เคยตกเป็นเหยื่อโดยการถูกทำร้ายจากผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงความหวาดกลัวต่อการถูกทำร้ายร่างกาย เช่น คิดว่าไม่ควรลงโทษผู้ป่วยแต่เป็นการได้รับถึงผลกระทบของตนเอง มีความกังวลเกี่ยวกับความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องดังกล่าวได้ค้นพบสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในกลุ่มผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท แต่อย่างไรก็ตามสภาพสังคมและวัฒนธรรมของต่างประเทศนั้น อาจมีความแตกต่างจากประเทศไทยและ อาจทำให้ข้อค้นพบดังกล่าวไม่สามารถถ่ายโอนมาใช้กับบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในสังคมไทยได้ (สุภาวงศ์ จันทรวานิช, 2556)

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง เช่น ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดย ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ (2563) ศึกษาในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางจิตสงบแล้วและมุ่งศึกษาประสบการณ์โดยทั่วไปของผู้ดูแล ซึ่งอาจจะยังไม่ครอบคลุมถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลที่ได้เผชิญขณะผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ส่วนงานวิจัยของ Imkome and Waraassawapati (2018) ได้ศึกษามุมมองและประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบและผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่า ผู้ดูแลหลักในบทความดังกล่าว มีแนวโน้มได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างน้อย โดยมีการยกบทสนทนาที่ระบุถึงการรับรู้ของผู้ดูแลหลักบางส่วนของงานวิจัยนี้ พบว่า ไม่ทราบถึงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ตนดูแลอยู่ว่ามีพฤติกรรมใดบ้าง ผู้ดูแลหลักจึงมีวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ต่างกันภายใต้เงื่อนไขพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละครอบครัว เป็นผลให้การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึง อาการ ความรู้สึก ตลอดจนผลกระทบและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างเพียงพอ ย่อมแสดงให้เห็นว่าอาจจะค้นพบเหตุการณ์ เรื่องราวบางอย่าง หากศึกษาเจาะลึกถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต

เภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่ยังไม่ได้ศึกษา (Chang et al., 2018) ด้วยเหตุนี้ การศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในบริบทของประเทศไทยยังคงขาดซึ่ง รูปแบบพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้เคยกระทำ ประกอบกับวิธีการรับมือของผู้ดูแลหลักต่อพฤติกรรมรุนแรงเหล่านั้น (ปัญญา ทองทัฬห และ กฤตยา แสงเจริญ, 2556)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกวิธีวิจัยเชิงคุณภาพปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของ Heidegger (1962) ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลในเชิงลึก ประสบการณ์ชีวิตจะมุ่งเน้นในช่วงเวลาทั้งดีหรือร้ายที่บุคคลนั้น นำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากเหตุการณ์มาประยุกต์ใช้ แตกต่างจากประสบการณ์โดยทั่วไปกลับไปเป็นเพียงการเล่าถึงรายละเอียดประสบการณ์ที่ผ่านมา (บุษยมาศ แสงเงิน, 2563) โดยการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผ่านการให้ความหมายของผู้ดูแล รวมถึงกลวิธีที่ผู้ดูแลหลักใช้ในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคขณะผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อให้ได้รับข้อมูลเชิงลึกก่อให้เกิดความเข้าใจถึงพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ และไม่บ่อยแต่รุนแรงมาก ปัจจัยกระตุ้น ผลกระทบต่อผู้ดูแลหลัก และวิธีการจัดการของแต่ละพฤติกรรมรุนแรงที่ใช้แล้วได้ผลมาเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ทีมสุขภาพให้สามารถนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลหลัก ที่จะทำให้เข้าใจปัญหาได้อย่างครอบคลุมภายใต้การเข้าถึงผู้ดูแลเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม เกิดการตระหนักรู้ถึงความทุกข์ที่ผู้ดูแลหลักเผชิญตลอดจนนำผลการศึกษาที่ได้ไปสู่การศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นอย่างไร

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการทำวิจัย

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger (1962) โดยแนวคิดพื้นฐานของปรากฏการณ์วิทยาแนวการตีความ เชื่อว่าบริบททางสังคมนั้นมีผลต่อการรับรู้ของมนุษย์ (ชาย โปธิสิตา, 2564) อีกทั้งปรากฏการณ์วิทยาแนวการตีความ ตามแนวคิดของ Heidegger เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลากหลายมิติ ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาในศาสตร์จิตวิทยาเพื่อการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลในเชิงลึก (ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล, 2562) ผ่านการตีความจากภาษาของผู้ให้ข้อมูลที่ใช้โดยปกตินั้นให้เป็นภาษาที่สากลสามารถอธิบายให้เกิดความเข้าใจ ทั้งนี้ต้องไม่เป็นการทำลายหรือบิดเบือนความหมายเดิม (จอนณะจง เฟิงจาด, 2548) ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง คำบอกเล่าของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่

มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างครอบคลุม ตามความคิด ความรู้สึก ตลอดจนการรับรู้ถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่ผู้ดูแลหลักประสบมาด้วยตนเองเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง เช่น ทบตีผู้ดูแลเมื่อโกรธ ทบตีประตู ก่อเหตุรุนแรงในชุมชน ดังนั้น วิจัยเชิงคุณภาพปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของ Heidegger (1962) เชื่อว่า ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ร่วมให้ความหมายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย พฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ตามความหมายของผู้ดูแลหลัก สาเหตุของพฤติกรรมรุนแรง การจัดการพฤติกรรมรุนแรงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้ดูแลหลัก ตลอดจนการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลหลักขณะผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger (1962) เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ ผู้เป็นสมาชิกในครอบครัว ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ตามเกณฑ์ ICD-10 (F 20.0 – 20.9) มีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล (ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา สามี หรือภรรยา) ที่ทำหน้าที่ส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และก่อเหตุซ้ำ 3 ครั้งขึ้นไปภายใน 1 ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยที่เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการให้ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline) ที่ถูกสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เวลาประมาณ ไม่เกิน 60 นาทีต่อครั้ง ใช้วิธีการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ สู่การวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวิธีการของ Van Manen (1990) จะยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturated information)

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง คำบอกเล่าของผู้ดูแลหลักตามการรับรู้ ความรู้สึก ความคิด ตลอดจนความต้องการการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลหลักขณะทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่บ้านด้วยตนเองที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน ทั้งช่วงเวลาที่ดีหรือร้ายที่ผู้ดูแลหลักเคยเผชิญจนเกิดการเรียนรู้จากเหตุการณ์ต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง บุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยที่ให้การดูแลที่ตอบสนอง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ต่อเนื่อง 2 ปีขึ้นไป โดยให้การช่วยเหลือในทุกระยะของพฤติกรรมรุนแรงทั้ง ทางตรงหรือทางอ้อมต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้เองจากความเจ็บป่วยร่วม ถึงจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่มีอาการมาถึงได้ โดยไม่ได้ค่าตอบแทนใด ๆ จากการดูแล ผู้ป่วย

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ การวินิจฉัย ICD 10 ว่าเป็นจิตเภท (F20.0 – 20.9) ที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง และก่อเหตุซ้ำ 3 ครั้ง ขึ้นไปภายใน 1 ปี (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563a) ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. พยาบาล และทีมสุขภาพ มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วย จิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่บ้านได้ตรงตามสภาพบริบทของสังคมไทย
2. เป็นแนวทางในการออกแบบการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิต เภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามสภาพบริบทของสังคมไทยต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ จากเอกสาร หนังสือ ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีหัวข้อในการทบทวนวรรณกรรมดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภทและระบาดวิทยา
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรคจิตเภท
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.4 การวินิจฉัยและการดำเนินโรค
 - 1.5 แนวคิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.6 แนวคิดการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.1 ความหมายผู้ดูแล
 - 2.2 ประเภทผู้ดูแล
 - 2.3 บทบาทของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.4 การทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 2.6 แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
3. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 3.1 ความหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
 - 3.2 การจัดการพฤติกรรมรุนแรง
 - 3.3 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามบริบทชุมชน
4. แนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต
 - 4.1 ความหมาย และองค์ประกอบของประสบการณ์ชีวิต
 - 4.2 ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลัก

5.แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

- 5.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา
- 5.2 รูปแบบการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา
- 5.3 ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger
- 5.4 ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความ
- 5.5 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

6.เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

1.1 ความหมายของโรคจิตเภทและระบาดวิทยา

1.1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

World Health Organization (2022) โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความบกพร่อง ในการรับรู้ความเป็นจริงและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเกี่ยวเนื่องจาก ความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก ภาษา และ การรับรู้ตนเอง

American Psychiatric Association (2021) โรคจิตเภท หมายถึง ความเจ็บป่วยทางจิตขั้นรุนแรงที่มีลักษณะเป็นความคิดที่ไม่ต่อเนื่องกัน ความหลงผิด การรับรู้ที่บิดเบือนจากความเป็นจริง รวมถึงมีพฤติกรรมและคำพูดที่แปลกประหลาด

กนกวรรณ ลีศรีเจริญ (2558) โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และ พฤติกรรม อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ไม่มีสาเหตุอันเกิดจาก โรคทางกาย ยา หรือการเสพยาเสพติดทุกชนิด ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านสังคม การทำงาน ตลอดจนการดูแลตนเอง

จรรยา ัญญาดี (2559) โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และ พฤติกรรม เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยปราศจากสาเหตุอันเกิดจาก โรคทางกาย ยา หรือสารเสพติดทุกชนิด โดยโรคจิตเภทจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านสังคม การทำงาน สุขอนามัย

สรุป: โรคจิตเภท เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ซึ่งมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ที่บิดเบือนจากความเป็นจริง และ การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านสังคม เป็นระยะเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่เกิดจาก โรคทางกาย ยา หรือสารเสพติด

1.1.2 ระบาดวิทยาของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุด โดยจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั่วโลก 24 ล้านคนซึ่งคิดเป็น 1 ใน 300 คน (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทย โรคจิตเภทเป็นอันดับที่ 1 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด พบว่ามีความชุกของผู้ป่วยจิตเภททั้งประเทศเท่ากับ 396,131 คน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563a) โดยในจังหวัด

กรุงเทพมหานครพบจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุดในประเทศ มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น 38,219 คน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

โดยช่วงอายุที่พบได้บ่อย อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 15 – 54 ปี ซึ่งอาการมักปรากฏในช่วงอายุ 15 – 35 ปี ซึ่งเริ่มต้นปรากฏอาการอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยมีอัตราการเกิดขึ้นได้เท่ากันทั้งในเพศชายและหญิง โดยอาการของโรคจิตเภทมักจะปรากฏในเพศชายในช่วงอายุ 18 – 25 ปี ในขณะที่ผู้หญิงจะเริ่มปรากฏอาการของโรคในช่วงอายุ 25 – 30 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2557)

โดยผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ระหว่างปี พ.ศ. 2563 -2565 คือ 10,615 ราย 10,047 รายและ 9,895 ราย ตามลำดับ (งานสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 2566a) ซึ่งแท้จริงแล้ว มีเพียงร้อยละ 0.05 ของประชากรผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้นที่ได้เข้าสู่กระบวนการรับการรักษา และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาประสบความสำเร็จในการรักษาช่วง 1 ปีแรก (Sadock et al., 2017) ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาต่อความรุนแรงในชุมชน ร้อยละ 43.22 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาต่อความรุนแรงทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563a) ในปีพ.ศ. 2565 พบจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและก่อเหตุซ้ำ 3 ครั้ง/ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.37 ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาต่อพฤติกรรมรุนแรงทั้งหมด (งานสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 2566b)

1.2 พยาธิสภาพของโรคจิตเภท

สำหรับสาเหตุของโรคจิตเภทนั้น ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดเพียงพอว่าเกิดจากสาเหตุใด แต่อาจมีปัจจัยร่วมกันที่เป็นผลให้เกิดโรคจิตเภท (Tamizi et al., 2020) ทั้งปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ และสิ่งแวดล้อมโดยแบ่งได้ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ

1.2.1.1 พันธุกรรม พบว่า โอกาสในการเกิดโรคจิตเภทสูงหากว่ามีญาติเป็นผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีความใกล้ชิดทางสายเลือด (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) อาทิ คู่แฝดไข่ใบเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท (Monozygotic twins) มีโอกาสเกิดโรค ร้อยละ 47 ในขณะที่คู่แฝดต่างไข่ของผู้ป่วย (Dizygotic twins) พบโอกาสเกิดโรคจิตเภทเพียง ร้อยละ 12 (Sarkhel, 2009)

1.2.1.2 สารชีวเคมีในสมอง มีความสัมพันธ์กับการการหลั่งและการทำงานที่ผิดปกติของสาร dopamine, serotonin, norepinephrine, acetylcholine และอื่นๆ (ประภา ยุทธไตร, 2557) โดยมีรายละเอียดของสารเคมีที่เกี่ยวข้องดังนี้ (Roberts, 2019)

1.2.1.2.1 Serotonin: โดย serotonin นั้นถูกตั้งสันนิษฐานว่า การหลั่งสาร serotonin ที่มากเกินไปนั้น เป็นเหตุแห่งอาการของโรคจิตเภททั้งทางบวกและทางลบ (Sadock et al., 2017)

1.2.1.2.2 Norepinephrine: โดยมีผล กับอาการ Anhedonia ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความพร่องสำหรับความพึงพอใจทางอารมณ์และความสามารถในการสัมผัสกับความสุขลดลง ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของอาการทางลบในโรคจิตเภท การเสื่อมของเซลล์ประสาทแบบเลือกภายในระบบประสาท ที่ใช้ในการอธิบายลักษณะอาการทางจิตเภท (Bègue et al., 2020)

1.2.1.2.3. GABA: มีส่วนเกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคจิตเภท โดยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายมีการสูญเสียเซลล์ประสาท GABAergic ในสมองส่วน hippocampus โดยสาร GABA มีผลต่อการหลั่งสาร Dopamine และการสูญเสียการยับยั้ง GABAergic เซลล์ประสาท อาจนำไปสู่การทำงานเพิ่มขึ้นของเซลล์ประสาทที่หลั่งสาร Dopamine (Sadock et al., 2017)

1.2.1.2.4 Acetylcholine & Nicotine: การลดลงของ muscarinic และ nicotinic receptors ใน caudate putamen, hippocampus, และบางส่วนของเยื่อหุ้มสมองส่วนหน้า ตัวรับเหล่านี้มีบทบาทในการควบคุมของระบบสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ซึ่งเป็นความบกพร่องหลักในโรคจิตเภท (Beidel & Frueh, 2018)

1.2.1.3 กายวิภาคและสรีรวิทยาระบบประสาท เมื่อตรวจสภาพการทำงานของสมอง พบความผิดปกติของสมองที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท (เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ, 2563) เช่น การทำ Computerized Tomography (CT) ในผู้ป่วยจิตเภทจะพบว่า cerebral ventricular ขนาดใหญ่กว่าปกติ ในขณะที่ cortical และ cerebella tissue สิบเล็กกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคจิตเภท (สมภพ เรืองตระกูล, 2557) Positron emission tomography (PET) พบว่า สมองส่วน prefrontal cortex มี cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลง (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) เมื่อทำ Magnetic Resonance Imaging (MRI) พบว่าสมองส่วน frontal และ temporal lobe มีขนาดเล็กกว่าสมองโดยเฉลี่ย (Tamizi et al., 2020)

1.2.2 ปัจจัยทางจิตสังคม

1.2.2.1 ความขัดแย้งภายในจิตใจ (intrapsychic conflict) ตามแนวคิดของทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่า การเกิดโรคจิตเภทเกิดจากความบกพร่องของ ego ในการแสดงออกซึ่งการกระทำ (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557)

1.2.2.2 ความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันสูง (high expressive emotion, High EE) ที่มีการตำหนิ (Criticism) จู้จู้ยุ่งเกี่ยวมากเกินไป (over-involvement) (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) รวมไปถึง การสื่อสารสองนัย (double-blind communication) ซึ่งการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนจะส่งผลทำให้บุคคลเติบโตโดยขาดความเชื่อมั่น (Roberts, 2019)

1.2.2.3 เศรษฐกิจ โดยอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทมักพบในสังคมที่เศรษฐกิจที่ต่ำ อาจส่งผลให้เกิดโรคจากสภาพสังคมที่กดดัน (Social causation) จนทำให้บุคคลนั้นๆเกิดโรคทางจิต เช่น โรคจิตเภท อารมณ์แปรปรวน ใช้สารเสพติด (ศุทรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, 2560)

1.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท

โดยสามารถแบ่งอาการหลักของโรคจิตเภทได้ดังนี้

1.3.1 อาการด้านบวก (Positive Symptom) เป็นอาการผิดปกติที่มากกว่าคนทั่วไป ที่เกิดได้ตลอดการดำเนินโรค มักเกิดช่วงที่อาการกำเริบ (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) ดังนี้

1.3.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น (fixed believe) ที่ยากเกินกว่าจะลบล้างความเชื่อนั้น แม้ว่าเมื่อมีข้อเท็จจริงมาพิสูจน์ความเชื่อนั้นก็ตาม (จรรยา ัญญาดี, 2559) โดยมีอาการหลงผิดที่มักเกิดขึ้นบ่อยในผู้ป่วยจิตเภท เช่น หลงผิดว่าบุคคลอื่นมาหลงรักตัวเอง โดยบุคคลนั้นมักเป็นผู้ที่มีความสำคัญ หรือมีชื่อเสียง (Erotomaniac Type) เชื่อว่าตนเองมีความสามารถเหนือกว่าผู้อื่น มีความหยิ่งรู้พิเศษ (Grandiose Type) หลงผิดคิดว่าคู่ครองนอกใจ (Jealous Type) ระแวงว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง สะกดรอย หมายเอาชีวิต (Persecutory Type) หลงผิดเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง เช่น ร่างกายผิดรูปร่าง หรือ อวัยวะไม่ทำงาน (Somatic Type)

1.3.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้ความรู้สึกสิ่งต่างๆ โดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งผู้ป่วยจะมีความเชื่ออย่างมากโดยไม่สามารถอธิบายถึงความเป็นเหตุเป็นผลได้ เนื้อหาของอาการประสาทหลอนมักขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต พยาธิสภาพทางจิต กลไกทางจิตที่ใช้เพื่อลบล้างประสบการณ์ในอดีตที่ไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่สมหวัง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) สามารถแบ่งได้ออกเป็น 5 ลักษณะ ดังนี้

1.3.1.2.1 เห็นภาพหลอน (Visual Hallucination) ผู้ป่วยอาจเห็นภาพหรือเหตุการณ์ขึ้นมาเองโดยที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง อาจเห็นเป็นวัตถุ รูปภาพ ผู้คน หรือแสง

1.3.1.2.2 อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination) ผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงที่ดังมาจากจิตใจหรือดังมาจากภายนอก มักจะได้ยินเสียงคนกำลังพูดคุยกันหรือบอกให้ทำอะไรบางอย่าง ซึ่งในความเป็นจริงไม่มีใครพูดคุย

1.3.1.2.3 ประสาทหลอนทางการได้กลิ่น (Olfactory Hallucination) ผู้ป่วยอาจจะคิดว่าสิ่งที่ตนเองกำลังได้กลิ่นเป็นกลิ่นที่มาจากบางสิ่งบางอย่างรอบ ๆ ตัว หรือเป็นกลิ่นที่มาจากตนเอง เช่น ได้กลิ่นไม่พึงประสงค์เมื่อตื่นนอนมากกลางดึก

1.3.1.2.4 ประสาทหลอนทางการรับรส (Gustatory Hallucination) ผู้ป่วยอาจได้รับรสชาติของอาหารที่แปลกไปหรือเป็นรสชาติที่ไม่พึงประสงค์

1.3.1.2.5 ประสาทหลอนทางการสัมผัส (Tactile Hallucination) ผู้ป่วยอาจรู้สึกเหมือนถูกสัมผัสหรือมีบางสิ่งขยิบอยู่ในร่างกาย

1.3.1.3 ความผิดปกติของความคิด (Disorganized thinking) ผู้ป่วยพร่องความสามารถในการรวบรวมความคิดให้เป็นไปตามแนวทางเดียวกันได้ต่อเนื่อง โดยแสดงออกทางคำพูดไม่เชื่อมโยง (Disorganized speech) ส่งผลให้การสื่อสารกับผู้อื่นไม่มีประสิทธิภาพ

1.3.1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม (Abnormal disorganized behavior) ที่แสดงออกต่างจากบุคคลทั่วไป ไร้จุดหมาย เช่น หัวเราะคนเดียว ร้องเอะอะโวยวาย

1.3.2 อาการด้านลบ (Negative symptom) เป็นอาการที่มีการแสดงออกทางพฤติกรรมน้อยกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยจะมีสีหน้าเรียบเฉย ไม่พูด แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมโดยรอบ แสดงออกทางอารมณ์ที่ขาดหาย หรือน้อยเกินไป ขาดความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไร้ซึ่งเป้าหมายในตนเอง (Kring & Smith, 2021)

1.3.3 อาการด้านความคิด (Cognitive symptom) ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการทำงานของความคิดที่มีความผิดปกติ (Cognitive dysfunction) เป็นลักษณะสำคัญของโรคจิตเภท ซึ่งเป็นความพร่องตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรงในหลาย ๆ ด้าน อาทิ สมาธิจดจ่อ ความจำ การเรียนรู้ การสื่อสาร ตลอดจนการตัดสินใจ (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557)

1.3.4 อาการด้านอารมณ์ (Affective symptom) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักแสดงความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งรวมถึงภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Morrisette & Stahl, 2011) ซึ่งอาการความผิดปกติด้านอารมณ์สามารถส่งผลต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมถึงระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย (Kring & Smith, 2021)

1.3.5 อาการอื่น ๆ ซึ่งเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท อาทิ ไม่ตระหนักรู้ว่าตนเองป่วย (Lack of insight) มีความผิดปกติที่เกี่ยวกับสังคม (Social cognition deficit) เช่น ไม่รับรู้อารมณ์ของผู้อื่นต่อตนเอง หรือนำเรื่องราวอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องมาผูกโยงกับความคิดหลงผิดของตนเอง และอาจพบอาการทางประสาทร่วมด้วย (Bostrom & Boyd, 2018)

1.4 การวินิจฉัยและการดำเนินโรค

1.4.1 การวินิจฉัย โดยมีเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่นิยมในปัจจุบัน มีอยู่ 2 เกณฑ์คือเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน กับเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (F20.0-20.9) ซึ่งสามารถแบ่งอาการเป็นกลุ่มตามเกณฑ์ (มาโนช หล่อตระกูล, 2557) รายละเอียดดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10)

อาการ	รายละเอียด
กลุ่มอาการที่แสดงว่ามี ความผิดปกติของความคิด	เช่น Thought echo, thought insertion thought withdrawal, และ thought broadcasting
Delusion of control	เป็นอาการหลงผิดที่ถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอก ไม่ว่าจะเป็นการ

อาการ	รายละเอียด
	เคลื่อนไหวของแขน ขา หรือความคิด หรือการกระทำ หรือการรับรู้ ส่วน delusional perception เป็นอาการหลงผิดต่อสิ่งที่ได้รับรู้จริง
มีอาการประสาทหลอน	โดยจะมีอาการประสาทหลอนอยู่เรื่อย ๆ ไม่ว่าจะเป็นอย่างใดก็ได้
มีเสียงหลอนหรือเสียงแว่ว	เช่น เสียงแว่วที่คอยวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือหูแว่วได้ยินเสียงพูดหลายเสียงกำลังวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับผู้ป่วย
อาการหลงผิด	โดยที่อาการหลงผิดนั้นเป็นอยู่เรื่อย ๆ และไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมในบริบทที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่และเป็นไปไม่ได้ เช่น สร้างเอกลักษณ์ทางศาสนา หรือสัญลักษณ์ทางการเมืองหรือหลงผิดว่าตนเองมีอำนาจหรือพลังเหนือมนุษย์ เช่น มีความสามารถที่จะควบคุมอากาศหรือกำลังสนทนากับมนุษย์ต่างดาว
กระแสดความคิดแตกกระเจาย	ผู้ป่วยเติมความคิดมากไปจนทำให้ความคิดมีลักษณะไม่เชื่อมแน่นกัน หรือพูดไม่ตรงประเด็น หรือมีลักษณะ neologism
มีพฤติกรรมแบบ catatonia	เช่น ทำท่าค้างนาน ๆ หรือทำท่าแข็งทื่อเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) ทำทางต่อต้าน (negativism) หรือเป็นใบ้ (mutism)
มีอาการลบ	เช่น สีหน้าทื่อไม่แสดงอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสมและความสามารถทางสังคมลดลง ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม
พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง	เช่น ไม่สนใจ ไม่มีเป้าหมายในชีวิต เกียจคร้าน หมกมุ่นกับตัวเอง

โดยข้อวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD – 10 ผู้ป่วยต้องมีอาการตามข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 4 ข้อใดข้อหนึ่งอย่างชัดเจน หากอาการที่ปรากฏไม่ชัดเจน ผู้ป่วยจะต้องมีอาการ 2 ข้อหรือมากกว่าใน 4 ข้อต้น หากเป็นอาการตามข้อที่ 5 ถึงข้อที่ 8 ต้องมีอาการอย่างน้อยที่สุด 2 ข้อ อาการตามเกณฑ์เหล่านี้ มีระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน หากมีอาการตามเกณฑ์ดังกล่าวแต่เป็นน้อยกว่า 1 เดือน ไม่ว่าจะได้รับการรักษาแล้วหรือไม่ก็ตาม ใน ICD -10 จะวินิจฉัยว่าเป็น acute schizophrenia-like psychotic disorder แพทย์จึงจะวินิจฉัยให้เป็นโรคจิตเภทภายหลัง อาการยังปรากฏนานกว่า 1 เดือน

1.4.1.2 การวินิจฉัยโรคจิตเภทเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Fifth Edition (DSM-5) (American Psychiatric Association & Association, 2013) มีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยโรคจิตเภทเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท DSM-5

เกณฑ์การวินิจฉัย	อาการ
A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน โดยต้องมีอาการในข้อ 1-3 อย่างน้อย 1 อาการ	1. อาการหลงผิด 2. อาการประสาทหลอน 3. การพูดจาสับสน เนื่องจากไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นระบบได้ เช่น ตอบไม่ตรงคำถาม 4. พฤติกรรมที่ผิดปกติจากเดิมหรือมีพฤติกรรมแบบ catatonic 5. อาการด้านลบ เช่น หน้าตาเฉยเมย พูดน้อย แยกตัวจากสังคม
B. ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการใช้ชีวิตในสังคม	-
C. มีอาการโรคจิตต่อเนื่องกัน นาน 6 เดือนขึ้นไป	โดยอย่างน้อยต้องมีช่วงที่มีอาการตรงตามเกณฑ์ข้อ A อย่างน้อย 1 เดือน
D. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยาหรือสารเสพติด	-

นอกจากนี้ ยังสามารถจำแนกกลุ่มย่อย (Subtype) ตาม DSM - v สามารถแบ่งออกตามลักษณะอาการทางคลินิก สามารถแบ่งได้ 5 กลุ่มย่อย ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2557)

1. Catatonic type เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติเด่นในด้านการเคลื่อนไหว เช่น stupor, rigidity, posturing
2. Disorganized type โดยจะมีอาการเด่นในด้านการคิดที่ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน แสดงออกมาในลักษณะท่าทางหรือคำพูด
3. Paranoid type ผู้ป่วยมักจะหมกหมุ่นอยู่กับความคิดหลงผิด ภาพหลอน หรือเสียงหูแว่ว โดยไม่มีอาการด้าน Catatonic type หรือ Disorganized type ร่วมด้วย
4. Undifferentiated type โดยผู้ป่วยจะมีอาการที่สอดคล้องกับโรคจิตเภทโดยทั่วไป แต่ไม่มีอาการใดโดดเด่นดัง 3 อาการข้างต้น
5. Residual type โดยเป็นอาการที่มักพบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อาการส่วนใหญ่จะเป็นอาการทางลบ เช่น แยกตัว ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่สนใจเข้าสังคม เฉื่อยชา

1.4.2 การดำเนินโรคสามารถแบ่งระยะของโรคจิตเภท (stages of illness) ออกเป็น 5 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2557) ได้แก่ 1) ระยะก่อนป่วย (premorbid) 2) ระยะอาการนำ (prodromal) 3) ระยะเกิดโรคครั้งแรก (first episode) 4) ระยะต้น (early-course) 5) ระยะเรื้อรัง (chronic phase)

1.4.2.1 การดำเนินโรคระยะต้น ประกอบด้วย 3 ระยะย่อย คือระยะก่อนป่วย ระยะก่อนเกิดอาการทางจิตชัดเจน และระยะอาการโรคจิต (active phase) (Yelmo-Cruz et al., 2013) ดังนี้

1.4.2.1.1 ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ระยะก่อนป่วยเป็นช่วงระยะเวลาก่อนที่จะมีอาการใด ๆ ของโรค โดยมีลักษณะหลักๆที่ประกอบด้วยการมีความบกพร่องที่ไม่ชัดเจน ด้านการทำงานของสมอง (cognitive function) เช่น ระดับสติปัญญา (IQ) สมาธิจดจ่อ (attention) ความจำที่เกี่ยวกับการพูด (verbal memory) หน้าที่ด้านการบริหาร (executive function) และ ทักษะการเคลื่อนไหว (motor skills) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคม การเรียนและการทำงาน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.4.2.1.2 ระยะก่อนเกิดอาการทางจิตชัดเจน (prodromal phase) เป็นระยะที่นำมาก่อนที่จะเกิดอาการโรคจิต (pre-psychotic state) ในระยะนี้ อาการผิดปกติเริ่มในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและตอนปลาย ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแปลกจากเดิม เริ่มมีการบกพร่องในการทำหน้าที่จากเดิม ได้แก่ การสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง การแยกตัวจากสังคม ครอบครัว มีความบกพร่องเรื่องเรียนหรือการทำงาน อารมณ์แปรปรวนง่าย มีความสนใจหรือหมกมุ่นในเรื่องต่างๆ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) โดยระยะนี้ อาจจะนานหลายเดือนหรือเป็นปี ผู้ป่วยจะเริ่มบ่นไม่สบายทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย มีปัญหาในระบบย่อยอาหารด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และการทำหน้าที่ทางครอบครัวได้ไม่ดี รวมถึงการดูแลตนเองก็ไม่ได้ วิตกกังวล ฉงนงงงวย (perplex) สนใจในเรื่องนามธรรมปรัชญา เรื่องลึกลับ เรื่องทางศาสนา อาจจะมีพฤติกรรมพิกลประหลาด คำพูดผิดปกติ ความคิดวิถาวร สีหน้าผิดปกติ การรับรู้สัมผัสผิดปกติ (Ziaulkhay et al., 2020)

1.4.2.1.3 ระยะอาการกำเริบ (active phase) มีอาการทางจิตชัดเจน เช่น หลงผิดพฤติกรรมแปลกประหลาด (Brizard delusion) ประสาทหลอนที่เด่นชัดตามเกณฑ์การวินิจฉัย และบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวันชัดเจน ผู้ป่วยที่มีอาการน่าจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ตามช่วงวัย ซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้ว จนไม่สามารถปรับตัวต่อไปได้อีก จึงแสดงอาการของโรคจิตเภทออกมา (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ซึ่งระยะนี้เป็นการเริ่มป่วยหนักของโรค อาการต่างๆ มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน ส่งผลทำให้ระยะนี้ ผู้ป่วยทำหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวันไม่ได้จนต้องเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล (จรรยา ัญญาดี, 2559)ประกอบด้วยด้านต่างๆ ดังนี้

1.4.2.3.1 อาการด้านบวก (Positive Symptom) เป็นอาการผิดปกติที่มากกว่าคนทั่วไป เกิดได้หลายช่วงของการดำเนินโรค (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558) ซึ่งประกอบด้วย

1 อาการหลงผิด (Delusion) ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น (fixed believe) ที่ยากเกินกว่าจะลบล้างความเชื่อนั้น แม้ว่าจะมีข้อเท็จจริงมาพิสูจน์ความเชื่อนั้นก็ตาม (จรรยา ธัญญาดี, 2559) โดยมีอาการหลงผิดที่มักเกิดขึ้นบ่อยในผู้ป่วยจิตเภท เช่น หลงผิดว่าบุคคลอื่นมาหลงรักตัวเอง โดยบุคคลนั้นมักเป็นผู้ที่มีความสำคัญหรือมีชื่อเสียง (Erotomania Type) เชื่อว่าตนเองมีความสามารถเหนือกว่าผู้อื่น มีความหยิ่งฐิพิเศษ (Grandiose Type) หลงผิดคิดว่าคู่ครองของตนนอกใจ (Jealous Type) ระแวงว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง สะกดรอย หมายเอาชีวิต (Persecutory Type) หลงผิดเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง เช่น อวัยวะในร่างกายไม่ทำงาน (Somatic Type)

2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้ความรู้สึกสิ่งต่างๆโดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งผู้ป่วยจะมีความเชื่ออย่างมากโดยไม่สามารถอธิบายถึงความเป็นเหตุเป็นผลได้ เนื้อหาของอาการประสาทหลอนมักขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีต พยาธิสภาพทางจิตตลอดจนกลไกทางจิตที่ใช้เพื่อลบล้างประสบการณ์ในอดีตที่ไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่สมหวัง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) โดยสามารถแบ่งได้ออกเป็น 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) เห็นภาพหลอน (Visual Hallucination) ผู้ป่วยอาจเห็นภาพหรือเหตุการณ์ขึ้นมาเองโดยที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริง 2) อาการหูแว่ว (Auditory Hallucination) ผู้ป่วยได้ยินเสียงที่ตั้งมาจากจิตใจหรือตั้งมาจากภายนอก 3) ประสาทหลอนทางการได้กลิ่น (Olfactory Hallucination) 4) ประสาทหลอนทางการรับรส (Gustatory Hallucination) 5) ประสาทหลอนทางการสัมผัส (Tactile Hallucination) ผู้ป่วยอาจรู้สึกเหมือนถูกสัมผัสหรือมีบางสิ่งขยับอยู่ในร่างกาย

1.4.2.3.2 อาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรมีในบุคคลโดยทั่วไป เช่น ภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia) ไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย แต่งกายไม่สะอาด ผู้ป่วยเหม่อลอยอยู่เฉยๆ ทั้งวันไม่ทำอะไร อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด หรือไม่ยอมออกไปพบผู้คน เวลาพูดคุยด้วยจะเห็นว่าผู้ป่วยจะเฉยๆ ไม่แสดงท่าทีหรือความรู้สึกเท่าไร เป็นต้น (Bègue et al., 2020)

1.4.2.3.3 ความผิดปกติของความคิด (Disorganized thinking) ผู้ป่วยพร่องความสามารถในการรวบรวมความคิดให้เป็นไปตามแนวทางเดียวกันได้ต่อเนื่อง โดยแสดงออกทางคำพูดไม่เชื่อมโยง (Disorganized speech) ส่งผลให้การสื่อสารกับผู้อื่นไม่มีประสิทธิภาพ

1.4.2.3.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม (Abnormal disorganized behavior) ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่างไปจากคนทั่วไป โดยไร้จุดหมาย เช่น หัวเราะคนเดียว

1.4.2.3.5 อาการด้านความคิด (Cognitive symptom) ผู้ป่วยจะมีปัญหา ด้านการทำงานของความคิดที่มีความผิดปกติ (Cognitive dysfunction) ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของโรคจิตเภท ซึ่งเป็นความพร่องตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรงในหลายๆ ด้าน อาทิ สมาธิจดจ่อ ความจำ การเรียนรู้ การสื่อสาร และการตัดสินใจ (Bowie & Harvey, 2006)

1.4.2.3.6 อาการไม่ตระหนักรู้ว่าตนเองป่วย (Lack of insight) มีความผิดปกติที่เกี่ยวกับสังคม อาทิ พร่องการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง หรือนำเรื่องราวที่ไม่เกี่ยวข้องมาผูกโยงกับความคิดหลงผิดของตนเอง อาจพบอาการทางประสาทพร้อมด้วย เช่น มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก (นภวัลย์ กัมพลศิริ, 2557)

โดยสรุปนั้นการพยากรณ์โรคนั้น ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ควรทำความเข้าใจว่า การดำเนินโรคจะเป็นในทิศทางใด ดี หรือ ไม่ดี (สงกรานต์ ก่อธรรมเวศน์, 2558) ประกอบด้วยกัน 2 ลักษณะ คือ การพยากรณ์โรคดี เช่น เริ่มมีอาการขณะอายุมาก ทราบปัจจัยกระตุ้นที่ชัดเจน ไม่บกพร่องทักษะทางสังคม มีคู่สมรส เป็นต้น และ การพยากรณ์โรคไม่ดี เช่น เริ่มเป็นโรคจิตเภทขณะอายุน้อย ไร้ซึ่งปัจจัยกระตุ้นที่ชัดเจน ต่อด้านสังคม แยกตัว พร่องการสนับสนุนทางสังคม กลับเป็นซ้ำบ่อย เป็นต้น (Sadock et al., 2017)

1.5 แนวคิดการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท

1.5.1 ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง

Yudofsky et al. (1986) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมรุนแรง (Violence) หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกของพฤติกรรมรุนแรง ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น และ พฤติกรรมรุนแรงต่อการทำลายสิ่งของ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมรุนแรงระดับน้อย พฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลาง และ พฤติกรรมก้าวร้าวระดับรุนแรง ทั้งนี้ Yudofsky et al. (1986) ระบุว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ถือว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง (Violence behavior)

Oxford English Dictionary online (1989 cited in Stevenson, 2015) ได้ให้ความหมายของคำว่า พฤติกรรมรุนแรง (Violence behavior) หมายถึง การใช้กำลังเพื่อให้เกิดอันตรายต่อคนอื่น หรือ การทำลายข้าวของ รวมทั้งการกระทำหรือ การใช้วิธีการต่างๆที่เป็นสาเหตุให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือทำให้บุคคลขาดอิสรภาพ.

ในขณะที่แนวคิดของ Widom (2014) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรง (Violent behavior) และพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive behavior) มีความหมายเหมือนกันหรือเป็นคำ โดยทั้งสองคำนี้มีความซ้ำซ้อนกันและไม่สามารถแยกกันได้อย่างชัดเจน

สงกรานต์ ก่อธรรมเวศน์ (2552) กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง เป็นการใช้ความตั้งใจของกำลังทางร่างกาย หรืออำนาจ คุกคาม หรือมีการกระทำของตนเอง ผู้อื่น หรือต่อกลุ่มหรือชุมชน ซึ่งอาจจะมิผล หรือมีความเป็นไปได้สูงที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บล้มตาย ภัยอันตรายทางด้านจิตใจ พัฒนาการไม่เหมาะสม หรือขาดการดูแล

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) กล่าวว่า พฤติกรรมรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยได้กระทำ หรือ มีแนวโน้มที่จะทำการรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน

สรุป พฤติกรรมรุนแรง (Violence behavior) หมายถึง การกระทำที่รุนแรง ที่เป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ผ่านการกระทำทางวาจา การใช้กำลังประทุษร้ายโดยใช้กำลังต่อตนเอง และผู้อื่นจนเกิดความบาดเจ็บทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนการทำลายข้าวของให้เกิดความเสียหายอย่างจงใจ โดยเป็นการแสดงออกอย่างรุนแรงของแรงขับก้าวร้าว (Aggressive drive)

1.5.2 ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงทั่วไป

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำราที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรง นั้น ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด และพฤติกรรมรุนแรงทางการกระทำ (ประภา ยุทธไตร, 2557)

1.5.2.1 พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด (verbal violence) เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วย แสดงออกมากเป็นอันดับหนึ่ง (Yudofsky et al., 1986) และเป็นสัญญาณที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะก่อ พฤติกรรมก้าวร้าวโดยจะเริ่มด้วยมีการพูดเสียงดัง พูดโต้ตอบด้วยน้ำเสียงห้วน เสียงดังขึ้นเรื่อย ใช้ คำพูดกระแทกกระทั้น พูดเชิงข่มขู่วางอำนาจ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวทางคำพูดเหล่านี้จะต้อง ได้รับการจัดการ เพื่อไม่ให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในด้านการกระทำต่อไป

1.5.2.2 พฤติกรรมรุนแรงทางการกระทำ (nonverbal violence) เป็นการ แสดงออกทางที่บ่งบอกการเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ จะเริ่มมีการตึงตัวของกล้ามเนื้อมากขึ้น เช่น มี อาการกัดฟัน ตาขวาง กำมือแน่น มีอาการกระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง เดินงุ่นง่าน ไปมาตลอดเวลา แสดงความไม่พอใจหรือหงุดหงิด โดย Yudofsky et al.(1986 อ้างถึงใน เวนิช บุราชรินทร์ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2554) ได้แบ่งพฤติกรรมรุนแรงทางการกระทำออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1.5.2.2.1 พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง (physical violence against self) เช่น ดึงเส้นผม ศีรษะโขกพื้น การหยิก ข่วนผิวหนัง ชกตีตนเอง กัดปากตัวเอง กระแทก ลำตัวกับกำแพง กำปั้นชกต่อผนังห้อง จนมีรอยฟกช้ำที่ลำตัว แขนและขา

1.5.2.2.2 พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น (physical violence against other people) เช่น ชกต่อย ดึงเส้นผม กระชากเสื้อผ้า ลำตัว และจับผู้อื่นทุ่มไปมา ตบตี ทำร้ายร่างกาย ผู้อื่น จนทำให้เกิดรอยช่วน ฟกช้ำ บวม แดง จนอาจรุนแรงถึงกระดูกหัก ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต

1.5.2.2.3 พฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ (violence against object) เช่น บุกลุกพื้นที่ เขย่าประตู ฉีกทำลายเครื่องนุ่งห่ม ทำให้เกิดความสกปรก ปิดสิ่งของลงพื้น ทูบเฟอร์นิเจอร์ภายในห้องต่างๆ ชีด/ทำลายฝาผนังห้อง ทูบสิ่งของให้แตก

สรุปได้ว่า ลักษณะการแสดงออกพฤติกรรมก้าวร้าว มีการแสดงออกมากทั้งทางคำพูดและ ทางการกระทำ โดยพฤติกรรมดังกล่าวมีผลกระทบต่อทั้งตนเอง ผู้อื่น ตลอดจนทรัพย์สิน ดังนั้นผู้ดูแล หลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น ควรมีความเข้าใจ และสามารถสังเกตถึงพฤติกรรมรุนแรง เหล่านี้ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์สู่การรักษาผู้ป่วยจิตเภทขณะพฤติกรรมรุนแรงต่อไป

1.5.3 ระยะเวลาพฤติกรรมรุนแรง

สามารถแบ่งระยะเวลาพฤติกรรมรุนแรงโดยทั่วไป 3 ระยะ ดังนี้ (Brucato et al., 2018)

1.5.3.1 ระยะก่อนแสดงพฤติกรรมรุนแรง โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงย่อย คือ

1.5.3.1.1. ระยะกระตุ้น (Triggering events) เมื่อบุคคลประสบต่อเหตุการณ์หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดอารมณ์โกรธ หงุดหงิด หรือความเครียด ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลนั้น ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงแสดงออกตามแรงขับก้าวร้าว (Aggressive drive)

1.5.3.1.2 ระยะเวลาลุกลาม ซึ่งมีระยะที่สั้น หรือยาวนานขึ้นขึ้นอยู่กับปัจเจกบุคคล โดยเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อระดับ adrenaline ที่เพิ่มขึ้น เพื่อตอบสนองร่างกายในภาวะ สู้ หรือหนี มีการแสดงออกทางร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อเกร็ง หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

1.5.3.2 ระยะเวลาแสดงพฤติกรรมรุนแรง แสดงพฤติกรรมรุนแรงทั้งทางกายหรือทางวาจาต่อผู้อื่น สิ่งของหรือต่อตนเอง ทั้งตะโกน ขว้างปาหรือทุบสิ่งของ หากมีอาการแปรปรวนและถูกกระตุ้นที่มาก ความสามารถในการประมวลผลข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลลัพธ์จำกัดอย่างมาก

1.5.3.3 ระยะเวลาหลังเกิดพฤติกรรมรุนแรง เมื่อผ่านพ้นระยะแสดงพฤติกรรมรุนแรง ร่างกายจะใช้ระยะเวลาในการกลับเข้าสู่สภาวะปกติจากการตอบสนองภาวะ สู้ หรือหนี ทั้งนี้อาจเกิด post-crisis depression ภายหลังอาการสงบลง บุคคลนั้นจะรู้สึกเหนื่อยล้า ไม่มีความสุข ตลอดจนรู้สึกผิดซึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ผลกระทบที่ผ่านมาจากระยะแสดงพฤติกรรมรุนแรง

สรุป ระยะเวลาพฤติกรรมรุนแรงประกอบด้วย ระยะเวลาพฤติกรรมรุนแรง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเวลาก่อนแสดงพฤติกรรมรุนแรง ระยะเวลาแสดงพฤติกรรมรุนแรง และ ระยะเวลาหลังเกิดพฤติกรรมรุนแรง

1.6 แนวคิดการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท

อัตราการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะพบสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรงสูง โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงสูงสุดในผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ร้อยละ 48 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563a)

1.6.1 ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่พบในผู้ป่วยจิตเภท

เดชา ลลิตอนันต์พงศ์ (2561) ได้ระบุถึง ลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่พบในผู้ป่วยจิตเภทไว้ 2 ลักษณะ คือ

1. ความรุนแรงต่อตนเอง (Self-directed violence) คือ การกระทำที่ตั้งใจ อันเป็นเหตุให้เกิดบาดเจ็บต่อตนเอง ตั้งแต่ความรุนแรงที่มีระดับน้อย เช่น การทำร้ายทางจิตใจให้ตนเองเศร้าเสียใจ การทุบตี หรือทำร้ายตนเอง (Self-injury) ไปจนถึง ทำร้ายตนเองที่ความรุนแรงถึงขั้นสูญเสียอวัยวะ (Self-mutilation) หรือร้ายแรงสุด คือ เสียชีวิตได้ (Committed suicide)

2. ความรุนแรงต่อผู้อื่น (Interpersonal violence) คือ ความรุนแรงที่กระทำกับบุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคล ซึ่งอาจรู้จักกันหรือไม่รู้จักก็ได้ เช่น ความรุนแรงต่อเด็ก (Child abuse)

ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (Elderly abuse) ความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรงในชุมชน เช่น การก่อเหตุวางเพลิง การข่มขืน

ในขณะที่ กานต์ จำรูญโรจน์ (2561) ได้จำแนกถึงลักษณะของพฤติกรรมรุนแรงที่พบในผู้ป่วยจิตเภท โดยแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมรุนแรงแบบ active violence ซึ่งเป็นการกระทำจากผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง โดยมุ่งทำลายสิ่งของ หรือ ทำร้ายซึ่งตัวบุคคล เช่น การทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทบทำลายสิ่งของ

2 พฤติกรรมรุนแรงแบบ passive violence เป็นความรุนแรงทางวาจา ที่ไม่ก่อความเสียหายโดยตรง มักเน้นกับบุคคล เช่น การพูดเสียดสี การด่าว่า เป็นต้น

1.6.2 สาเหตุ

พฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท อันเกิดได้จากหลายสาเหตุ สาเหตุที่สำคัญเกิดจากการใช้สารเสพติด ร่วมกับพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ จากอาการประสาทหลอนหรืออาการหลงผิด ซึ่งสัมพันธ์กับรอยโรคที่สมองส่วนหน้า (frontal lobe) ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นระยะเวลานาน แต่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นช่วงสั้นๆ จะสัมพันธ์กับอาการทางบวก (Positive Symptom) เช่น ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดว่าจะมีคนมาทำร้าย จึงแสดงออกซึ่งพฤติกรรมรุนแรงเพื่อเป็นการป้องกันตนเอง (Lindenmayer & Khan, 2006)

1.6.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท

โดยสามารถแบ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทเป็น 2 ลักษณะ คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ดังนี้

1.6.3.1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล

1.6.3.1.1 ผู้ป่วยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงซ้ำใน 1 ปี ที่ผ่านมา

ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นหรือทรัพย์สิน เช่น อาละวาดทำร้ายข้าวของ ทบตีผู้ดูแลหรือบุคคลใกล้ชิด ตลอดจนผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติก่ออาชญากรรมร้ายแรง ผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นได้ง่าย มีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (เพชรี คันธสายบัว และคณะ, 2563)

1.6.3.1.2 บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม

บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมนั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีบุคลิกดังกล่าว จะมีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เคารพและล่วงเกินสิทธิของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นบุคลิกที่ปรากฏตั้งแต่วัยเด็กหรือวัยรุ่นต่อเนื่องจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ และมีแนวโน้มที่จะประทุต่อซึ่งเป็นไปเพื่อให้ตนเองนั้นรู้สึกปลอดภัย โดยมีสนใจครอบงำ (Hodgins & Klein, 2017)

1.6.3.1.3 การใช้ยารักษาโรคจิตไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรักษาไม่เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยผู้ป่วยมักจะปฏิเสธการรักษา และคิดว่าตนหายจากโรคจิตเภทแล้ว ทำให้หยุดรับประทานยา เป็นผลให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ สูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา (Witt et al., 2013)

1.6.3.1.4 อาการทางบวก: อาการทางบวก ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยแสดงออก ในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ลักษณะเด่นของอาการทางบวกอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงตามมา เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจากอาการทางบวกอาจจะมีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น (เวนิช บุราชรินทร์ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2554)

1.6.3.2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

1.6.3.2.1 การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จะมีโอกาสกำเริบซ้ำ การแสดงอารมณ์สูงจะเกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งคาดว่าจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตอันส่งผลให้มีการป่วยซ้ำสูง มีการตำหนิ (Criticism) จู้จี้ยุ่งเกี่ยวมากเกินไป (over-involvement) รวมไปถึง การสื่อสารสองนัย (double-blind communication) ซึ่งจะส่งผลทำให้บุคคลเติบโตโดยขาดความเชื่อมั่น อันนำไปสู่การเกิดโรคจิตเภท โดยเฉพาะในอาการด้านบวก (Positive Symptom) (San et al., 2013)

1.6.3.2.2 มีประวัติการใช้สารเสพติด

การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติด โดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือโดยวิธีอื่นๆ ซึ่งสารเสพติดที่กระตุ้นประสาทในช่วงต้นของการเมาจะมีอารมณ์ครั้นเคร่งตลอดเวลา ต่อจากนั้นอารมณ์จะเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว กลายเป็นอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้มักเป็นผลมาจากการขาดความยับยั้งชั่งใจโดยเฉพาะช่วงของการเมาสารเสพติด ร่วมกับอารมณ์ที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงง่าย และการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม (เพชรรี คันธสายบัว และคณะ, 2563)

1.6.3.2.3 การสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่สูง จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการทางบวกที่เป็นปัจจัยหลักทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรง แต่ในขณะเดียวกัน อุบัติการณ์ของโรคจิตเภทมักพบในสังคมที่เศรษฐกิจฐานะต่ำเป็นผลให้ครอบครัวพร้อมการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยจิตเภทได้เพียงพอ ส่งผลให้เกิดโรคจากสภาพสังคมที่กดดัน (Social causation) นำไปสู่อาการกำเริบได้ (กชพร รัตนสมพร และคณะ, 2558)

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ขณะอยู่ในชุมชน ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ โดย สำหรับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเองที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนนั้น ประกอบด้วย ผู้ป่วยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรงซ้ำใน 1 ปีที่ผ่านมา บุคลิกภาพต่อต้านสังคมการใช้ยารักษาโรคจิตไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาอาการทางบวกและประวัติการใช้สารเสพติด ในส่วนของปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

เพื่อช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ ภายใต้แนวความคิดในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน (ผ่องศรี งามดี, 2563) ดังนี้

1.7.1 การประเมินสภาพผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ขั้นตอนนี้พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกขณะนั้น รวบรวมข้อมูลโดยจากการสังเกตสัมภาษณ์ และวิธีอื่นๆ ประกอบด้วย ข้อมูลจากการสังเกต (Objective data) เช่น ผู้ป่วยที่มีแววตาแข็งกร้าว กำมือแน่น และข้อมูลจากการสอบถาม (Subjective data) เช่น ชูทำอันตรายต่อผู้อื่นหรือสิ่งของ เป็นต้น นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องมีค้อยประเมินผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด ค้นหาและลดสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นการเกิดพฤติกรรมรุนแรงนั้นๆด้วย อาทิ เสียงที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกระแวง (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2561)

3.4.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง กำหนดปัญหาและสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ขั้นตอนนี้ระบุปัญหา เมื่อเทียบกับกระบวนการพยาบาลที่ใช้กันโดยทั่วไป คือ "ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่นเนื่องจากพร่องการรับรู้ร่วมกับหูแว่ว" "ผู้ป่วยตบตีบุคคลอื่นเนื่องจากควบคุมความโกรธไม่ได้" เป็นต้น (จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และ ปลดดา เหมโลหะ, 2562)

1.7.3 การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อมุ่งเป็นการป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น รวมถึงเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการภาวะอารมณ์ของตนเองในขณะนั้น (Ziaulkhaq et al., 2020) ให้สัมพันธ์กับปัญหาการพยาบาล

1.7.4 การปฏิบัติการพยาบาล มีลักษณะมุ่งเป้าหมาย (Directed goal) เพื่อจัดการต่อปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะ (Specific problem) ของสถานการณ์ของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน เป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินภายใต้ข้อจำกัดของเวลา (Ziaulkhaq et al., 2020) ต้องแสดงออกถึงการมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเปิดเผย คล่องแคล่วในการปฏิบัติให้การช่วยเหลือ ไวต่อการสังเกต (Sensitivity) มีความตระหนักรู้ในตนเองตลอดเวลา ช่วยให้สามารถคิด และตัดสินใจได้อย่างเป็นขั้นตอน ในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งความปลอดภัยในชีวิตของผู้ป่วยและลดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมรุนแรงลง (Yudofsky et al., 1986) วิธีการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยวิธีการดังนี้

1.7.4.1 การช่วยเหลือโดยการพูดคุย (Verbal intervention) การจัดการด้วยวาจา เป็นวิธีที่ทำให้การพยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก (Priority and Hierarchy) ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะเรื่องการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การปฏิสัมพันธ์ทางจิตสังคม ระบบข่าวสาร การดูแล และระดับความมั่นใจ นอกจากนี้การจัดการด้วยวาจายังมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาโดยวิธีกาพูดออกมา (ผ่องศรีงามดี, 2563) พยาบาลต้องสามารถนำทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยซึ่งขาดการควบคุมตัวเองอย่างรุนแรง การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยนั้น ต้องทำด้วยความเมตตากรุณาและเคารพในความเป็นคนของผู้ป่วย ควรพึงระลึกอยู่เสมอว่า มีหน้าที่ช่วยเหลือ ลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย ใช้คำพูดที่สื่อความรู้สึกเอื้ออาทร (Caring) เจตคติต่อการช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ (Ziaulkhaq et al., 2020)

1.7.4.2 การพยาบาลด้านกายภาพ (Physical interventions) การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในบางสถานการณ์จำเป็นต้องเลือกวิธีการจัดการทางกายภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น วิธีการจัดการทางกายภาพได้แก่ การรักษาทางยา (Pharmacologic intervention) ถ้าความพยายามควบคุมพฤติกรรมรุนแรงด้วยคำพูดและทีมการรักษาไม่ได้ผลจะต้องใช้วิธีให้ยาสงบประสาทชนิดที่ออกฤทธิ์เร็ว (Rapid tranquilizer) ทางกล้ามเนื้อ เช่น ยา Haloperidol (Citrome & Volavka, 2015)

1.7.4.3 การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย (Seclusion) ซึ่งประกอบด้วย

1.7.4.3.1 การใช้ห้องจำกัดพฤติกรรม ซึ่งใช้กรณีที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงออกมาและส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและสิ่งของมาก ซึ่งสภาพภายในห้องต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคลและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยโดยไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณทำโทษ เพราะจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลใจมากขึ้น ควรดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล อธิบายให้เข้าใจถึงการนำผู้ป่วยไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมรุนแรงได้ (อารีย์ หินเพชร, 2562)

1.7.4.3.2 การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด (Restraint) โดยจะเลือกเป็นวิธีการสุดท้ายที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยหลังจากการใช้วิธีอื่นไม่ได้แล้ว และผู้ป่วยมีแนวโน้มทำร้ายตนเองและผู้อื่น ซึ่งพิจารณาใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัด เมื่อใช้วิธีอื่นไม่ได้ผลแล้วเท่านั้น การใช้การผูกมัดเพื่อการบำบัดเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก อยู่นิ่งไม่ได้ แสดงพฤติกรรมรุนแรงใช้คำพูดขยับยั้งอีกไม่ได้แล้ว เพื่อป้องกันผู้ป่วยทำร้ายตนเองและผู้อื่น ฆ่าตัวตาย (เนาวรัตน์ สุขณะล้ำ, 2563)

1.7.4.4 จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษาและจัดโปรแกรมเพื่อการรักษา (Therapeutic environment and programming) สิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรงได้ การจัดสิ่งแวดล้อมและโปรแกรมต่างๆ จำเป็นต้องระมัดระวังให้กระตุ้น

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด คำนึงถึงการจัดการที่สร้างความปลอดภัยให้กับตัวพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ในการเลือกวิธีการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงพยาบาลอาจใช้วิธีการที่กล่าวมาร่วมกันหรืออาจเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งตามความเหมาะสม ในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล ต้องมีการตรวจสอบผลการปฏิบัติการระหว่างทาง ช่วยเหลือและปรับแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการช่วยเหลือในขณะนั้นต้องทำการประเมินซ้ำ ในระหว่างให้การช่วยเหลือว่าวิธีการที่ใช้ยังสามารถทำให้สถานการณ์คลี่คลายมากขึ้นน้อยเพียงใจ เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงวิธีการช่วยเหลือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้

1.7.4.5 วิธีอื่นๆ เช่น จัดหาวิธีอื่นๆเพื่อบรรเทาความสนใจของผู้ป่วย จัดกิจกรรมทางกายที่มุ่งเน้นการปลดปล่อยพลังออกไป อาทิ กิจกรรมออกกำลังกายประกอบจังหวะ สนทนาเพื่อการบำบัด รูปแบบ Cognitive Behavior approach เน้นไปที่การคิด โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สะท้อนถึงกระบวนการคิดของผู้ป่วยที่มีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมรุนแรง ลดการคาดหวังของผู้ป่วยที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยลดความตึงเครียดของผู้ป่วยลงได้ (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2561)

นอกจากนั้นแล้ว จากการศึกษาเพิ่มเติม เรื่อง The effect of yoga on clinical insight and medication adherence in patients with schizophrenia - A randomized controlled trial ของ Budak and Yilmaz (2019) ซึ่งผู้วิจัยได้มีการระบุว่า การบำบัดด้วยโยคะอาจมีผลต่อโรคจิตเภทเกิดผลผ่านกลไกต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงใน plasticity ของสมอง การเพิ่มระดับoxytocin และการปรับปรุงสารเคมีในสมอง ซึ่งจะช่วยให้ลดอาการบวมและลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ เป็นผลทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตและการทำงานในสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยคาดว่าอาจมีผลกระทบต่อการใช้ความเข้าใจโรค (Insight) และการปฏิบัติตามยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลกระทบของการฝึกโยคะต่อการใช้ความเข้าใจโรคและการปฏิบัติตามยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการฝึกโยคะ (intervention group) และกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกโยคะ (control group) ผู้วิจัยวัดระดับการใช้ความเข้าใจโรคและการปฏิบัติตามยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการฝึกโยคะ โดยผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการฝึกโยคะมีการมีความเข้าใจโรคและการปฏิบัติตามยาที่สูงขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกโยคะ ผู้วิจัยสรุปว่า การฝึกโยคะอาจเป็นวิธีการช่วยเสริมการรักษาโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.7.5 การประเมินผลทางการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล ซึ่งจะต้องประเมินผลการช่วยเหลือที่ได้ปฏิบัติไปแล้วว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด เป็นการประเมินประสิทธิภาพการพยาบาลว่า การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับนั้นสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวในทางที่เหมาะสมหรือไม่ รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจต่อผู้ป่วยและทีมบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือ ตลอดจนบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลทุกครั้งเมื่อกระบวนการพยาบาลสิ้นสุดลง

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นการปฏิบัติการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินสถานการณ์ วางแผนและเลือกวิธีการต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันจำกัด เพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและคนอื่น ดังนั้น พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะใช้กระบวนการพยาบาล ดำเนินการตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนการประเมินภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมการพยาบาล

2.แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2.1 ความหมายผู้ดูแล

Davis (1992) ได้ให้หมายของผู้ดูแล คือ ญาติหรือบุคคลที่ให้ความดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยขณะพักอยู่ที่บ้าน ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (1996) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแล คือ คนในครอบครัวหรือผู้ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Family caregiver) อาจมีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยที่ให้การช่วยเหลือ ทั้งทางตรงหรือทางอ้อมต่อผู้ป่วย ผู้ซึ่งมีได้รับผลกระทบจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจที่ส่งผลให้ภาวะสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลง ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่คิดหวังค่าตอบแทนใดๆ ซึ่งการให้การดูแลช่วยเหลือนั้นอาจเกิดขึ้นที่บ้าน ชุมชนหรือที่อยู่อาศัยที่ไม่ใช่สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล

ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์ (2557) ให้ความหมาย ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน แทนบุคลากรทางการแพทย์

นิภาวรรณ ศรีโยหะ (2563) ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายอาศัยอยู่ร่วมกันมากกว่า 2 ปี ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักจากจิตแพทย์ด้วย ICD10 จิตเภท (F20.0 – 20.9)

สุกัญญา แก้วศิริ (2561) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศหญิงและเพศชาย เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย เช่น บิดามารดา สามีภรรยา บุตร พี่น้อง เขย สะใภ้ ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง โดยให้เวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนจากการดูแลผู้ป่วย

Tamizi et al. (2020) ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอันใกล้ชิดที่ทำหน้าที่หลากหลายด้านในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และยังต้องทำหน้าที่ในการจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วยที่คาดไม่ถึง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว

สรุป บุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยที่ให้การดูแลที่ตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ ต่อเนื่อง 2 ปีขึ้นไป โดยให้การช่วยเหลือในทุกระยะของพฤติกรรมรุนแรงทั้งทางตรงหรือทางอ้อม ต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้เองจากความเจ็บป่วยรวมถึงจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่มีอาการจนถึงได้ โดยไม่ได้ค่าตอบแทนใด ๆ จากการดูแลผู้ป่วย

2.2 ประเภทผู้ดูแล

2.2.1 จำแนกตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลของผู้ดูแล (ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ, 2557) สามารถจำแนกได้ดังนี้

2.2.1.1 Primary Caregiver หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้ดูแลอื่น

2.2.1.2 Secondary Caregiver หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในการมีส่วนร่วมของการดูแลเท่านั้น อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2.2.2 จำแนกตามความสัมพันธ์ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (George, 1996) ดังนี้

2.2.2.1 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2.2.2.2 ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

สรุป การจำแนกประเภทของผู้ดูแล สามารถจำแนกโดยอ้างอิงตาม 2 ลักษณะหลักๆ คือ ตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล และ ตามความสัมพันธ์ หากจำแนกตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ ผู้ดูแลหลัก กับ ผู้ดูแลรอง แต่ถ้าหากแบ่งตามความสัมพันธ์ สามารถแบ่งประเภทผู้ดูแลได้เป็น สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ และ บุคคลที่รับค่าตอบแทนในการดูแลหรือ ผู้ดูแลที่เป็นทางการ

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ประเภทของผู้ดูแลที่กำหนดให้เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ ความสัมพันธ์ส่วนตัวเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ กับผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

2.3 บทบาทของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

เคอรี่วัลย์ ศรียารัตน์ (2558) ได้อธิบายบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ว่า โรคจิตเภทนั้นถือเป็นโรคที่เรื้อรัง บทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลหลักซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องดูแล และประคับประคองอาการผู้ป่วยไม่ให้กำเริบ

นลิน ดวงปัญญา และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2563) ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่ต้องรับรู้ผู้ป่วยผิดปกติและแสวงหาการรักษา เช่น การรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ การแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมถึงการทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็ความหลากหลายของความทุกข์ถ้าโถมเข้ามาในชีวิต ตลอดจนการทำใจยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย นอกจากนี้การดูแลฟื้นฟูและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำ เพื่อเป็นการทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้กลับมาประกอบอาชีพและมีรายได้เป็นของตนเอง

นิภาวรรณ ศรีโยหะ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2563) ได้ระบุถึง ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยการจำกัดพื้นที่ของผู้ป่วยให้อยู่เฉพาะภายในบ้าน คือ การจำกัดให้ผู้ป่วยอยู่เฉพาะพื้นที่ในช่วงที่มีอาการทางจิต ลดการพบปะกับคนแปลกหน้า เพื่อป้องกันความคิดฟุ้งซ่าน ป้องกันความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้อาการกำเริบ ตลอดจนป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหากผู้ป่วยหนีออกจากบ้านในช่วงที่อาการทางจิตกำเริบ

วิลาวัลย์ กล้าแรง และคณะ (2565) กล่าวถึง ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง คือ ผู้ที่ดูแลทุกอย่าง ทั้งเรื่องอาหารการกินความเป็นอยู่ จัดการทั้งงานบ้านงานอาชีพ ครอบครัวต้องใช้จ่ายเงินจำนวนมากหรือขายทรัพย์สินเพื่อเหมารถนำผู้ป่วยไปรักษา หรือแสวงหาการรักษาอื่น เช่น รักษาที่คนทรงเจ้า ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านหรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

สรุปล ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง บุคคลใกล้ชิดอันเกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยที่ให้การดูแลแทนบุคลากรทางการแพทย์ในชุมชน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อย่างต่อเนื่อง โดยให้การช่วยเหลือในทุกระยะของพฤติกรรมรุนแรงทั้งทางตรงหรือทางอ้อมต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้เองจากความเจ็บป่วย รวมถึงจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่มีอาจคาดถึงได้ โดยที่ผู้ดูแลไม่คิดหวังค่าตอบแทนใดๆ

2.4 การทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ดูแลหลักมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทการแก้ปัญหา ที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ (พิเชษฐ อุตมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) ดังนี้

2.4.1 พยายามจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ที่ชัดเจนของการมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเดือดร้อน เช่น อาการนอนไม่หลับ เป็นต้น

2.4.2 พยายามให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยอาจคิดว่าอาการดีขึ้นแล้วจึงไม่ยอมรับประทานยา อีกทั้งอาการข้างเคียงจากยาทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธรับประทานยาต่อไป

2.4.3 ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมมาพบแพทย์ ผู้ดูแลควรมาพบเพื่อปรึกษาอาการร่วมกับแพทย์

2.4.4 หากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบจนอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ควรให้คนช่วยกันจับพามาโรงพยาบาล เพื่อรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจ เพื่อขอความช่วยเหลือในการนำส่งดังกล่าว

สรุป การทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลหลักมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทการแก้ปัญหา อาทิ พยายามจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์การรักษา พยายามให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมมาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น

2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากที่สุด จึงเป็นบุคคลแรกที่ต้องเผชิญต่อพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วย (ศิริพร บุรณกุลกิจการ และคณะ, 2561) สามารถจำแนกผลกระทบในแต่ละด้านได้ดังนี้

2.5.1 ด้านร่างกาย: ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในช่วงที่มีพฤติกรรมรุนแรง นั้น จะยิ่งเห็นได้ชัดว่า ผู้ดูแลหลักมีท่าทีเหนื่อยล้า อันเนื่องจากนอนไม่หลับจากการคอยเฝ้าระวังอันตราย บางรายบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย (ปัญญา ทองทัฬห และ กฤตยา แสงเจริญ, 2556)

2.5.2 ด้านจิตใจ: จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของ Gupta et al. (2015) ได้ระบุผลการวิจัยว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อเทียบกับผู้ดูแลของผู้ป่วยอื่นนั้น มีค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ดูแลหลักยังได้รับผลกระทบทางจิตใจจากสังคมภายนอก อาทิ การถูกกีดกันทางสังคม การรับรู้ถึงตราบาป ความอับอายขายหน้าของผู้ดูแลหลัก (Neha et al. 2021)

2.5.3 ด้านเศรษฐกิจ: เนื่องด้วยทรัพย์สินได้รับความเสียหาย รวมถึงผู้ดูแลหลักขาดรายได้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิดขณะที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Caqueo-Urizar et al., 2014) ผู้ดูแลหลักต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการดูแล (ทางตรง ทางอ้อม และประเมินค่าไม่ได้)

นอกเหนือจากการยอมรับในศักยภาพการทำงานที่สูญเสียและการว่างงาน ของผู้ป่วย (Kulhara et al., 2012) ในขณะที่โรคจิตเภทยังเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยมีต้นทุนทางตรงโดยรวมของโรคจิตเภทในไทยมีอยู่ที่ประมาณ 87,000 บาท/คน (Phanthunane et al., 2012)

2.5.4 ด้านสังคม: พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกนำเสนอในสื่อต่างๆ ยิ่งทวีความหวาดกลัวให้กับครอบครัวและชุมชน (นุษณี เอี่ยมสะอาด และคณะ, 2563)

สรุป ผลกระทบจากการเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมากที่สุด เป็นบุคคลแรกที่ต้องเผชิญต่อพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วย โดยมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

2.6 แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

นอกเหนือจากการดูแลให้การรักษาส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลในชุมชนให้เกิดความแข็งแรงมั่นใจ เชื่อมั่นที่แก้ปัญหาให้ผ่านเหตุการณ์ร้ายๆร่วมกับผู้ป่วยได้ (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557) ทั้งนี้ได้มีการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรง มีดังนี้

2.6.1 แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรงโดยการส่งเสริมพลังสุขภาพจิต ซึ่งมีมีการศึกษาของ กริณี สังข์ประคอง (2562) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในกลุ่มผู้ดูแลทั้งสิ้น 20 คน ที่นำผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยพัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบคือ พลังฮึด พลังฮึด และพลังสู้ โดยประกอบด้วย 7 กิจกรรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.385$ และ 5.204 , $p < 0.05$ ตามลำดับ)

2.6.2 แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรงโดยการส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง อาทิ ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของ รัตนา พันจุย และคณะ (2557) ซึ่งโปรแกรมถูกพัฒนามาจากแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มของ Mahler (1969 อ้างถึงในรัตนา พันจุย และคณะ, 2557) เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ทั้งสิ้น 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากัน โดยดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการก่อตั้งกลุ่ม 2) ขั้นการเปลี่ยนลักษณะของกลุ่ม 3) ขั้นการดำเนินงาน 4) ขั้นยุติการให้คำปรึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ($\mu = 2.60$, $SD = .12$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\mu = 1.80$, $SD = .41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ในขณะที่ การศึกษาของ ศิริธนา ยะมะโน และ รัชนิกร อุปเสน (2563) มุ่งเน้นไปที่ทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984 อ้างถึงใน ศิริธนา ยะมะโน และ รัชนิกร อุปเสน, 2563) จำแนกเป็นการดำเนินการผ่านกระบวนการรู้คิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญต่ำกว่ากับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=0.877$)

2.6.3 แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรงโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพบการศึกษาของ ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ และคณะ (2562) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวก

ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 ครอบครัว เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ใช้แนวคิดการจัดการของ Dodd et al (2001 อ้างถึงใน ฐิตินันท์ อ้วนล่า และคณะ, 2562) ประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman et al. (2003 อ้างถึงใน ฐิตินันท์ อ้วนล่า และคณะ, 2562) ในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางบวก ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรม การจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 และ หลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการ อาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

2.6.4 แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรงโดยการสร้างความเข้มแข็งในการมองโลก การศึกษาของ เตือนแรม ยศปัญญา และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้แนวคิดความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky (1979 อ้างถึงใน เตือนแรม ยศปัญญา และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2557) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหาด จังหวัดสระแก้ว ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน โดยมีการจัดกิจกรรม 6 ครั้ง จัดกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรงนั้นมีหลากหลายด้าน อาทิ การส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท การส่งเสริมการเผชิญปัญหาและเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมไปถึงการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรงนั้น ล้วนแต่เป็นแนวทางที่ช่วยลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรงทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีโปรแกรมหรือการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรง แต่กลับพบว่า ยังมีการค้นพบซึ่งผลกระทบที่เป็นปัญหาซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรงในประเทศไทยอยู่ (Upasen & Saengpanya, 2022) ทั้งนี้ หากมีการศึกษาที่เข้าใจถึงความจริงในประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงว่าเป็นอย่างไร ครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึก ความคาดหวัง ตลอดจนความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างเป็นองค์รวม ซึ่งจะนำไปสู่การค้นหาคำตอบที่เกี่ยวเนื่องเพิ่มเติมและการหาแนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลดังกล่าวให้สอดคล้องกับความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงในบริบทชุมชน

3.1 ความหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ปัญญา ทองทัฬ และ กฤตยา แสงเจริญ (2556) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง หมายถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกครอบครัวเมื่อเกิดพฤติกรรมรุนแรง จะจัดการเมื่อรู้สึกว่ามีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มมากขึ้น อาทิ ถูกรังแกและไล่พ้นคนในบ้านจนต้องหนีเพื่อเอาตัวรอด จากนั้นผู้ดูแลจึงขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน หรือตำรวจ เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาที่โรงพยาบาลหรือแจ้ง 1669 บางครั้งอาจใช้วิธีชู่ว่าจะพาไปนอน โรงพยาบาล หากมีอาการเอะอะ อาละวาด หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย จะสงบเมื่อผู้ดูแลใช้คำพูดดีๆไม่ถ้อยสาและบอกสมาชิกอื่นๆให้เข้าใจผู้ป่วย

Imkome and Waraassawapati (2018) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นการควบคุมอาการทางจิต โดยผู้ดูแลจะต้องตระหนักถึงความถี่ เวลา เนื้อหา สัญญาณเตือน และการตอบสนองของผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร่งนั้น

วิลาวัลย์ กล้าแรง และคณะ (2565) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงคือการดูแลทุกอย่าง ทั้งเรื่องอาหารการกินความเป็นอยู่ทุกอย่างจัดการทั้งงานบ้านงานอาชีพ ครอบครัวต้องใช้เงินจำนวนมากหรือขายทรัพย์สินเพื่อหารถนำผู้ป่วยไปรักษา หรือแสวงหาการรักษาอื่นๆ เช่น รักษา กับคนทรงเจ้า บางครั้งก็ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านหรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สรุป การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง คือ การตอบสนองความต้องการผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ในขณะที่ผู้ป่วยอาการกำเริบ โดยจะต้องตระหนักถึง ผลกระทบที่อาจตามมา ทั้งร่างกาย ทรัพย์สิน และชุมชนโดยรอบ โดยเน้นที่พาผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา หากจัดการด้วยเองไม่ได้ อาจมีการขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น เพื่อนบ้าน อสม.

3.2 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงในบริบทชุมชน

(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563b)

3.2.1 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยครอบครัว/ชุมชน

ญาติ/ผู้ดูแล/แกนนำชุมชน/อปท./รพ.สต./อสม./ผู้เกี่ยวข้อง สังเกตผู้ป่วยมีความเสี่ยง/มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง/ฆ่าตัวตาย เช่น มีอาวุธ มีพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive ไม่สามารถควบคุมตนเองได้(เอะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ฯลฯ) หรือใช้แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

3.2.1.1 ถ้าอาการไม่รุนแรง ญาติ/ผู้ดูแลสามารถจัดการได้ นำผู้ป่วยส่งหน่วยบริการสาธารณสุข (แผนกฉุกเฉิน (ER)/แผนกจิตเวช)

3.2.1.2. ถ้าอาการรุนแรง ญาติ/ ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการได้ ประสานแกนนำชุมชน/ อสม/ อปท / ศูนย์รับแจ้งเหตุฯ 1669 / ตำรวจ/ อื่นๆ นำส่งหน่วยบริการสาธารณสุข (แผนกฉุกเฉิน (ER)/ แผนกจิตเวช)

3.3 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามบริบทชุมชน

พยาบาลมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับไปสู่สิ่งแวดล้อมที่มีความอบอุ่น มีความเอื้ออาทร มีบทสนทนาและกระบวนการที่คอยให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคกำเริบได้น้อยลง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทแก่ครอบครัว ชุมชนหรือสาธารณะ (public education) อาจจะช่วยลดความตึงเครียดภายในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นได้ การให้ความรู้ที่ได้ผลดีที่สุดจะต้องให้ความรู้ในขณะที่ครอบครัวมีความพร้อมและยอมรับการเจ็บป่วยที่สุด พยาบาลควรสอนแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติดังต่อไปนี้ (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2561)

3.3.1. เรียนรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและสิ่งที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยโดยวิธีการดังนี้

3.3.1.1 ต้องหาโอกาสไปเข้าไปร่วมกลุ่มที่ให้ความรู้ และกลุ่มที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจ

3.3.1.2 ควรเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนที่ประสบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ที่ทางโรงพยาบาลหรือหน่วยงานด้านสุขภาพจัดไว้ให้

3.3.1.3 ควรได้อ่านหนังสือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและคำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัว

3.3.1.4 การหาแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคนี้จากเว็บไซต์ต่าง ๆ ได้

3.3.2. การจัดทำแผนหรือมีแผนการป้องกันโรคกำเริบ ในแผนการป้องกันนั้นควรประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.2.1 ให้ทราบถึงอาการแรกเริ่มที่เป็นสัญญาณเตือนว่าจะเกิดโรคกำเริบได้แก่ความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ อาการหลีกเลี่ยงไม่อยากจะพบปะคนอื่น อาการนอนไม่หลับหรือหลับได้ยาก

3.3.2.2 ควรมีรายชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้ มีรายการว่าควรจะทำอย่างไร และมีรายการว่าจะไปที่ไหนดีในขณะที่ตนกำลังมีอาการที่เป็นสัญญาณเตือนว่าตัวเองกำลังมีอาการของโรคกำเริบและแนะนำให้ผู้ป่วยก็รักษารายการเหล่านี้ไว้กับตัวเอง

3.3.2.3 ขอให้เข้าใจอยู่เสมอว่าการเกิดโรคกำเริบเป็นส่วนหนึ่งของความไม่สบาย เป็นสัญญาณว่าคุณล้มเหลวหรือการรักษาพยาบาลล้มเหลว

3.3.3. ควรเข้าร่วมกับการบำบัดทั้งชนิดครอบครัวบำบัดกลุ่มบำบัด และการบำบัดรายบุคคล ควรได้เรียนรู้และฝึกฝนทักษะเกี่ยวกับวิธีการรับมือกับความเครียด หรือความไม่ดีขึ้นภายในครอบครัว ความเครียดที่เกิดจากทำงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม

3.3.4 โดยคำแนะนำจากพยาบาลเจ้าของไข้ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี แพทย์ผู้รักษา กลุ่มที่บำบัดรักษาด้านสุขภาพจิตในชุมชนหรือที่โรงพยาบาลจัดไว้ให้

3.3.5 ควรให้ผู้ป่วยมีแผนเขียนไว้ในกระดาษถึงวิธีการจัดการเมื่อตนเองเผชิญกับความเครียด ว่าควรทำอะไรบ้าง

3.3.6. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เห็นผลดีจากการยึดติดอยู่กับแผนการรักษาด้วยวิธีการ ดังนี้

3.3.6.1 การพูดคุยกับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าการยึดติดอยู่กับแผนการรักษาเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลต้องมีการพูดคุยกับผู้ป่วย รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นและหาทางร่วมกันแก้ปัญหาเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา จะดีกว่าการบอกว่าควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแต่เพียงอย่างเดียวเพราะการบอกอย่างเดียวจะไม่เกิดผลดีต่อการรักษา

3.3.6.2 การบอกสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากการรักษาด้วยยา แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดถึงความไม่สุขสบาย หรือปัญหาที่เกิดจากการรักษา ด้วยความเห็นใจกับอาการไม่สุขสบายหรือความทุกข์เหล่านั้น อาการจากผลข้างเคียงของยาหรืออาการไม่ประพียงประสงค์จากการรักษาด้วยยาที่ผู้ป่วยและญาติควรพูดถึงได้แก่ ปัญหาทางเพศ น้ำหนักตัวขึ้น รู้สึกแปลก ๆ พูดให้พยาบาลหรือแพทย์ผู้รักษาฟัง พยาบาลควรแนะนำว่าอาการเหล่านั้นมักจะรักษาได้

3.3.6.3 การหยุดการรักษาเอง แนะนำให้ผู้ป่วยทราบว่าเมื่อมีอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาและไม่บอกใครให้ทราบ เก็บเป็นความลับ และพยายามหยุดยา หรือรักษาเองจะมีผลทำให้เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยและครอบครัวในบางเรื่องขาดหายไป

3.3.7. การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผลและทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่าควรหลีกเลี่ยงการใช้สุราและหรือสารเสพติดอื่น พยาบาลต้องให้ความกระจ่างว่าสุราและยาเสพติดทุกชนิดมีฤทธิ์ต่อสมอง อาจจะทำให้ตัวโรคจิตเภทเกิดโรคกำเริบได้และทำให้ผลการรักษาไม่ดี

3.3.8. การหาที่พึ่งทางใจเมื่อมีความทุกข์ แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าหาคนที่คอยให้กำลังใจให้ความช่วยเหลือได้สมดุลทางกายทางใจอยู่เสมอได้แก่

3.3.9. การดูแลสุขภาพทั่วไป แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรักษาสุขภาพที่ดีและรักษา

3.3.9.1 การใส่ใจเรื่องอาหาร ดูแลสุขภาพ สุขอนามัยเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคอื่นร่วมด้วย

3.3.9.2 การพักผ่อนนอนหลับ แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีรูปแบบการนอนที่ดีอยู่เสมอ

3.3.9.3 การทำงานอดิเรกที่ชอบ แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับการดำเนินชีวิต มีชีวิตชีวา มีความขยันขันแข็งอยู่เสมอ ให้มีงานอดิเรก มีกลุ่มเพื่อนที่มีกิจกรรมร่วมกันกีฬา มีกิจกรรมการทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่มีความสนใจบางอย่างเป็นการเฉพา

3.3.9.4 การดูแลตัวเองด้านสุขภาพจิต แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทักษะหรือฝึกหัดกิจกรรมที่ช่วยลดความตึงเครียดเป็นประจำอยู่เสมอ ๆ

สรุป การสอนแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทแก่ครอบครัว ชุมชนหรือสาธารณะ (public education) เพื่อช่วยลดความตึงเครียดภายในครอบครัวในชุมชน การให้ความรู้ที่ได้ผลดีที่สุดจะ พยาบาลต้องให้ความรู้ในขณะที่ครอบครัวมีความพร้อมและยอมรับการเจ็บป่วยที่สุด

4. แนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต

4.1 ความหมายและองค์ประกอบของประสบการณ์ชีวิต

4.1.1 ความหมายประสบการณ์ชีวิต

ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง ความเกี่ยวข้องของบุคคลกับสิ่งต่างๆ รอบตัวทั้งหมด ทั้งสิ้นที่เข้ามากระทบในชีวิต หรือ การที่บุคคลมีส่วนร่วมหรือเป็นอยู่ในเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อมต่างๆ (ชาย โพธิ์สิตา, 2564)

นอกจากนี้ Speziale & Carpenter (2011 อ้างถึงใน กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2555) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า บุคคลจะรับรู้และให้ความหมายต่อประสบการณ์นั้นๆ ตามความเข้าใจหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งภายนอกและภายในจิตใจของแต่ละบุคคล

บุษยามาศ แสงเงิน (2563) กล่าวว่า ประสบการณ์ชีวิตจะมุ่งเน้นในช่วงเวลาทั้งดีหรือร้ายที่บุคคลนั้น นำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากเหตุการณ์มาประยุกต์ใช้ ในขณะที่ประสบการณ์โดยทั่วไปกลับเป็นเพียงการเล่าถึงรายละเอียดประสบการณ์ที่ผ่านมา

จิรนนท์ จินะกับ (2562) ประสบการณ์ชีวิต หมายถึง คำบอกเล่าของ บุคคลตามการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองได้เผชิญ

ดังนั้นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาซึ่งเป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิต เป็นการศึกษาถึงบุคคลและสิ่งต่างๆ รอบตัว ตามการรับรู้และการให้ความหมายของบุคคลโดยการศึกษาจะต้องคำนึงถึงการที่บุคคลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับสิ่งแวดล้อม ในสถานพยาบาลหรือชุมชน การศึกษาประสบการณ์ชีวิตโดยใช้การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีการศึกษากันอย่างแพร่หลายมากขึ้นทั้งในและต่างประเทศ โดยเฉพาะการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยในสภาวะของโรคต่างๆ ที่ประสบอยู่และมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต

4.1.2 องค์ประกอบของประสบการณ์ชีวิต

Steeves (2000 อ้างถึงใน ชาย โปธิสิตา, 2564) ได้ระบุถึงองค์ประกอบที่ควรนำมาพิจารณาในการศึกษาประสบการณ์ และประสบการณ์ชีวิต ซึ่งเป็นการศึกษาคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ

4.1.2.1 สถานที่ เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลนั้น ตามสถานที่ หรือสิ่งแวดล้อมจำเพาะของบุคคลนั้น เป็นองค์ประกอบที่ชัดเจนตรงไปตรงมา ตัวอย่างเช่น ในโรงพยาบาล หรือ ที่บ้าน

4.1.2.2 เวลา เป็นองค์ประกอบที่มักจะควบคู่กับองค์ประกอบสถานที่ โดยผู้วิจัยมักจะสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ที่บุคคลนั้นกำลังเผชิญอยู่ หรือ ประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้ว

4.1.2.3 แบบแผนการแสดงออก ผู้วิจัยจะสนใจองค์ประกอบนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเล่าเรื่องของผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วย ทั้งนี้ผู้วิจัยจะต้องมีการกระตุ้น พร้อมกับสังเกตท่าทีขณะสัมภาษณ์ด้วย เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ สามารถเล่าถึงแบบแผนการแสดงออกต่อประเด็นนั้นๆ

4.2 ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลัก

พันธมน สุภารี (2565) ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแล หมายถึง เหตุการณ์หรือเรื่องราวชีวิตที่ได้ประสบด้วยตนเอง ตามความคิด ความรู้สึก ขณะให้การดูแลผู้ที่มีความสัมพันธ์กับตนในขณะที่เจ็บป่วย

อนัญญา โสภณนาค (2563) ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลัก หมายถึง การรับรู้ถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่ประสบมาด้วยตนเอง ซึ่งครอบคลุมถึงความคิด การบอกเล่าความรู้สึก การรับรู้ การให้ความหมายต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของผู้ดูแลนั้นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบ การศึกษาของ Olwit et al. (2015) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในประเทศยูกันดา พบว่าประสบการณ์ชีวิตตามคำบอกเล่าของผู้ดูแลหลักนั้นเต็มไปด้วยความเศร้าที่ยังลึก (Chronic sorrow) โดยรับรู้ว่าเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยที่ยาวนานของผู้ป่วย ประกอบกับผลกระทบด้านต่างๆที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ จนผู้ดูแลบางรายมีความคิดที่อยากจะจากโลกนี้ไปเลย

Hsu and Tu (2014) เพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตความก้าวร้าวและความรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ที่ถูกเป็นเหยื่อที่เคยถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้าย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงความหวาดกลัวต่อผลร้าย เช่น การถูกทำโทษด้วยการได้รับผลกระทบที่มากขึ้น และพวกผู้ดูแลยังมีความกังวลเกี่ยวกับความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อไป

ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ (2563) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ผู้ดูแลหลักรู้สึกกังวลใจในระดับสูง เพราะขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท วิธีการสื่อสารในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง และ การจัดเตรียมดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว

สรุป ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลัก หมายถึง คำบอกเล่าของผู้ดูแลหลัก ตามความคิด ความรู้สึก ตลอดจนผลกระทบจากเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่ผู้ดูแลหลักประสบมาด้วยตนเอง ซึ่งให้ความหมายต่อเหตุการณ์ต่างๆ อย่างครอบคลุมในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

5.แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 แนว คือ ปรากฏการณ์วิทยาแนวการบรรยาย (Descriptive phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl และปรากฏการณ์วิทยาแนวการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger (1962) โดยแนวคิดพื้นฐานของปรากฏการณ์วิทยาแนวการบรรยาย คือ การรับรู้ของประสบการณ์ไม่ต่างกันของมนุษย์นั้นไม่ต่างกัน สามารถรับรู้กันได้โดยทั่วกันได้เหมือนกัน (พระजाตรงค์ ชูศรี, 2563) ในขณะที่ปรากฏการณ์วิทยาแนวการตีความเชื่อว่าบริบททางสังคมนั้นมีผลต่อการรับรู้ของมนุษย์ (ชาย โทธิสีดา, 2564) ผู้วิจัยใช้ปรากฏการณ์วิทยาแนวการตีความในการสัมภาษณ์เชิงลึกซึ่งเป็นหลักของปรากฏการณ์วิทยาอรรถปริวรรต ซึ่งถูกใช้มากในงานวิจัยด้านการพยาบาลที่ศึกษาทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ โดยผู้วิจัยจะพยายามอ่านความรู้สึกของการมีประสบการณ์ ทำความเข้าใจว่าการได้ ประสบกับเหตุการณ์นั้นมีความหมายอย่างไร

5.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2555) กล่าวว่า ความเกี่ยวข้องของบุคคลกับสิ่งต่างๆ รอบตัวทั้งหมดทั้งสิ้นที่เข้ามากระทบชีวิต หรือการที่บุคคลมีส่วนร่วมหรืออยู่ในเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้น โดยจะต้องคำนึงถึงบุคคลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับสิ่งแวดล้อม กล่าวคือไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้

Van Manen (2016) กล่าวว่า การศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) ของบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่ดำรงอยู่ ซึ่งข้อความรู้เกี่ยวกับโลก/สิ่งแวดล้อมที่เราอยู่เกิดขึ้นได้ด้วยการดำเนินชีวิต (Being) ในเหตุการณ์ หรือ สิ่งแวดล้อม

อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2559) กล่าวว่า เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากสาขาปรัชญา ศึกษา เพื่อให้เข้าใจความเชื่อมโยงของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมในปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่สนใจผ่านการบอกเล่าจากผู้ที่มีประสบการณ์นั้น เพื่อค้นหาแก่นแท้ของปรากฏการณ์ ให้เกิดความเข้าใจและมีความชัดเจน โดยมีภาษาเป็นสื่อขั้นต้นในการถ่ายทอดความหมาย

สรุป ปรากฏการณ์วิทยาหมายถึง การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นปรัชญาที่มุ่งศึกษาและทำความเข้าใจในปรากฏการณ์ของบุคคล ซึ่งบุคคลเป็นผู้ประสบในปรากฏการณ์นั้นโดยตรงทั้งที่ประสบมาแล้วและกำลังประสบอยู่ ว่าปรากฏการณ์นั้นมีความหมายอย่างไรต่อบุคคลที่มีประสบการณ์นั้น โดยผ่านการบอกเล่าเรื่องราวและการตีความ

5.2 รูปแบบการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการศึกษาปรากฏการณ์ (Phenomenon or appearance) และประสบการณ์ของมนุษย์มุ่งเน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ ตามความเป็นจริง โดยขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ที่เผชิญสถานการณ์นั้นๆ โดยไม่ปรุงแต่งและอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงของปรากฏการณ์นั้นๆ ที่จะสามารถสะท้อนถึงบริบทของปรากฏการณ์ได้อย่างลุ่มลึก Holloway and Galvin (2016) โดยแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 แนวทาง (สุภางค์ จันทรวานิช, 2556) ได้แก่

1) ปรากฏการณ์วิทยาแนวอูตรวิสัย (Transcendental Phenomenology) ซึ่งมี Edmund Husserl เป็นผู้ริเริ่มแนวคิด โดยอาจเรียกได้ว่าเป็น Husserlian Phenomenology โดยแนวคิดพื้นฐานของปรากฏการณ์วิทยาแนวการบรรยาย คือ การรับรู้ของประสบการณ์ไม่ต่างกันของมนุษย์นั้นไม่ต่างกัน สามารถรับรู้กันได้โดยทั่วกันได้เหมือนกัน (พระจาดุรงค์ ชูศรี, 2563) ซึ่งผู้วิจัยจะมีความคิดที่มีความเป็นอิสระต่อเรื่องที่ต้องการจะศึกษา หลักสำคัญของแนวคิดนี้ คือ มุ่งพรรณนาความหมายที่สร้างขึ้นมาจากในจิตสำนึก ผู้ศึกษา ตามแนวคิดนี้ต้องไม่มีอคติและไม่มีอารมณ์เอียงในเรื่องที่ศึกษา โดยปราศจากความคิดเห็นของผู้ศึกษา ออกจากสิ่งที่ตนกำลังศึกษา (bracketing) เน้นที่สาระสำคัญ (essences) และจุดมุ่งหมาย (intentionality) ของการรับรู้ของบุคคล มีความเชื่อว่ามนุษย์จะเข้าใจในสิ่งที่ประสบได้ด้วยการรับรู้ของตนเอง

2) ปรากฏการณ์วิทยาแนวอัตถิภาวะ (Existential Phenomenology) ตามแนวคิดของ Maurice Merleau-Ponty และ Jean-Paul Satre ที่ว่าการดำรงอยู่ในโลกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น มุ่งวิเคราะห์ภาวะหน้าที่เป็น (Existence) ของบุคคลและสิ่งต่างๆ โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อการดำรงอยู่ในโลกด้วยการใช้ชีวิตในปัจจุบัน เป็นผลมาจากภูมิหลังและประสบการณ์เดิม (Historical person) ของแต่ละคน

3) ปรากฏการณ์วิทยาแนวการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger (1962) โดยปรากฏการณ์วิทยาแนวการตีความเชื่อว่าบริบททางสังคมนั้นมีผลต่อการรับรู้ของมนุษย์ (ชาย โปธิสิตา, 2564) ผู้วิจัยใช้ปรากฏการณ์วิทยาแนวการตีความในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยหลักการสำคัญของปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger คือ "Hermeneutics phenomenology" ซึ่งเป็นถือว่าหัวใจหลักสำคัญ ที่จะเข้าไปให้ถึงการให้ความหมายของความเป็นมนุษย์ (The meaning of being of human being) โดยมองบุคคลเป็นสาระสำคัญของปรัชญาการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพราะเชื่อว่าคนเป็นส่วนรวมของวัฒนธรรม สังคม และคนเป็นบริบทเชิงประวัติศาสตร์ของการเป็นมนุษย์ในสังคมโลก คือการดำรงอยู่ในโลก (To be in the world) (วีณา เทียงธรรม, 2547) แนวคิดของ Heidegger นั้นเป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่

เกิดขึ้นในหลายๆด้าน ผ่านการตีความจากภาษาทั่วไปในชีวิตประจำวันสู่ภาษาที่เป็นมีความเป็นสากล ซึ่งสามารถอธิบายให้เกิดความเข้าใจได้โดยทั่ว และจะต้องไม่มีการบิดเบือนซึ่งความหมายดั้งเดิม (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลคนหนึ่ง ที่มีการดำเนินชีวิตอยู่ในโลกหรือสภาวะการณ์หนึ่ง (Being-in-the-world) ซึ่งเป็นวิธีการเพื่อศึกษาปรากฏการณ์ในชีวิตที่บุคคลได้ประสบมาต่อเหตุการณ์นั้นๆ การศึกษาวิธีนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้ประสบเป็นหลัก Heidegger เชื่อว่า บุคคลมีความสำคัญมากต่อการศึกษา โดยแต่ละบุคคลจะมีความรู้สึกนึกคิดต่อประสบการณ์ต่างๆซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคล และนำมาแปลความหมายของการดำรงชีวิตในแต่ละวันหรือเกิดปรากฏการณ์นั้นๆว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นๆอย่างไร

สรุป แนวคิดของ Heidegger เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลากหลายมิติ ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาในศาสตร์จิตวิทยาเพื่อการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลในเชิงลึก ผ่านการตีความจากภาษาของผู้ให้ข้อมูลที่ใช้โดยปกตินั้น ให้เป็นภาษาที่สากลสามารถอธิบายให้เกิดความเข้าใจ ทั้งนี้ต้องไม่เป็นการทำลายหรือบิดเบือนความหมายเดิม

5.3 ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger

โดย แนวคิดของ Heidegger (1982) ได้กล่าวถึงบุคคลไว้ดังนี้

5.3.1 ผู้อยู่ในสิ่งแวดล้อม (The person as having a world) หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยรอบตั้งแต่กำเนิดจนเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับสิ่งแวดล้อม เช่น วัฒนธรรม ภาษา ความเป็นอยู่ในบริบทของบุคคลนั้นๆ ซึ่งผู้วิจัยควรมีเข้าใจในสิ่งแวดล้อม

5.3.2. ผู้เปี่ยมคุณค่า(The person as being for whom things significance and value) ซึ่งผู้วิจัยควรใส่ใจในการรับรู้ ตีความและยอมรับความแตกต่างของบุคคลในบริบทที่ศึกษา ว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ให้ความหมายในเรื่องสิ่งต่างๆ ตามสิ่งแวดล้อม ภาษาและวัฒนธรรม คุณลักษณะพื้นฐานของแต่ละบุคคลจะแสดงออกมาจากการรับรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ

5.3.3. ผู้ตีความ (The person as self-interpreting) การรับรู้ของบุคคลนั้นจะเป็นไปตามความคิดและประสบการณ์ของบุคคลนั้น ไร้ซึ่งทฤษฎีมาเกี่ยวข้อง เป็นเพียงการรับรู้เฉพาะของบุคคลตามการให้ความสำคัญที่เป็นพื้นฐานดั้งเดิม

5.3.4. การรวมเข้าไว้ด้วยกัน (The person as embodied) โดยการให้ความหมายแบบแผนการดำรงชีวิตประกอบด้วย กาย จิตสังคัม กายใต้สภาพแวดล้อมที่สัมพันธ์กัน บุคคลจึงมีลักษณะของการรวมเข้าไว้ด้วยกันของความรู้สึกนึกคิด ไม่สามารถแยกเป็นส่วนๆได้

5.3.5 บุคคลมีมิติของการเวลา (The person in time) หมายถึง บุคคลมีความเป็นอยู่ตามมิติของเวลา และตามประสบการณ์ชีวิตที่ได้รับจากอดีต ซึ่งส่งผลเกี่ยวเนื่องถึงอนาคตได้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger เนื่องจากต้องการ

ข้อมูลที่มีความลุ่มลึก สะท้อนความเป็นจริงที่ผู้ดูแลหลักในครอบครัวประสบการณ์ชีวิตของตน จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่บ้าน ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงจากการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง บ้าน ผ่านการบอกเล่าประสบการณ์ มีการให้ความหมายและตีความโดยอาศัยการจัดการความคิด ความเชื่อ และความรู้ที่มีอยู่ก่อนระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยร่วมกันแปลความหมาย โดยผู้วิจัยจะต้องมีความเข้าใจในสิ่งแวดล้อมของผู้ให้ข้อมูล กล่าวคือไม่สามารถแยกตัวตนออกจากการวิจัยได้ซึ่งการสร้างข้อค้นพบนี้ ทำให้การแปลผลมีความหมายขึ้น (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559)

5.4 ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความ

Van Manen (1990) กล่าวถึง ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความในประเด็นเกี่ยวกับ คำถามการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ดังนี้

5.4.1 คำถามการวิจัย

คำถามของปรากฏการณ์วิทยาที่แท้จริง คือ ความเป็นไปได้ที่จะทำให้อารมณ์ความรู้สึกนั้น มีความชัดเจนได้มากขึ้น โดยหาคำตอบว่าปรากฏการณ์นั้น สิ่งนั้นคล้ายกับอะไร (What is it like?) และ ลักษณะที่เป็นธรรมชาติของประสบการณ์ นั้นคืออะไร (What is a nature of experience?) คำถามที่เริ่มคิดในระยะเริ่มแรกกับในระยะหลังจะมีการเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากมีคำตอบบางส่วนที่สามารถอธิบายให้ผู้วิจัยเข้าใจในบางประเด็นได้ แต่เมื่อผู้วิจัยเกิดความสงสัยแล้วยังไม่สามารถหาคำตอบได้จากสิ่งที่มีอยู่ ทำให้มองเห็นว่า เป็นคำถามการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่น่าสนใจที่จะนำมาศึกษาต่อไป โดย Kahn (2000 อ้างถึงใน ชาย โทธิสิตา, 2564) ได้ระบุแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบปรากฏการณ์วิทยา โดย ประกอบด้วย 3 คำถาม ดังนี้

5.4.1.1 คำถามเพื่อทราบถึงรายละเอียดของประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ “ช่วยเล่าให้ฟังได้ไหมว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างในชีวิตของท่านขณะที่การดูแลผู้ป่วยจิตเภท” “ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงอย่างไรบ้าง ที่ท่านเผชิญขณะดูแลผู้ป่วยรายนี้” “ท่านคิดว่าอะไร เป็นสาเหตุที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทรายนี้”

5.4.1.2 คำถามถึงความรู้สึกผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ “ท่านให้ความหมายของการเป็นผู้ดูแลในครั้งนี้อย่างไร” “ช่วยเล่าถึงความรู้สึกของท่านในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยรายนี้” “ท่านคิดว่า การเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทรายนี้ ต่างจากที่ท่านคิดไว้อย่างไรบ้าง” “ท่านรู้สึก ว่า พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นบ่อยเพียงใด” “ท่านรู้สึก/คิด อย่างไร ต่อผู้ป่วยในความดูแลของท่านขณะเกิดพฤติกรรมรุนแรง”

5.4.1.3 คำถามที่มุ่งถึงผลกระทบของประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ “การเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อร่างกายของท่านอย่างไรบ้าง” “การเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อจิตใจหรืออารมณ์ของท่านอย่างไรบ้าง” “การเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรอบของท่านอย่างไรบ้าง” “การเป็นผู้ดูแล

หลักผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อรายได้ และรายจ่ายของท่านอย่างไรบ้าง” “ที่ผ่านมา ท่านจัดการสถานการณ์ขณะผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงอย่างไร” และมีแนวคำถามรองเพื่อเจาะลึกในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน โดยใช้เทคนิคการทวนความ การทำความเข้าใจ การสะท้อนความคิด การสรุปความ และการบอกเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริง โดย เช่น “คุณ.....ช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ..... (ประเด็นที่ต้องการ/ยังไม่ชัดเจน)” “ช่วยอธิบายเพิ่มเติมในเรื่อง..... (ประเด็นที่สนใจ)” เป็นต้น

5.4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

คือการสัมภาษณ์ ที่มีลักษณะการพูดคุยแบบเผชิญหน้า (Face to face interview) เนื่องจากข้อมูลที่ต้องการของปรากฏการณ์วิทยาการตีความเป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างความรู้เก่าของผู้วิจัยกับความรู้ใหม่ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลจึงมีความสำคัญต่อการลบล้างของการสนทนา หากผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจในผู้วิจัยจะทำให้ได้ข้อมูลอย่างละเอียดและมีความลุ่มลึกของข้อมูล ลักษณะการสัมภาษณ์แบบตีความ (Hermeneutic interview) มีลักษณะที่แตกต่างจากการสัมภาษณ์แบบอื่นๆ คือ การสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดเผยความหมายของปรากฏการณ์ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับโลกเป็นการรวบรวมเนื้อหาจากการบอกเล่าประสบการณ์ (Experiential narrative material) เฉพาะประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล คำถามรองและใช้การสัมภาษณ์การเผชิญหน้ากัน (Face to face interview) ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจกับการใช้ภาษาท่าทางและสัญลักษณ์อื่นๆ ร่วมด้วย (Manic and semantic levels of understanding) (ชาย โพธิสิตา, 2564)

5.4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจะเน้นถึงการแปลผลการศึกษาด้วยวิธีการตีความหมาย ซึ่งขึ้นอยู่กับฐานความรู้เดิมของผู้วิจัยอย่างมาก ทั้งด้านความรู้ทางด้านภาษา ความรู้ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา และรวมถึงประสบการณ์ของตนเองที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ดังกล่าวกระบวนการที่จะนำเหตุการณ์ในอดีตและเหตุการณ์ในปัจจุบันนั้น มามีส่วนร่วมในการตีความนี้ โดยเรียกว่า Fusing horizon เพราะจะมีการเปรียบเทียบเหตุการณ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล ยิ่งไปกว่านั้นจะนำแนวคิดที่หลากหลายมาเปรียบเทียบความแตกต่าง โดยนำผลลัพธ์มาผสมผสานเพื่อให้เข้าใจในนิยามของข้อมูลที่กำลังถูกตีความหมาย ซึ่งการเข้าไปอยู่ในวงเวียนแห่งการตีความ จะทำให้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ระหว่างความรู้เดิมกับความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้น พร้อมกับการทำความเข้าใจองค์ความรู้ใหม่ได้ Van Manen (1990) ได้กล่าวถึงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ประเด็นหลัก คือ การวิเคราะห์ข้อมูลนี้จะดำเนินไปพร้อมๆ กับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล กล่าวคือ หลังสัมภาษณ์ครั้งแรกของผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 แล้วผู้วิจัยต้องทำการถอดเทปแล้ววิเคราะห์ข้อมูล จดบันทึกข้อสงสัยและข้อค้นพบที่สำคัญหรือประเด็นต่างๆ นำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลคนเดิมตรวจสอบข้อความถอดเทปและข้อค้นพบเบื้องต้น ผู้ให้ข้อมูลสามารถเพิ่มเติมหรือให้ข้อเสนอแนะได้

เพื่อเป็นการสะท้อนคิดอีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลร่วมกันวิเคราะห์ ซึ่งเรียกว่าวงเวียนการตีความ (Hermeneutic circle) การเก็บข้อมูลกับการวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินไปพร้อมกันจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

ดังนั้น ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความเป็นการนำเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบัน มาผสมผสานในการตีความ เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจในนิยามของข้อมูลที่ได้รับการตีความหมาย หลังการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งจะถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ฟังเทปบันทึกเสียงที่ได้ซ้ำกลับไป กลับมาจนเกิดความเข้าใจ กำหนดรหัสข้อความออกเป็นข้อความย่อยจัดกลุ่มข้อมูลเชื่อมโยงรหัส ต่างๆ เข้าด้วยกันจนกว่าจะได้ซึ่งโครงสร้างความหมายที่บ่งบอกแก่นแท้ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

5.5 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล Lincoln and Guba (1985) ระบุหลักเกณฑ์การพิจารณาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลไว้ 4 ประการ ดังต่อไปนี้

5.5.1 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นเกณฑ์การสนับสนุนการอธิบายข้อสรุปและการแปลผลของข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้นประกอบด้วย ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ การสังเกตติดต่อกัน การตรวจสอบสามเส้า การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.5.1.1 ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) หมายถึงการใช้เวลาในสนามศึกษาที่มากพอที่ผู้วิจัยจะเรียนรู้วัฒนธรรม ภาษาและสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศให้ดูเป็นกันเองและเพียงพอที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมจะเล่าประสบการณ์ชีวิตจริงแก่ผู้วิจัย

5.5.1.2 การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) เป็นการใช้เวลาที่มากพอในการสังเกตประสบการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ค้นพบว่าอะไรเป็นประเด็นสำคัญที่สุดและเป็นตัวแทนของประเด็นที่ศึกษา การสังเกตนี้จะเป็นการสังเกตให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก

5.5.1.3 การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นการใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ การตรวจสอบข้อมูล การที่จะจัดการกับข้อมูลที่ได้มาจากการรวบรวมชิ้นแรกนั้น จะต้องตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มาเพียงพอหรือไม่ ข้อมูลนั้นสามารถตอบปัญหาของการวิจัยหรือไม่ ถ้าได้ข้อมูลไม่ตรงกัน ต้องดำเนินการตรวจสอบว่าข้อมูลที่แท้จริงเป็นอย่างไร การตรวจสอบที่นิยมใช้กันมากในการวิจัยเชิงคุณภาพคือการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการโดยละเอียดดังนี้

5.5.1.3.1.การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) เป็นการพิสูจน์ว่าข้อมูลที่รวบรวมมานั้นถูกต้องหรือไม่ วิธีตรวจสอบคือการสอบแหล่งของข้อมูลแหล่งที่มาที่จะพิจารณาในการตรวจสอบได้แก่ ช่วงเวลา แหล่งสถานที่ และบุคคลผู้ให้ข้อมูล โดยช่วงเวลา จะพิจารณาว่า ถ้าหากข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือต่างกัน แหล่งสถานที่ อาจพิจารณาถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้

จากการรวบรวมข้อมูลตามสถานที่กันจะเหมือนกันหรือไม่ และบุคคลผู้ให้ข้อมูลหมายถึง ถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่

5.5.1.3.2. การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulation) คือ การตรวจสอบว่า ผู้วิจัยแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันอย่างใด โดยเปลี่ยนตัวผู้สังเกต แทนที่จะใช้ผู้วิจัยคนเดียวกันสังเกตโดยตลอด ในกรณีที่ไม่แน่ใจในคุณภาพของ ผู้รวบรวมข้อมูลภาคสนาม ควรเปลี่ยนตัวผู้วิจัยให้มีหลายคน วนรอบกันเป็นช่วงเวลา

5.5.1.3.3. การตรวจสอบสามเส้าคั่นทฤษฎี (theory triangulation) คือ การตรวจสอบว่า ถ้าหากผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิมจะทำให้การตีความ แตกต่างกันเล็กน้อยเพียงใด อาจทำได้ง่ายกว่าในระดับสมมติฐานเชิงวิเคราะห์ และแนวคิดกรณีที่ลงมือตีความสร้างข้อสรุป เหตุการณ์ แต่ละเหตุการณ์ โดยการตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎีเป็นไปได้ยากกว่าตรวจสอบสามเส้ารูปแบบอื่น

5.5.1.3.4. การตรวจสอบสามเส้าคั่นวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต่างกันเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน เช่น รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสังเกตควบคู่กับการซักถาม พร้อมกันนั้นศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย โดยผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulate) ซึ่งเป็นการพิสูจน์ความถูกต้องจากข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งที่มาที่หลากหลาย โดยการใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลต่างกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเดียวกัน อาทิ การสังเกตพร้อมการสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมกับศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยในเวชระเบียน ซึ่งสามารถตรวจสอบย้อนกลับจาก ไฟล์เสียง แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการถอดรหัสข้อมูลข้อมูล และแบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ส่วนบุคคล

5.5.1.4 การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) เป็นการนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุปไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในประเด็นที่ผู้วิจัยศึกษา และมีความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพตรวจสอบให้ อย่างน้อย 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบ

5.5.1.5 การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยในการตรวจสอบหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลที่ได้มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริงๆ

5.5.2 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) Lincoln and Guba (1985) กล่าวว่า ความสามารถในการยืนยันจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ การวิจัยนั้นผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ด้านแล้ว เกณฑ์ดังกล่าวคือ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) และความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ส่วน Holloway and Galvin (2016) เสนอเกณฑ์ในการตรวจสอบความสามารถในการยืนยัน ดังนี้

5.5.2.1 การตรวจสอบจากข้อมูลดิบ ได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ แบบบันทึกภาคสนาม การถอดเทปแบบคำต่อคำว่าข้อมูลตรงกันหรือไม่

5.5.2.2 การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา เช่น การยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่ออธิบายข้อค้นพบที่ได้ คำโครงคำอธิบายประเด็น (Theme)

5.5.2.3 การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป เช่น ข้อความที่สำคัญ สารที่ได้จากการวิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล

5.5.2.4 การตรวจสอบกระบวนการวิจัย การเลือกรูปแบบการวิจัย โดยการเลือกระเบียบวิธีการวิจัยให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ต้องการศึกษา

5.5.2.5 การตรวจสอบวัตถุประสงค์การวิจัย โดยเริ่มตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นจากโครงร่างการวิจัยและความคาดหวังที่จะได้จากการวิจัย

5.5.2.6 การตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เช่น วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการสังเกตและลักษณะข้อคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

5.5.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการให้ผู้อ่านและนักวิพากษ์ได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบต่อกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ถ้าผู้อ่านและนักวิพากษ์สามารถติดตามเรื่องราวได้อย่างเข้าใจ แสดงว่าการศึกษานี้ผ่านเกณฑ์

5.5.4 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) เป็นการนำผลการวิจัยที่ได้ไปอ้างอิง ในปรากฏการณ์หรือกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และอยู่ในสถานการณ์ และบริบทที่เหมือนกันกับผู้ให้ข้อมูลหลักเท่านั้น เพื่อเป็นรูปแบบที่จะทำให้เกิดการถ่ายโอนผลการวิจัยไปสู่บริบทอื่น ๆ ที่เหมือนกันได้

สรุป การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาการตีความ เป็นการศึกษาที่เน้นสิ่งที่เป็นประสบการณ์ของบุคคล เป็นประสบการณ์ตรง เช่น ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่บ้านซึ่งรูปแบบวิถีชีวิตตามสภาพความเป็นจริง ซึ่งผู้วิจัยทำการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เป็นวิถีชีวิตในแต่ละวันของบุคคล โดยผ่านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก 2 ประการ คือ ความน่าเชื่อถือ และความสามารถในการยืนยัน

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทย

งานวิจัยของ Imkome and Waraassawapati (2018) ศึกษามุมมองของผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับประสบการณ์ระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือผู้ดูแล 30 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพแบบกึ่งโครงสร้างและวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เฉพาะเรื่อง ผู้เข้าร่วมการศึกษาระบุว่าอาการกำเริบทางจิตเป็นอาการที่ต้องป้องกันและการดูแลที่ดี ซึ่งผู้ดูแลต้องเรียนรู้ที่จะอยู่กับผู้ป่วยจิตเภทและได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการควบคุมอาการทางจิตและตระหนักถึงความถี่ เวลา เนื้อหา สัญญาณเตือน และการตอบสนองของ

ผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทประสบความยากลำบากในการทำกิจกรรมในชุมชน และถูกล้อเลียน ตีตรา และ แยกตัวออกจากสังคม การค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลเห็นว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยนั้นจะนำไปสู่ ปัญหาร้ายแรงอย่างต่อเนื่อง ความยากลำบากในการจัดการกับอาการดังกล่าวทวีความรุนแรงขึ้นด้วย ความยากจนของผู้ดูแล สภาพอารมณ์ และอายุที่มากขึ้น จำเป็นต้องมีนวัตกรรมในการพยาบาลจิต เวชและสุขภาพจิต รวมถึงกิจกรรมชุมชนจิตศึกษาเพื่อเผชิญหน้ากับการล้อเล่น การตีตรา และความ โดดเดี่ยวทางสังคมของบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท

นลิน ดวงปัญญา และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2563) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยาการ ตีความตามแนวคิดของ Martin Heidegger ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 11 คน โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล หลักแบบเฉพาะเจาะจง ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาสามารถแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การให้ ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำและประสบการณ์ของผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ โดยให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ ไม่กลับป่วยซ้ำ คือ การดูแลเอาใจใส่เพื่อไม่ให้กลับป่วยซ้ำเกิดจากความรักใคร่ ห่วงใยและผูกพัน ผู้ป่วยคือคนสำคัญ มีคุณค่าต่อผู้ดูแลหลัก ทั้งการทำหน้าที่ด้วยความรักความห่วงใย รวมถึงเกิดความ ผูกพันรักใคร่ในครอบครัว ส่วนประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ ผู้ดูแลมีการรับรู้ผู้ป่วยผิดปกติและแสวงหาการรักษา เช่น การรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ การ แสวงหาการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมถึงการทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็ความ หลากหลายของความทุกข์ถ้าโถมเข้ามาในชีวิต ตลอดจนการทำใจยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย นอกจากนี้การดูแลฟื้นฟูและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำ เพื่อเป็นการทำหน้าที่ที่ตอบสนองทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้กลับมาประกอบอาชีพและมีรายได้เป็นของตนเอง ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวสามารถเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสามารถนำไปพัฒนาระบบการดูแลทั้งผู้ป่วย จิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำและผู้ดูแลหลักอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

นิภาวรรณ ศรีโยหะ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2563) ได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลของ คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่ออธิบายความหมายและประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งสิ้น 13 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง เครื่องมือการวิจัยได้แก่ ผู้วิจัย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แนว คำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบบันทึก ภาคนาม แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น และแบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ เก็บ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ในช่วงเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนเมษายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของโคไลซี จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตและ ในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดขึ้น และจำกัดพื้นที่ของ

ผู้ป่วยให้อยู่เฉพาะภายในบ้าน เป็นการสร้าง “safety zone” ลดการพบปะผู้คนนอกบ้าน ป้องกันความคิดฟุ้งซ่าน ป้องกันความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น และป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยได้รับอันตรายหากออกไปสู่สังคมภายนอกในช่วงที่อาการทางจิตกำเริบ

วิลาวัลย์ กล้าแรง และคณะ (2565) ได้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแล เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแล เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) ได้ศึกษาในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่เคยรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความเครียด ที่ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยได้ตามปกติ แล้วยังต้องดูแลทุกอย่าง ทั้งเรื่องอาหารการกินความเป็นอยู่ทุกอย่าง จัดการทั้งงานบ้านงานอาชีพ บางครั้งครอบครัวต้องดูแลใกล้ชิดจนไม่สามารถไปทำงานได้จนทำให้ขาดรายได้จึงเป็นปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมาก บางครอบครัวผู้ดูแลเป็นแม่ที่แก่ชราที่ค่อนข้างลำบากมากเครียดมากในการดูแลลูกที่ป่วยทางจิตเวช คนดูแลก็ไม่รู้จะจัดการผู้ป่วยอย่างไรบอกมากผู้ป่วยก็หงุดหงิดเมื่อจัดการอะไรไม่ได้ ผู้ป่วยก็ยังมีอาการกำเริบซึ่งเป็นปัญหาอุปสรรคที่ผู้ดูแลเล่าว่ายากมากเหนื่อยมากในการดูแล บางครั้งผู้ป่วยอารมณ์หงุดหงิดรุนแรง คนในบ้านในชุมชนก็จะกลัว บางครั้งไม่รู้จะทำอย่างไรดีเลยหนีไปอาศัยบ้านญาติก่อนและบางที่จัดการไม่ได้ก็จะเกิดความเสียหาย มีการบาดเจ็บบ้าง ข้าวของเสียหายบ้าง บางครอบครัวต้องใช้เงินจำนวนมากหรือขายทรัพย์สินเพื่อเอามาธรรนำผู้ป่วยไปรักษา หรือแสวงหาการรักษาอื่น ๆ เช่น รักษาที่คนทรงเจ้า บางครั้งก็ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านหรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ (2563) ซึ่งได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย และทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว พัฒนาจากทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau และการแสวงหาการให้บริการด้านสุขภาพจิต เพื่อใช้การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา โดยมีแนวคิดเบื้องต้น คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและระดับความวิตกกังวลมีส่วนช่วยพัฒนาระบบตัวตน (the self-system) ซึ่งประกอบด้วยวุฒิภาวะ (maturity) และความมั่นคง (security) จะเป็นการป้องกันตัวเองจากความวิตกกังวล เป็นผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ใหม่ มีการตรวจสอบตามความเป็นจริงและสะท้อนความรู้สึกเชิงบวก Peplau ระบุว่า การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนและมีความคิดที่บิดเบือนไป จะทำให้พยาบาลจิตเวชมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหา โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (Deep interview) ร่วมกับการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (F20.0) ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 13 คน โดยผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ผู้ดูแลหลักรู้สึกกังวลใจในระดับสูง

เพราะขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท วิธีการสื่อสารในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง และการจัดเตรียมดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจะต้องลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและเน้นการเข้าถึงการให้บริการจิตเวชในครอบครัวผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

Upasen and Saengpanya (2022) ซึ่งได้ทำการศึกษาการวิจัยเรื่อง Combating with Compassion Fatigue: The Perspective of Family Caregivers of People with Schizophrenia ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการรับมือกับความเหนื่อยล้าจากความกรุณาต่อผู้ป่วย (compassion fatigue) ของผู้ดูแลครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศไทยผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษา วิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบ grounded theory และสัมภาษณ์ในผู้ให้ข้อมูล 29 คนที่เป็นผู้ดูแลครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าผู้ดูแลมีกระบวนการรับมือกับความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจที่เรียกว่า “Combating with compassion fatigue” ซึ่งประกอบด้วยสามขั้นตอน ได้แก่ 1) การเสริมสร้างความผูกพันกับผู้ที่ได้รับการดูแลเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ ซึ่งใช้กลยุทธ์ต่างๆ เช่น การยอมรับผู้ได้รับการดูแลเป็นคนดี การรักและเห็นอกเห็นใจ และการทำกิจกรรมร่วมกัน 2) การเรียนรู้วิธีการจัดการกับโรคของผู้ที่ได้รับการดูแล ซึ่งใช้กลยุทธ์ต่างๆ เช่น การเข้าใจสภาพของผู้ที่ได้รับการดูแล และการหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และ 3) การสร้างพลังให้ตนเองเพื่อต่อสู้กับความเหนื่อยล้าทั้งทางกายและใจ ซึ่งใช้กลยุทธ์ต่างๆ เช่น การมีความหวังว่าผู้ได้รับการดูแลจะหาย การเชื่อว่าการดูแลเป็นหน้าที่ และการหาช่องทางปลดปล่อยความเหนื่อย

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงพรรณนาที่เกี่ยวข้อง เรื่อง พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท และการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัวของ ปัญญา ทองทัฬ และ กฤตยา แสงเงจริญ (2556) ที่ได้ศึกษาถึงความชุกของพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติรับยาที่โรงพยาบาลห้วยราช ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 102 คน ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว ย่อมแสดงให้เห็นว่าอาจจะค้นพบเหตุการณ์ เรื่องราวบางอย่าง หากศึกษาเจาะลึกถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่กำลังประสบอยู่และยังไม่ได้ศึกษา

Thunyadee et al. (2015) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Predictors of depressive symptoms and physical health in caregivers of individuals with schizophrenia ซึ่งเป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าและสุขภาพทางกายของผู้ดูแลคนที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยใช้แบบสอบถามที่ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล, แบบวัดอาการซึมเศร้า, แบบวัดสุขภาพทางกาย, และแบบวัดคุณภาพชีวิต มีการสุ่มเลือก 100 คนจากผู้ดูแลคนที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ตอบแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีอาการซึมเศร้าในระดับปาน

กลางถึงรุนแรง ($M = 19.8$, $SD = 11.1$) จากคะแนนเต็ม 63 ผู้ดูแลมีสุขภาพทางกายในระดับปานกลาง ($M = 2.9$, $SD = 0.6$) จากคะแนนเต็ม 5 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้ดูแลได้แก่ เพศหญิง การเป็นผู้ดูแลหลัก เป็นผู้ดูแลเพียงคนเดียว โดยเป็นผู้ดูแลมานาน ประกอบกับเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหลงลืม เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา ไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน ไม่ได้รับการสำรวจความต้องการ ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ต ไม่ได้อ่านหนังสือ ไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่ได้อำนวยความสะดวกให้ตัวเอง ไม่ได้อำนวยความสะดวกให้ตัวเอง และ ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางกายของผู้ดูแลได้แก่ เพศหญิง เป็นผู้ดูแลหลัก เป็นผู้ดูแลเพียงคนเดียว เป็นผู้ดูแลมานาน เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหลงลืม เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา ไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน ไม่ได้รับการสำรวจความต้องการ ไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่ได้อำนวยความสะดวกให้ตัวเอง ไม่ได้อำนวยความสะดวกให้ตัวเอง

งานวิจัยในต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเชิงคุณภาพที่มุ่งเน้นที่ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยพบงานวิจัยในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Neha et al. (2021) พบว่า ผู้ดูแลมีการรับมือกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้แก่ การลงมือทำร้ายต่อผู้ป่วยกลับทันที อยู่ห่างจากผู้ป่วย นิ่งเฉย ตอบรับความต้องการของผู้ป่วย และผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้ดูแลได้แก่ อารมณ์แปรปรวน ปัญหาสุขภาพ ภาระทางการเงิน การไม่ยอมรับของสังคม การรับรู้ตราบาป ความอับยศเพราะความรุนแรงของผู้ป่วย อธิษฐานต่อพระเจ้า การสนับสนุนจากผู้อื่น ยอมรับการรุกรานของผู้ป่วย การศึกษานี้เป็นการศึกษาในประเทศอินเดีย อย่างไรก็ตามสภาพสังคมและวัฒนธรรมของประเทศอินเดียนั้นมีความแตกต่างจากประเทศไทย อาจทำให้ข้อค้นพบดังกล่าว ไม่สามารถถ่ายโอนมาใช้กับบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่บ้านในสังคมไทยได้

Nordström et al. (2006) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพ เรื่อง Schizophrenia and violent crime: The experience of parents การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแล โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีลูกชายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งก่ออาชญากรรมรุนแรง การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพดำเนินการกับผู้ปกครองของลูกชาย 11 คน ณ สหราชอาณาจักรอังกฤษ ซึ่งการวิเคราะห์เป็นไปตามหลักการของ grounded theory พฤติกรรมรุนแรงภายในครอบครัวก่อให้เกิดความกลัวเช่นกัน หากมี แต่ไม่ค่อยมีใครระบายออกมา แทนที่จะนำปรับอารมณ์และความเข้าใจกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ยิ่งไปกว่านั้นความไม่ไว้วางใจในสิ่งที่ลูกชายสามารถทำได้ส่งผลเสียต่อความสัมพันธ์ของครอบครัว เมื่อบุตรเสพยาและเมาสุรา แล้วกระทำความผิด พ่อแม่ก็โกรธจัดกับลูกชาย เช่นเดียวกับการที่พบว่าบุตรมีการเสพยา โดยถือว่าบุตรนั้นยังอยู่ในการควบคุม ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พ่อแม่หลายคนตกเป็นเป้าหมายของลูกชายของการใช้ความรุนแรง. ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของ

การข่มขู่ทางวาจา การคุกคามด้วยมีด การชกต่อย และการต่อสู้ แม้ว่าสิ่งเหล่านี้เหตุการณ์ที่เต็มไปด้วยความหวาดกลัว มีเพียงกรณีเดียวที่พ่อแม่แจ้งความกับตำรวจ

Hsu and Tu (2014) เพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตความก้าวร้าวและความรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ที่ถูกเป็นเหยื่อที่เคยถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้าย คือ ผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด และเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรง โดยกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 14 ราย ซึ่งมีความก้าวร้าวและความรุนแรงในปีที่ผ่านมาเท่ากับบิดา มารดาของตน โดยเกณฑ์การคัดเลือกสำหรับผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้: อายุ ≥ 20 ปี การวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ได้รับการยืนยันและส่วนใหญ่ได้รับการส่งต่อโดยจิตแพทย์และ ศูนย์ป้องกันความรุนแรงในครอบครัวในโรงพยาบาล เกณฑ์การคัดเลือกสำหรับผู้ปกครองคือ: มีบทบาทสำคัญในการดูแลและมีประวัติการถูกทำร้ายโดยผู้ป่วยจิตเภทในความดูแลของผู้ดูแลในปีที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงความหวาดกลัวต่อผลร้าย เช่น การถูกทำโทษด้วยการได้รับผลกระทบที่มากขึ้น และพวกผู้ดูแลยังมีความกังวลเกี่ยวกับความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อไป

Hanzawa et al. (2013) ศึกษาเชิงสำรวจ ใน 116 ครอบครัว เพื่อศึกษาผลกระทบทางจิตใจต่อผู้ดูแลที่บอบช้ำจากพฤติกรรมรุนแรงของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ในระหว่างการประเมินและการรักษา ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผลกระทบทางจิตใจของผู้ดูแลจากประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ คือ ความรู้สึกเหนื่อยหน่าย และไม่ต้องการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

Manesh et al. (2023) ได้ศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการ meta-synthesis ตามขั้นตอนของ Noblet and Harr (1988) เพื่อสังเคราะห์ผลการวิจัยคุณภาพจากทั้งสิ้น 16 บทความ ซึ่งผลการสังเคราะห์พบว่ามี 3 ประเด็นหลักคือ: การถูกกีดกันโดยความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท, ความไม่เท่าเทียมในการดูแลสุขภาพจิตทำให้เกิดการถูกกีดกันโครงสร้าง, และการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะยาวทำให้เกิดการถูกกีดกัน ทศนคติ และกลยุทธ์การรับมือ มีรายละเอียดเป็นดังนี้: 1) การถูกกีดกันโดยความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งแสดงถึงความไม่รู้และความเข้าใจผิดพลาดของสังคมต่อโรคจิตเภท และบทบาทของสื่อในการกระตุ้นความเหยียดหยาม 2) ความไม่เท่าเทียมในการดูแลสุขภาพจิตทำให้เกิดการถูกกีดกันโครงสร้าง ซึ่งประกอบด้วย การถูกกีดกันที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพจิต ประเพณีวัฒนธรรม โครงสร้างสังคม และกฎหมาย และ 3) การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทระยะยาวทำให้เกิดการถูกกีดกัน ทศนคติ และกลยุทธ์การรับมือ ซึ่งแสดงถึงผลกระทบของการถูกกีดกันต่อชีวิตประจำวันของผู้ดูแลและผู้ป่วย และวิธีการที่พวกเขาใช้ในการต้านทานหรือป้องกันการถูกกีดกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เสนอแนะให้ผู้ที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับการลดการถูกกีดกัน

ในผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว เช่น การจัดโปรแกรมประชาสัมพันธ์ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และเพิ่มการสนับสนุนให้แก่ครอบครัว

Öz et al. (2022) ได้ศึกษาเรื่อง Requirements of caregivers of patients with schizophrenia: A qualitative study in Turkey ซึ่งเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นวิเคราะห์ประสบการณ์และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศตุรกี โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 15 คนที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการสังเคราะห์ meta-synthesis ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการในด้านการจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วย การสร้างทักษะการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระ การจัดการปัญหาทางสังคม การศึกษา และการได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมของสมาชิกในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลการวิจัยขอให้พยาบาลจิตเวชและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าใจ ยอมรับ และปกป้องความต้องการของผู้ดูแล อีกทั้งยังอยากให้มีการวางแผนการฝึกอบรมเกี่ยวกับความต้องการที่พบก่อนกลับเข้าสู่ชุมชน

Shiraishi and Reilly (2019) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลกระทบที่ดีและไม่ดีของโรคจิตเภทต่อผู้ดูแลในครอบครัว โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมักจะมีประสบปัญหาที่มีผลกระทบทางอารมณ์ สุขภาพ และสังคม จากการดูแลบุตรหรือญาติที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีการปรับตัวและเข้าใจโรคของบุตรหรือญาติที่มีความไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์พฤติกรรมของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามผู้ดูแลในครอบครัวยังพบประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แข็งแกร่ง การเห็นคุณค่าของตนเอง การเติบโตทางบุคลิกภาพ และการเห็นถึงความสำคัญของชีวิต และพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการการช่วยเหลือจากผู้ให้บริการสุขภาพจิต เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการป้องกันไม่ให้เกิดการกีดกันจากสังคม

จากการศึกษาเพิ่มเติม เรื่อง The effect of yoga on clinical insight and medication adherence in patients with schizophrenia - A randomized controlled trial ของ Budak and Yilmaz (2019) ซึ่งผู้วิจัยได้มีการระบุว่า การบำบัดด้วยโยคะอาจมีผลต่อโรคจิตเภทเกิดผลผ่านกลไกต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงใน plasticity ของสมอง การเพิ่มระดับoxytocin และการปรับปรุงสารเคมีในสมอง ซึ่งจะช่วยลดอาการบวกและลบของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ เป็นผลทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตและการทำงานในสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยคาดว่าอาจมีผลกระทบต่อการมีความเข้าใจโรค (Insight) และการปฏิบัติตามยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลกระทบของการฝึกโยคะต่อการมีความเข้าใจโรคและการปฏิบัติตามยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการฝึกโยคะ (intervention group) และกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกโยคะ (control group) ผู้วิจัยวัดระดับการมีความเข้าใจโรคและการปฏิบัติตามยาของผู้ป่วยก่อนและหลังการฝึกโยคะ โดยผลการวิจัย

พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการฝึกโยคะมีการมีความเข้าใจโรคและการปฏิบัติตามยาที่สูงขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกโยคะ ผู้วิจัยสรุปว่า การฝึกโยคะอาจเป็นวิธีการช่วยเสริมการรักษาโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการศึกษาความสัมพันธ์มาในผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีประวัติเคยมีพฤติกรรมรุนแรงมาก่อนแล้วนั้นต่อการก่อพฤติกรรมรุนแรง ผลการศึกษาระบุว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะก่อพฤติกรรมรุนแรงนั้นซ้ำอีก ซึ่งส่วนมากของผู้ที่ตกเป็นเหยื่อความก้าวร้าวและความรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น มีข้อค้นพบเช่น การรับมือกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้ดูแลหลัก อย่างไรก็ตามสภาพสังคมและวัฒนธรรมของต่างประเทศนั้นมีความแตกต่างจากประเทศไทย ทำให้ข้อค้นพบดังกล่าว ไม่สามารถถ่ายโอนมาใช้กับบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่บ้านในสังคมไทยได้ ในทางกลับกัน วิจัยในประเทศไทยที่ได้สำรวจวิธีการจัดการของผู้ดูแลจะมีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด พบว่ายังมีการจำกัดพื้นที่ของผู้ป่วยให้อยู่เฉพาะภายในบ้าน ไม่ให้ผู้ป่วยออกนอกบ้าน อันเป็นการป้องกันความคิดหวาดระแวง ป้องกันความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหากออกไปสู่สังคมภายนอกในช่วงที่มีกำเริบ ในด้านของผลกระทบต่อด้านจิตสังคมของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีพฤติกรรมรุนแรง เมื่อจัดการอะไรไม่ได้ ผู้ป่วยก็จะมีอาการกำเริบอีกเป็นปัญหาอุปสรรคที่ผู้ดูแลเล่าว่ายากมากเหนื่อยมากในการดูแล เมื่อผู้ป่วยอารมณ์หงุดหงิดหรือพฤติกรรมรุนแรง คนในบ้านในชุมชนก็จะกลัว ไม่รู้จะทำยังไงดีเลยหนีไปอาศัยบ้านญาติก่อนและบางที่จัดการไม่ได้ก็จะเกิดความเสียหาย มีการบาดเจ็บบ้าง ข้าวของเสียหายบ้าง บางครอบครัวต้องใช้จ่ายเงินจำนวนมากหรือขายทรัพย์สินเพื่อเหมารถนำผู้ป่วยไปรักษา หรือแสวงหาการรักษาอื่น ๆ เช่น รักษากับคนทรงเจ้า ในขณะที่เดียวกันนั้น

ยิ่งไปกว่านี้การศึกษาเชิงคุณภาพที่มุ่งเน้นที่ประสบการณ์ของผู้ดูแลในประเทศไทยนั้น มิได้กำหนดผู้ดูแลในการให้ข้อมูลได้อย่างจำเพาะต่อผู้ป่วยจิตเภทที่พฤติกรรมรุนแรง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ เป็นผู้ดูแลที่มีแนวโน้มได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างน้อย โดยมีการระบุถึงการรับรู้ของผู้ดูแลหลักบางส่วนของงานวิจัยที่ระบุว่า ไม่ทราบถึงพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่ตนดูแลอยู่ว่ามีพฤติกรรมใดบ้าง ผู้ดูแลหลักจึงมีวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ต่างกันภายใต้เงื่อนไขพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละครอบครัว จึงทำให้ผลการศึกษาดังกล่าว ยังมีข้อจำกัดในการให้ความหมายประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างเพียงพอ มีการศึกษาเชิงคุณภาพเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตและในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ ย่อมแสดงให้เห็นว่าอาจจะค้นพบเหตุการณ์ เรื่องราวบางอย่าง หากศึกษาเจาะลึกถึงประสบการณ์ชีวิตของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่กำลังประสบอยู่และยังไม่ได้ศึกษา ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพเข้าใจถึงความจริงในประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงว่าเป็นอย่างไร ครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึก ความคาดหวัง ตลอดจนความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างเป็นองค์รวม อันจะนำไปสู่การค้นหาคำตอบที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมและการหาแนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลดังกล่าวให้สอดคล้องกับความต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป เป็นประเด็นที่ทำทนายในการแสวงหาความรู้ที่ได้จากการให้ความสำคัญต่อทัศนคติและประสบการณ์ชีวิตในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ ของ Heidegger (1962) ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาในศาสตร์จิตวิทยาเพื่อการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลในเชิงลึก เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบลึก ร่วมกับการสังเกตและบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลทั้งหมดมาประมวลและวิเคราะห์เพื่ออธิบายถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2. สถานที่ และผู้ให้ข้อมูล

สถานที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางระดับตติยภูมิตั้งอยู่ 500 เตียง เป็นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกของประเทศไทย โดยมีสถานที่ตั้งอยู่ที่ กรุงเทพมหานคร เมืองหลวงของประเทศไทย โดยผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดเป็นผู้ดูแลหลักที่มากับผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีประวัติก่อพฤติกรรมรุนแรง ตั้งแต่ 3 ครั้งใน 1 ปี ขึ้นไป ดังปรากฏข้อมูลในประวัติการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD Card) ของผู้ป่วยแต่ละราย ที่เข้ารับการรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเข้าสู่สนามแบบเปิดเผย (Overt) มีการติดป้ายชื่อระบุว่าเป็นผู้วิจัยอย่างชัดเจน

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตหน่วยงานเพื่อเข้าเก็บข้อมูลอย่างถูกต้อง มีการประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลและบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ ณ ห้องตรวจ 11 และ 12 แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อสอบถามความสมัครใจและยินยอมให้ผู้วิจัยดำเนินการเข้าสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายเกี่ยวกับงานวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลนั้นเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย พร้อมทั้งจะเปิดเผยข้อมูล และเปิดเผยความรู้สึก ซึ่งต้องอุทิศเวลา ความตั้งใจและความอดทนในการเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) เพื่อให้เข้าใจในประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจริง ผู้วิจัยจึงได้มีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

2.1 ผู้ให้ข้อมูล: ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ

2.1.1. เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 (F20.0-20.9) อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา สามี หรือภรรยา มีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 6 ชั่วโมง/วัน ต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล

2.1.2. เป็นผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์อยู่ร่วมในเหตุการณ์ขณะผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรง และก่อเหตุซ้ำ 3 ครั้งขึ้นไปภายใน 1 ปี ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2.1.3. มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารภาษาไทยได้

2.1.4. สม่ครใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล

ทั้งนี้ จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ภาคสนาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญออก 2 ท่าน โดยในผู้ให้ข้อมูลท่านแรกนั้น มีอุปสรรคในการได้ยิน และ ผู้ให้ข้อมูลที่ถูกคัดเลือกท่านที่ 2 นั้นผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกให้การสัมภาษณ์จนเสร็จสิ้นได้ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ให้ความยินยอม และ ดำเนินตามความต้องการอันเป็นสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลทุกประการ

3. พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ เลขที่ SD.IRB.APPROVAL.018/2566 คณะกรรมการได้พิจารณาอนุมัติให้เก็บข้อมูล ในวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึง วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 (ตั้งภาคผนวก ก.) ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดวิธีการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตทำการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึก ตลอดจนการรักษาความลับของข้อมูลและการเผยแพร่ในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะทำลายทิ้งหลังรายงานผลการวิจัยเสร็จสิ้น ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถขอออกจากการเข้าร่วมงานวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผลได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบลึก มีรายละเอียดดังนี้

4.1 ผู้วิจัยเอง ซึ่งถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เตรียมความพร้อมด้านความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยลงทะเบียนเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพการพยาบาล (รหัสวิชา 3600626) ในระดับปริญญาโททางการพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิตร่วมกับเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและขอรับคำปรึกษาจากคณาจารย์ผู้สอน โดยมีรายละเอียดการเตรียมความพร้อมดังนี้

4.1.1. ตัวผู้วิจัยเป็นพยาบาลประจำการหอผู้ป่วย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีจำนวนผู้เข้ารับบริการมากที่สุด (งานสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ

เจ้าพระยา, 2566a) เป็นเวลาประมาณ 2 ปี ช่วยให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีสัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวอันนำมาซึ่งการได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูล

4.1.2. การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพการพยาบาล (3600626) จำนวน 3 หน่วยกิต ในชั้นเรียนของนิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นอกจากนี้ การจัดการเรียนการสอนโดยอาจารย์ในคณะฯ และวิทยากรพิเศษที่ ซึ่งอาจารย์ผู้สอนได้มอบหมายให้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) กับผู้ให้ข้อมูลจริง จำนวน 3 ราย เกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นนิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หากผู้วิจัยเกิดข้อสงสัยหรือพบเจอปัญหาอุปสรรคผู้วิจัยได้ขอคำชี้แนะจากอาจารย์ผู้สอนตลอดการศึกษานำร่อง อีกทั้งด้านความรู้ผู้วิจัยยังได้ค้นคว้าจากตำรา หนังสือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ทั้งภาษาไทย ภาษาต่างประเทศด้านการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล

42 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล: ซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัยแล้ว การเลือกใช้เครื่องมือที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นสิ่งที่สำคัญประกอบด้วย

4.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา ศาสนา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย อาชีพ รายได้ บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว

4.2.2 แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) เพื่อใช้ในการจดบันทึกรายละเอียดขณะการสัมภาษณ์ บรรยายเหตุการณ์ความคิด ความรู้สึก ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย

4.2.3 เครื่องบันทึกเสียง ซึ่งในการดำเนินงานจริงนั้น ผู้วิจัยเลือกที่ใช้ในการบันทึกเสียงสนทนาขณะทำการสัมภาษณ์ เช่น เครื่องบันทึกเสียง iPad โทรศัพท์มือถือ เป็นต้น

4.2.4 แบบบันทึกการถอดรหัสความ ใช้ในการถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim) และใช้ในการลงรหัสเบื้องต้น ภายหลังได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

4.3.แนวทางการสัมภาษณ์: ซึ่งคำถามที่ใช้มีลักษณะยืดหยุ่น เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในการสัมภาษณ์และเพิ่มเติมข้อคำถามให้ได้ข้อมูลที่มีรายละเอียดมากขึ้นโดยมีคำถามหลักได้แก่ “ที่ผ่านมากการดูแลผู้ป่วยท่านนี้เป็นอย่างไร” “ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกมา” “ช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงท่านคิดหรือรู้สึกอย่างไร” “ที่ผ่านมามีวิธีการดูแลหรือจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง” เป็นต้น คำถามรอง โดยใช้เทคนิคการทวนความการทำความเข้าใจ ความกระจ่าง การสะท้อนความคิด การสรุปความ และการบอกเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริง โดยมีแนวคำถามรองเพื่อเจาะลึกในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน เช่น “คุณ.....ช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....(ประเด็นที่ต้องการ/ยังไม่ชัดเจน)”

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มเก็บข้อมูลเมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ.2566 ถึง 4 สิงหาคม พ.ศ.2566 หลังจากทีคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนอนุมัติโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

5.1 ผู้วิจัยติดต่อผ่านหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พร้อมสำเนาเอกสารรับรองจริยธรรมในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล (ดังภาคผนวก ก.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กลุ่มประชากรที่ทำการศึกษ วิธีการเก็บรวบรวม ระยะเวลาในการเก็บ ตลอดจนสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ณ แผนกผู้ป่วยนอก

5.2 การคัดผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมการวิจัย หัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ได้มอบหมายพยาบาลผู้ปฏิบัติงานจุดคัดกรองหลังพบแพทย์ทั้ง 3 ท่าน ให้ทำหน้าที่ ผู้กั้นกรง (Gate keeper) ซึ่งเป็นผู้ที่ทราบข้อมูลซึ่งเกี่ยวกับผู้ดูแลและสามารถช่วยระบุผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ เพื่อเชื่อมโยงไปสู่ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทแต่ราย และติดป้ายกำกับในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (ดังภาพที่ 1)

5.3 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดพร้อมผู้ดูแล และได้รับการกั้นกรงจากผู้กั้นกรงมายังผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ติดต่อขอความร่วมมือผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยการสอบถามเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เชิญเข้าร่วมการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล ทั้งนี้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามเกี่ยวกับการวิจัยและตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมการวิจัย

5.4 เมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้เก็บข้อมูลจึงมอบเอกสารคำแนะนำสำหรับอาสาสมัคร ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยอีกครั้ง ก่อนขอความยินยอมให้ลงรายมือชื่อเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยเชิญชวนผู้ดูแลหลักตามเงื่อนไขที่วางไว้ เมื่อผู้ดูแลหลักเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจึงชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย การรักษาความลับ การบันทึกเทป และเซ็นเอกสารเข้าร่วมวิจัย

ขณะดำเนินการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลสำคัญมาตรวจตามนัดกับผู้ป่วยเพียงลำพัง ผู้วิจัยได้จัดเตรียมพื้นที่บริเวณหน้าห้องตรวจให้ผู้ป่วยนั่งรอ โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์

5.5 การสัมภาษณ์ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น ทั้งนี้ขณะสัมภาษณ์มีการเผชิญหน้าระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล (Face to face interview) โดยเฉพาะที่เป็นเพื่อทำความเข้าใจ ภาษาท่าทางและสัญลักษณ์อื่นๆ ร่วมด้วย Speziale et al. (2011)

5.6 ผู้วิจัยทำการจดบันทึกไว้ในแบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) ถึงลักษณะภาคสนามในวันที่สัมภาษณ์ ตลอดจนภาษาท่าทางและสัญลักษณ์อื่นๆ (Nonverbal) ที่ไม่สามารถบันทึกได้จากเครื่องบันทึกเสียง ทั้งนี้ภาษาท่าทาง ที่พบขณะสัมภาษณ์ เช่น ขณะผู้ให้ข้อมูล ID 5 เล่าถึงการวางแผน

ดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต หากตนเสียชีวิตไปแล้ว เพราะกังวลว่าจะไม่มีใครดูแล และได้รับร้องไห้จนทำให้การสัมภาษณ์หยุดชะงัก อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ใช้เวลาผู้ให้ข้อมูล ID 5 ในการหยุดพักร้องไห้ประมาณ 5 นาที ร่วมกับให้ผู้ให้ข้อมูล ID 5 การระบายความรู้สึกของตน ภายหลัง ผู้ให้ข้อมูล ID 5 ตั้งสติ จนสามารถยุติการร้องไห้ และสามารถให้สัมภาษณ์ต่อได้จนจบการสัมภาษณ์ เป็นต้น

5.7 ยุติเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว กล่าวคือ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์จนไม่เพิ่มเติมข้อมูลใหม่ใด ๆ จนผู้วิจัยต้องสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลมาเพิ่มเติม โดยใช้ในการสัมภาษณ์ 40 - 59 นาที เพื่อให้ผู้ดูแลหลักสามารถให้ข้อมูลอย่างไม่ถูกรบกวนเกินไป

6.การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล: นำข้อมูลที่ได้รับแปลผลด้วยวิธีการตีความหมาย เลือกใช้แนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Van Manen (1990) “วงเวียนการตีความ” เป็นการนำเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบันมาผสมผสานในการตีความ เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจในนิยามของข้อมูลที่ได้รับ การตีความหมาย (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559) หลังการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ฟังเทปบันทึกเสียงที่ได้ซ้ำกลับไปกลับมาจนเกิดความเข้าใจ กำหนดรหัสข้อความ ออกเป็นข้อความย่อย จัดกลุ่มข้อมูลเชื่อมโยงรหัสต่างๆ เข้าด้วยกันจนได้มาซึ่งโครงสร้างความหมายที่บ่งบอกแก่นแท้ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา van Manen (1990) โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 ถอดข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยละเอียด พร้อมจดบันทึกข้อมูลโดยเรียงเรียงอย่างเป็นระบบการถอดข้อมูลการสัมภาษณ์ต้องทำหลังจากสัมภาษณ์ในครั้งนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของการถอดข้อมูลโดยการทบทวนการฟังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ได้นับที่ไว้ซ้ำๆ พร้อมกับการอ่านทบทวนในสิ่งที่ผู้วิจัยได้บันทึกข้อมูลกระบวนการนี้ถูกทำซ้ำจนกระทั่งการถอดข้อมูล

6.2 แยกประเด็นหลักสำคัญของข้อมูล

ในระหว่างขั้นตอนนี้ผู้วิจัยฟังการบันทึกซ้ำๆ อ่านข้อความถอดเสียงซ้ำ ข้อมูลเหล่านั้นสะท้อนให้เห็นถึงข้อความที่ยังคงอยู่ตลอดและตามระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

6.2.1 การมองภาพรวม (Holistic approach) ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยการถอดเทปแบบคำต่อคำ แบบบันทึกส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม รวมถึงจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ โดยมีการตรวจสอบข้อมูลรวมกับการฟังเทปสัมภาษณ์ซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไปหลังจากนั้นอ่านข้อมูลทั้งหมด ร่วมกับพิจารณาข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกภาคสนาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจโดยรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

6.2.2 การค้นหาและเน้นส่วนที่สำคัญ (Selective or highlighting approach) ผู้วิจัยได้อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์และจดบันทึกทั้งหมดกลับไปกลับมาหลายๆ ครั้ง เมื่อพบข้อมูลที่น่าสนใจใน ประเด็นประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว เน้นข้อความในประเด็นหลักและประเด็นรองที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ประเด็นที่ศึกษา

ได้ และนำข้อความนั้นมาสกัดเอาลักษณะที่สำคัญออกมา (Future of significant) พร้อมกับเขียนกำกับไว้ในแต่ละบทสนทนาโดยใช้ความรู้จากการศึกษา การทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ของผู้วิจัย แปลความหมายจากสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงออกมาทางคำพูดที่ได้ให้สัมภาษณ์

6.2.3 การให้รหัสข้อมูลแต่ละย่อหน้า (Paragraph) เป็นกระบวนการแยกย่อยข้อมูลเปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูล ในลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลที่ย่อหน้า เพื่อค้นหาความหมายที่สะท้อนถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ด้วยการใช้บัตรคำประเด็นหลักและประเด็นรอง จากนั้นใส่หมายเลขอ้างอิงไว้ในตอนท้ายของบทสนทนา จัดข้อมูลที่ให้รหัสแล้วเป็นหมวดหมู่ โดยนำข้อมูลที่คล้ายคลึงกันมารวมกัน เพื่อลดทอนจำนวนข้อมูลจากที่กระจัดกระจายให้เป็นหมวดหมู่ ตัวอย่าง เช่น ในข้อมูลดิบของผู้ให้ข้อมูล ID 3 พบว่า ข้อมูลในย่อหน้าที่มีความหมายที่สะท้อนถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลในประเด็นหลักการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่ผ่านมา ผู้ดูแลหลักมีการจัดการแบบประณีต ประณีต อาทิต พยายามหลีกเลี่ยงการปะทะ (ID3P1L2) พยายามพูดดีกับผู้ป่วยช่วงที่มีพฤติกรรมรุนแรง (ID3P5L8) และ ต้องยอมผู้ป่วยในบางครั้ง ไม่ขัดใจ (ID3P5L9 – 10) เป็นต้น

6.3 ใช้คำปรับเปลี่ยนภาษาให้สามารถสื่อความหมายถึงประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษาโดยเป็นการเขียนตัวอย่างประกอบที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ ซึ่งประกอบด้วย

6.3.1 นำบทสนทนาปรึกษาร่วมกับผู้ร่วมวิจัย (dialogue with the co-researchers) โดยผู้วิจัย ได้นำบทสัมภาษณ์ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลมาพิจารณาและวิเคราะห์ร่วมกับผู้ร่วมวิจัย สำหรับการศึกษานี้คือ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.รัชนีกร อุปเสน

6.3.2 กำหนดประเด็น หรือ ธีม (theme) โดยเลือกใช้คำสั้นๆ ที่ครอบคลุมทั้งประโยคหรือบทสนทนาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ได้ระบุ ตัวอย่างเช่น ในประเด็นรอง 3.2 *ให้การยอมรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย* ซึ่งเป็นคำที่สะท้อนถึงข้อมูลที่ได้ในประเด็นดังกล่าว กล่าวคือ ผู้ดูแลหลักยอมรับได้ทั้งสิ่งที่ดีหรือร้ายที่อาจเกิดกับตนเอง ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลหลักก็ยังมีรู้สึกยินดีต่อการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อไป

6.3.3 ตรวจสอบให้ความหมายของประเด็น หรือ ธีม (theme) อีกครั้ง เพื่ออธิบายให้ผู้วิจัยมั่นใจได้ว่า ประเด็น หรือ ธีม (theme) สามารถเป็นตัวแทนโดยรวมของข้อมูลที่มีอยู่

6.4 เขียนบรรยายประเด็นหลักสำคัญเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์ซึ่งเป็นขั้นตอนในการนำเสนอผลการศึกษาวิจัย ตามที่เป็นจริง โดยใช้ภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจในปรากฏการณ์นั้นได้ง่ายขึ้น โดยใช้ภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจในปรากฏการณ์นั้นได้ง่ายขึ้น โดยหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดแล้วนำมาเรียบเรียง

7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล Lincoln and Guba (1985) ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยรายละเอียดการดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลของผู้วิจัยดังต่อไปนี้

7.1 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นเกณฑ์การสนับสนุนการอธิบายข้อสรุปและการแปลผลของข้อมูลจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

7.1.1 ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) ผู้วิจัยใช้เวลาในสนามศึกษาที่มากพอที่จะเรียนรู้วัฒนธรรม ภาษาและสร้างสัมพันธภาพ สร้างบรรยากาศให้ดูเป็นกันเองและเพียงพอที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมจะเล่าประสบการณ์ชีวิตจริงแก่ผู้วิจัย โดยการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว กล่าวคือ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์จนไม่เพิ่มเติมข้อมูลใหม่ใด ๆ จนผู้วิจัยต้องสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลมาเพิ่มเติม ในแต่ละครั้งใช้เวลา 40 - 59 นาที เพื่อให้ผู้ดูแลหลักสามารถให้ข้อมูลอย่างไม่ถูกรบกวนเกินไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยเอง คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานทั้งสิ้น 2 ปี ซึ่งทำให้มีความเข้าใจอันดีกับสภาพแวดล้อม และผู้รับบริการ

7.1.2 การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) ผู้วิจัยใช้เวลาที่มากพอในการสังเกตประสบการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ค้นพบว่าอะไรเป็นประเด็นสำคัญที่สุดและเป็นตัวแทนของประเด็นที่ศึกษา โดยผู้วิจัยใช้เวลาอย่างน้อย 3 เดือนในการทำความเข้าใจกับข้อมูล มีการทบทวนข้อมูลดิบที่ได้จากการรวบรวมเข้าไปซ้ำมา เพื่อนำมาถอดแบบคำต่อคำ นำข้อมูลที่ได้เข้าสู่การวิเคราะห์ ตลอดจนการรายงานผลการศึกษาในครั้งนี้

7.1.3 การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulate) ซึ่งเป็นการใช้วิธีการหลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยยังได้สังเกตผู้ให้ข้อมูล ร่วมกับสังเกตผู้ป่วย และทำการจดบันทึกภาคสนามขณะลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้บันทึกประวัติการรักษาและข้อมูลสำคัญทางการแพทย์ตั้งแต่การวินิจฉัยในครั้งแรก แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ ซึ่งเป็นการพิสูจน์ความถูกต้องจากข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งที่มาที่หลากหลาย โดยการใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลต่างกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเดียวกันซึ่งสามารถตรวจสอบย้อนกลับจาก ไฟล์เสียง แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการถอดรหัสข้อมูล ข้อมูล และแบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ส่วนบุคคล

7.1.4 การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) ภายหลังจากวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้รับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (รายชื่อดังปรากฏในภาคผนวก ค.) ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการ

พยาบาลจิตเวชและการทำวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและการทำวิจัยเชิงคุณภาพ 2 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบการนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุปไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในประเด็นที่ผู้วิจัยศึกษา และมีความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับแก้และพัฒนาผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนข้อสรุปให้มีคุณภาพตามหลักการวิจัยเชิงคุณภาพมากยิ่งขึ้น

7.1.5 การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ภายหลังจากการสัมภาษณ์และการสังเกตที่ได้บันทึกอย่างเป็นระบบมาสรุปลงแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้เหล่านั้นกลับไปย้อนถามผู้ให้ข้อมูล (member checking) 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูล ID2, ID7 และ ID13 เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ยืนยันว่าข้อสรุปนั้นมีความถูกต้องและเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล โดยส่งข้อมูลผ่าน application Line แก่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 ท่าน พบว่า ข้อมูลและข้อสรุปของแต่ละท่านมีความถูกต้องและเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 ท่านทุกประการ

7.1.6 ข้อมูลมีความอึดตัว (Salutation) กล่าวคือ ผู้วิจัยยุติเมื่อได้ทำการสัมภาษณ์จนไม่เพิ่มเติมข้อมูลใหม่ใด ๆ จนผู้วิจัยมีต้องสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลมาเพิ่มเติม โดยใช้แต่ละครั้งใช้เวลา 40 - 59 นาที เพื่อให้ผู้ดูแลหลักสามารถให้ข้อมูลอย่างไม่ถูกรบกวนเกินไป

7.2. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) โดย Lincoln and Guba (1985) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามเกณฑ์ในการตรวจสอบความสามารถในการยืนยันการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

7.2.1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบวัตถุประสงค์การวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งได้เริ่มจากการตรวจสอบได้ในระยะเริ่มต้นจากโครงร่างการวิจัย

7.2.2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบกระบวนการวิจัย โดยมีการเลือกรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ และโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Hermeneutic phenomenology) ของ Martin Heidegger (1962) ให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ต้องการศึกษา

7.2.3 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เช่น วิธีการสัมภาษณ์วิธีการสังเกตและลักษณะข้อคำถามปลายเปิดที่มีโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล/การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการวิจัยเชิงคุณภาพ ในการตรวจสอบความเหมาะสมของคำถามหลัก/คำถามรองที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และ Try out ข้อคำถามการสัมภาษณ์ดังกล่าวใน ID 1 และ ID 2 เพื่อพัฒนาการสัมภาษณ์ต่อไป.

7.2.4 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบจากข้อมูลดิบ จากเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบบันทึกภาคสนาม การถอดเทปแบบคำต่อคำว่าข้อมูลตรงกันหรือไม่

7.2.5 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา เช่น การยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่ออธิบายข้อค้นพบที่ได้ เค้าโครงคำอธิบาย

ประเด็น (Theme) โดยมีข้อค้นพบทั้งสิ้น 4 ประเด็นหลัก (Theme) และ 16 ประเด็นรอง (Subtheme)

7.2.6 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป เช่น ข้อความที่สำคัญ สารระ ที่ได้จากกรณีวิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Hermeneutic phenomenology) ของ Martin Heidegger (1962) โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสิ้น จำนวน 16 คน โดยในการรวบรวมข้อมูลนั้น ประกอบไปด้วยโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (Deep interview) พร้อมกับการสังเกตอย่างมีประเด็นร่วมในผู้ดูแลหลัก โดยการสัมภาษณ์จะยุติเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว โดยจะยุติเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว โดยใช้แต่ละครั้งจะใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที เพื่อให้ผู้ดูแลหลักจะได้ให้ข้อมูลอย่างไม่ถูกรบกวนเกินไปร่วมกับการบันทึกเสียงการสังเกต (observation) กับการบันทึกภาคสนาม (Field note) จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้ออกถอดเทป (transcribe) แบบคำต่อคำครบทุกคำพูด (verbatim) เมื่อได้ข้อมูลทั้งหมด (transcript) มาแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาประมวลผล พร้อมทั้งวิเคราะห์เนื้อหาในกระบวนการเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยได้โดยกำหนดการสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ต่อเมื่อข้อมูลที่ได้นั้นเกิดการอิ่มตัว (Saturated data) ตามวิธีการวงเวียนการตีความของ van Manen (1990) โดยตรวจสอบได้จากการพบว่าข้อมูลมีการทับซ้อนซึ่งกันและกัน ประกอบกับไม่เกิดซึ่งข้อมูลใหม่ขึ้นอีก ซึ่งข้อมูลที่ได้นั้นประกอบด้วย 2 ส่วนหลักได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

โดยผลการศึกษาของประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 มีชีวิตอยู่ได้ด้วยความอดทน ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ความหมายร่วมกันของการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น พบว่า ผู้ดูแลหลักต้องใช้ความอดทนอย่างยิ่งต่อการรับมือเมื่อผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาจากการเป็นผู้ดูแลหลักทำให้ต้องอดทนต่อปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรง

ประเด็นหลักที่ 2 ผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่อชีวิตของผู้ดูแลหลัก เป็นประสบการณ์ที่สั่งสมผ่านการรับรู้และจำแนกถึงผลกระทบออกมาในแต่ละด้าน ประกอบด้วย 6 ประเด็นรอง ทั้งนี้ในแต่ละด้านยังสามารถแบ่งรายละเอียดปลีกย่อยได้ตามความแตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย

- 2.2 เครียดและวิตกกังวลต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น
- 2.3 การดูแลมีค่าใช้จ่าย
- 2.4 ไม่สามารถทำงานได้ในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง
- 2.5 การถูกผลักไสไม่มีใครต้องการให้อยู่ใกล้
- 2.6 อับอายจนแยกตัวออกจากสังคม

ประเด็นหลักที่ 3 ปรับตัวให้อยู่ร่วมกันได้ ภายหลังจากที่ผู้ดูแลหลักได้จัดการพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งบางปัญหาที่ผู้ดูแลหลักเผชิญนั้นส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก ดังนั้นผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องใช้กลไกในการปรับความรู้สึกของตนเองให้เข้มแข็งและยืนหยัดต่อการเป็นผู้ดูแลหลักต่อไปได้ ประกอบด้วย 4 ประเด็นรอง ดังนี้

- 3.1 สำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบของการเป็นผู้ดูแลหลัก
- 3.2 ให้การยอมรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย
- 3.3 ระลึกถึงความดีที่ผู้ป่วยเคยทำ
- 3.4 สร้างความสงบในจิตใจ

ประเด็นหลักที่ 4 การจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย เป็นการรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลหลักถึงแนวทางการป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน หากเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้น ผู้ดูแลหลักเหล่านั้นต่างก็มีรูปแบบการจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยเอง ตลอดจนการจัดการต่ออาการทางจิต เพื่อให้การดำเนินโรคของผู้ป่วยนั้นสงบลง ไม่ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้นอีก ประกอบด้วย 6 ประเด็นรอง ดังปรากฏรายละเอียดดังนี้

- 4.1 การจัดการ/ป้องกันก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง
- 4.2 การเตรียมตัวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย
- 4.3 จัดการในส่วนที่เป็นสาเหตุ
- 4.4 แสวงหาวิธีการรักษา/การบำบัดตามความเชื่ออื่นๆ
- 4.5 หลีกเลี่ยง/นิ่งเฉยต่อพฤติกรรมเอะอะโวยวาย
- 4.6 จัดการเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรง

สำหรับการนำเสนอเนื้อหาผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้บรรยายไว้ในบทนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์เพื่อให้เกิดความต้องการที่ตรงกันกับผู้อ่าน โดยมีสัญลักษณ์ในตัวอย่างสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

(ข้อความ) หมายถึง คำอธิบายเพิ่มเติมของผู้วิจัย

“ ” หมายถึง ข้อมูลดิบที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

... หมายถึง การนำข้อความเนื้อหาประเด็นเดียวกันจากหน้าอื่นมาต่อกัน

(ID1P1L1-2) หมายถึง คำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่ 1 (ID1) ปรากฏข้อมูลใน
หน้าที (Page) 1 ของข้อมูลที่ได้จากการถอดข้อมูล (P1) โดยระบุอยู่ที่บรรทัดที่ (Line) 1 – 2 (L1-2)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (จำนวน 16 คน)

ตารางที่ 3 แสดงการแจกแจงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลโดยภาพรวม

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)
อายุ	
20 – 29 ปี	1
30 – 39 ปี	1
40 – 49 ปี	0
50 – 59 ปี	7
60 ปีขึ้นไป	7
เพศ	
ชาย	3
หญิง	13
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	9
มีโรคประจำตัว	7
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
บิดา	1
มารดา	7
ภรรยา	2
พี่	2
น้อง	1
ลุง	1
ยาย	1
แม่บุญธรรม	1
ศาสนา	
พุทธ	16
ระดับการศึกษา	
ประถม	8
มัธยมศึกษาตอนต้น	1

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2
ป.ตรี	5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	
น้อยกว่า 5,000 บาท	2
5,000 – 10,000 บาท	6
10,001 – 15,000 บาท	2
15,001 – 20,000 บาท	2
มากกว่า 20,000 บาท	3
ความเพียงพอของรายได้	
ไม่เพียงพอ	8
เพียงพอ แต่ไม่มีเงินเก็บ	3
เพียงพอ มีเงินเก็บ	5
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย	
2 – 5 ปี	5
6 – 10 ปี	5
11 – 15 ปี	-
16 – 20 ปี	3
มากกว่า 20 ปี	3
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	
2 - 3 คน	6
4 - 5 คน	7
มากกว่า 5 คน	3

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวนทั้งสิ้น 16 คน อายุ 20 ปีขึ้นไป โดยมีช่วงอายุอยู่ในวัยผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) 7 คน และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (50 – 59 ปี) 7 คน และ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20 – 29 ปี) 1 คน วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (30 – 39 ปี) 1 คน เป็นเพศชาย จำนวน 3 คน และ เพศหญิง จำนวน 13 คน ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 7 คน เป็นภรรยา 2 คน เป็นพี่ 2 คน และมีความสัมพันธ์เป็นบิดา 1 คน ยาย 1 คน ลุง 1 คน น้อง 1 คน แม่บุญธรรม 1 คน ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาในระดับ ประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 8 คน รองลงมาคือ ปริญญาตรี จำนวน 5 คน มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.จำนวน 2 คน และ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 1 คน มีรายได้เฉลี่ย

ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000 – 10,000 บาท จำนวน 6 คน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท 3 คน ในขณะที่ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 2 คน, 10,001 – 15,000 บาท จำนวน 2 คน และ 15,001 – 20,000 บาท จำนวน 2 คน ทั้งนี้กลับพบว่า ความเพียงพอของรายได้ของผู้ให้ข้อมูลนั้น ไม่เพียงพอ โดยมีจำนวน 8 คน เพียงพอมีเงินเก็บ 5 คน และ เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ 3 คน โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนาน 2 – 5 ปี 5 คน และ 6 – 10 ปี 5 คน ในขณะที่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป พบได้จากผู้ดูแลหลักทั้งสิ้น 6 คน มีสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลหลักจำนวน 4 – 5 คน จากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 คน ในขณะที่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 – 3 คน พบในผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 คน

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ประเด็นหลักที่ 1 มีชีวิตอยู่ได้ด้วยความอดทน (Lived with endurance)

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ความหมายร่วมกันของการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น พบว่า ผู้ดูแลหลักหลายท่านได้ให้ข้อมูลถึงความหมายต่อการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้นว่า ตนจะต้องใช้ความอดทนอย่างยิ่งต่อการรับมือเมื่อผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ซึ่งพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ปรากฏมักจะต่างออกไปจากช่วงที่อาการทางจิตสงบ จนกลายเป็นว่ามีชีวิตอยู่ได้ด้วยความอดทน ผู้ดูแลหลักจึงมองว่าสิ่งที่ตนกำลังเผชิญอยู่นั้น ตนสามารถดำรงชีวิตการเป็นผู้ดูแลหลักอยู่ได้เพราะความอดทน ดังข้อมูลที่ว่า “ต้องสู้จนกว่าจะหมดลมหายใจ” (ID7P9L11) ปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาจากการเป็นผู้ดูแลหลักทำให้ต้องอดทนต่อปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรง ทั้งต้องอดทนต่อการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย อดทนเพื่อมาดูแลผู้ป่วยตอนกลางคืน อดทนต่อการถูกด่า/ว่าจากผู้ป่วย และ อดทนต่อคำพูดของคนรอบข้าง เป็นต้น

ผู้ให้ข้อมูลที่เคยประสบเหตุการณ์ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย เช่น เหตุการณ์ทะเลาะวิวาทกัน ผู้ป่วยหงุดหงิดมาจากที่อื่น หรือขณะที่ผู้ดูแลหลักกำลังพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านถูกทำร้ายร่างกาย อาทิ ถูกตบ ถูกผลักจนล้ม บีบคอ เป็นต้น หรือถูกทำร้ายร่างกายอย่างไม่ได้ตั้งใจในขณะที่ผู้ป่วยกำลังซัดขึ้น จนถูกผู้ป่วยขีดข่วน หรือถูกถีบตามร่างกาย เป็นต้น อย่างไรก็ตามแม้จะเหตุการณ์เหล่านั้นที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ดูแลหลัก แต่ผู้ดูแลหลักยังต้องอดทนต่อการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อไป มีรายละเอียดของการถูกทำร้ายร่างกายในผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ผมจะจับ เขาสู้ ผลักผมหายใจท้อง หัวผมบวมโน้เป็นลูกมะกรูดเลยตอนนั้นก่อนที่จะพามานอนที่โรงพยาบาล แต่จะไม่ดูแลเขาก็ทำไม่ได้อีก” (ID12P3L8-9)

“ถ้าเขากรีตร้องคุณแม่ก็ต้องเข้าไปห้ามคือเขาก็สู้เรา ...ถึงขั้นมีขีตมีข่วนมีถีบแม่ พอกรีตร้อง

ปู่เขาก็จะออกจากบ้าน เขาก็จะเดินออกไปแม่ก็ต้องเดินออกไปห้ามก็เหมือนต้องกลายเป็น
ต่อสู้อย่างนี้ก็ต้องพยายามยื้อเอาเข้าบ้าน” (ID13P2L25-27)

“ตอนนั้น ช่วงกลางคืนเขากระโดดมาบีบคอกยายคะ เขากะโดดบีบคอก เขาบอกไม่ต้องมายุ่ง
กับเขาอะไรอย่างนี้ ยายก็เลยตัดลिनใจพามาโรงพยาบาลกันกลางดึกอีกวันหนึ่งคะ แต่ทุกวันนี้
ก็ยังคงดูแลเขาอยู่นะคะ” (ID14P3L15-16)

ผู้ดูแลหลักนั้นได้ให้ข้อมูลว่า ต้องใช้ความอดทนอย่างยิ่งในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ
ตอนกลางคืน บางครั้งตนนั้นต้องตื่นเพราะได้ยินเสียงผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงช่วงกลางคืน การที่
ผู้ป่วยนอนไม่หลับผู้ดูแลหลักเองนั้นก็จะนอนไม่หลับไปด้วยเช่นกัน ดังข้อมูลจากผู้ดูแลหลักท่านหนึ่ง
ที่ได้ให้ข้อมูลไว้ว่า “เขานอนไม่หลับ ตัวเองก็คือนอนไม่ได้คะ” (ID1P7L20-22) โดยเหตุผลที่นอน
ในช่วงกลางคืนของผู้ดูแลหลักนั้นเพื่ออดทนตื่นมาสังเกตอาการซึ่งอาการของผู้ป่วยที่เดี๋ยวดี เดี่ยวร้าย
ช่วงกลางคืน ก่อเกิดเป็นผลกระทบทางกาย เช่น ปวดศีรษะ (ID5P12L3-6) ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการ
สัมภาษณ์มีรายละเอียดของเหตุการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลประสบบังนี้

“ช่วงกลางคืนเราปล่อยเขาไม่ได้เราคิดว่าน้องเขาเป็นผู้หญิงมันไม่ปลอดภัยถ้าเกิดน้องเขาเดิน
ไปเมื่อไหร่พ่อเขาก็ไม่รู้รู้อย่างนี้แม่ก็อดหลับอดนอนตี 1 ตี 2 อย่งอยู่บ้านเราก็ต้องลือคอกกุญแจ
บ้านให้หมด ...พอเขาไม่นอนมาๆเข้า เราก็ต้องปล่อย” (ID13P4L10-13)

“เขานอนไม่หลับ ตัวเองก็คือนอนไม่ได้คะ ...เพราะว่าต้องตื่นมาดูว่า เขาทำอะไรบ้าง บางที
หลับๆตื่นๆก็มีคะ ตัวเองก็พลอยไม่ได้นอนไปด้วยคะ” (ID1P7L20-22)

“บางทีตีสี่ออกจากบ้านแล้ว หายกลับมาตีห้า เพราะตื่นบ่อยไป ป้าคนเป็นแม่มันระแวง ต้อง
คอยดูเขา มองดูแล้ว ลูกเราเป็นอะไรทำไมไม่ดีขึ้นเลย ...เราควรที่จะหลับปกติ ช่วงที่ตื่นมาตี
ห้าครึ่ง ตีห้าก็ยังไม่เท่าไร นี่เดี๋ยวตื่น เดี่ยวตื่นทั้งคืน มันไม่ได้นอนจนเริ่มปวดหัว ป้าเลยคิด
ไม่ออกว่าจะทำอย่างไร ป้ายังคิดไม่ถูกเลยเนี่ย (ผู้ให้ข้อมูล ID 5 ใช้มือขวากุมบริเวณขมับ
ตนเอง กลับตา สายหน้าไปมา ร่วมกับถอนหายใจ 1 ครั้ง: Field Note ที่ 5” (ID5P12L3-6)

จากประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลนั้นได้อยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น ผู้ดูแล
หลักให้ข้อมูลที่ว่าแม้ว่าผู้ดูแลหลักจะพูดจาไพเราะกับผู้ป่วย เมื่ออาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วยก็จะการ
พูดจาหยาบคาย ตะคอกเสียงดัง ตวาดใส่ ขับไล่ จากที่ผู้ป่วยไม่เคยพูดจาหยาบคาย บางครั้งผู้ดูแล
หลักรู้สึกโกรธที่ถูกต้อหยาบคาย แต่ก็ต้องอดทน จึงทำให้ไม่เกิดการใช้วาจารุนแรงตอบกลับผู้ป่วยดัง
คำกล่าวที่ผู้ดูแลหลักให้ไว้ดังนี้

“เขาวาด ‘ไป!’ ไล่เลย แบบทำเสียงดังใส่เรานี้ แต่เราก็แบบ อันนี้พี่เราไง เราก็ไม่ได้วิ่งไป
ไหน แล้วก็หันกลับมา พักหนึ่งแปบหนึ่งกลับมาพูดดีๆด้วย แล้วก็ชวนกิน พอกินแล้วก็สบาย

ใจ แล้วก็เข้าสู่เหตุการณ์ปกติค่ะ แต่หลังจากนั้นอีกวันหนึ่งเขาเริ่มแบบ ไล่ ไล่เราออกจากบ้าน แต่ก็ทนๆอยู่กันไป” (ID6P4L14-16)

“ตอนนั้นเขาตาขวางเสียงก็คือตะคอกแบบสุดเสียงไล่เราเลยอ่า ...อันนั้นเรารู้แล้วว่าเอาเขาไม่อยู่แน่นอน ต้องป้องกันข้าวของที่อันตรายทุกอย่างออก แต่เราก็ไปไหนไม่ได้ก็ดี ก็ต้องทำใจ อะไรอย่างเนี่ยค่ะ” (ID9P5L7-8)

ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่เล่าว่า ตนเคยผ่านประสบการณ์จากคำพูดรูปแบบต่างๆ ของคนรอบข้าง ได้ให้ข้อมูลพร้อมยกสถานการณ์ที่ตนเคยประสบให้กับผู้วิจัยได้รับฟัง เช่น หากผู้ดูแลหลักต้องพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในช่วงที่มีอาการก้าวร้าว อีกทั้งยังถูกบุคลากรทางสุขภาพตำหนิในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาของตน จึงส่งผลให้ผู้ดูแลหลักต้องอดทนต่อคำพูดของบุคคลอื่นด้วย มีรายละเอียด ดังปรากฏตามข้อมูลดังนี้

“น้องชายอีกคนเรียกคนบ้า เรียกพี่ชายเรา ซึ่งเราก็ไม่ชอบให้เขาเรียกก็เลย เราก็เลยรับไปอยู่บ้านลูกชายค่ะมาอยู่กับเรา เขาก็ดีขึ้น” (ID6P2L9)

“พวกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลก็บอกว่า นี่แหละปัญหาทางครอบครัว ทำให้เขาต้องมาเค็ดรื้อน เขาเค็ดรื้อน เขาพูดแบบนี้ ผมนะ แต่ผมก็ต้องอดกลั้นไว้ใจไม่ว่าอะไรพวกเขา กลับหอก นั้นเป็นครั้งแรกในชีวิตแล้วจะไม่ไปหาพวกเขาอีกเลย (ผู้ให้ข้อมูล ID 10 กำมือแน่น น้ำเสียงลั่นเครือ ไม่สบตาผู้วิจัย: Field Note ที่ 10)” (ID10P8L13-14)

“ย่าของเขา พอเห็นว่าเขามีอาการเนี่ย ย่าก็ได้แต่ตำเราเขาก็โทษว่าเพราะเราเนี่ยเลี้ยงลูกเป็นแบบนี้ไง (พูดด้วยน้ำเสียงลั่นเครือ หยุตชะงักครุ่นคิดชั่วคราว: Field Note ที่ 2) ...แต่เราไม่ได้ตอบโต้อะไรกับย่าเขาหรอกค่ะ” (ID2P8L11-12)

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

การเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น ผู้ให้ข้อมูลประเด็นส่วนใหญ่รับรู้ถึงผลกระทบในมิติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งผลกระทบในหลาย ๆ ด้าน ปรากฏในช่วงที่ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบจนเกิดพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งผู้ดูแลหลักจะต้องหยุดทำงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ เพราะหากปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังอาจเกิดพฤติกรรมของผู้ป่วยในที่สาธารณะนั้นก็ทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกอับอาย อีกทั้งสังคมโดยรอบต่างขับไล่เพราะเกรงว่าจะเกิดอันตราย อีกทั้งผู้ดูแลหลักยังต้อง

คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจนเกิดเป็นความเหนื่อยล้าทั้งกายและใจ ซึ่งการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มักมีพฤติกรรมรุนแรงนั้นส่งผลให้ผู้ดูแลหลักนั้นกังวลต่อพฤติกรรมที่เป็นอันตราย จนเกิดเป็นความเครียด ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตผู้ดูแลหลักนั้น ประกอบด้วย 6 ประเด็นรอง ได้แก่ (2.1) เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย (2.2) เครียดและวิตกกังวลต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น (2.3) การดูแลมีค่าใช้จ่าย (2.4) ไม่สามารถทำงานได้ในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง (2.5) การถูกผลักไสไม่มีใครต้องการให้อยู่ใกล้ (2.6) อับอายจนแยกตัวออกจากสังคม มีรายละเอียดดังนี้

2.1) เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลหลักหลายท่านล้วนได้รับผลกระทบทางร่างกาย โดยเฉพาะความรู้สึกเหนื่อยล้าขณะดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยนั้นมีพฤติกรรมรุนแรง ทั้งจากการที่ต้องคอยระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อชีวิตตน การเป็นที่พึ่งของทุกคนในครอบครัว ซึ่งความรู้สึกเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลักนั้นคือความเหนื่อยล้าทั้งกายใจ จนส่งผลให้อยากยอมแพ้ต่อปัญหาและอุปสรรคที่ตนเองกำลังเผชิญ ดังปรากฏข้อมูลเหล่านี้ให้ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งที่ว่า “เหนื่อยค่ะ แต่เมื่อก่อนเคยทำอะไรเหมือนแบบ ไม่อยากจะต่อสู้อะไรแล้วคือยอมแพ้” (ID3P5L9-10) แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลเหล่านี้ก็ต้องเข้มแข็งเพื่อครอบครัว หากผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวผู้ดูแลหลักบางท่านมีความคิดที่ว่า ตนนั้นคงมีความสุขกว่านี้ มิใช่เพียงปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยที่อาการทางจิตกำเริบบ่อยครั้ง และบางครั้งผู้ดูแลหลักก็เหนื่อยกับการเดินทางจากบ้านพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด อีกด้วย ซึ่งรายละเอียดปรากฏในข้อมูลดังนี้

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

“ยายเขาเป็นคนสนับสนุนเรื่องเงิน...เราเป็นคนดูแล...มันก็เหนื่อยนะ มันก็เหนื่อย ไม่ใช่ว่าซักรถมากกว่าจะถึง แล้วเมื่อเข้ามาเลยแยแตก เข้าตรงทางปั้มน้ำมันมา กว่าจะหาร้านปะยางได้ กว่าจะเปลี่ยนได้ เสียเวลาไปชม. กว่า ๆ จะมาถึงโรงพยาบาล” (ID12P9L4-8)

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

2.2) เครียดและวิตกกังวลต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น

ผู้ดูแลหลักที่เคยมีประสบการณ์ในการเผชิญพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบนั้น ผู้ดูแลหลักรับรู้ได้ว่า ตนนั้นหวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะทำอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้การอยู่ร่วมกันด้วยความหวาดระแวง ตามข้อมูลที่คุณดูแลท่านหนึ่งได้ให้ข้อมูลไว้ว่า “พอย้ายเข้าไปอยู่แบบด้วยกันที่คอนโดจริง ๆ แล้ว คือมันไม่ได้เป็นแบบอย่างที่เรานึกเอาไว้ อารมณ์ของเขาค่อนข้างที่จะแปรปรวนเดี๋ยวก็ดีเดี๋ยวก็ร้าย” (ID9P2L6-7) ดังนั้นจึงต้องป้องกันอันตรายที่อาจเกิดได้ทุกเมื่อ และต้องคอยพาผู้ป่วยไปรักษาอาการทางจิตในหลายที่ แม้ว่าไม่รู้จะดีขึ้นหรือไม่ ซึ่งผู้ดูแลหลักได้พิจารณาถึงสาเหตุที่อาจเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด การที่ผู้ป่วยแอบทิ้งยา หรือจากเหตุผลอื่นใดก็ตามที่ทำให้ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยนั้นเปลี่ยนจากเดิม จนมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น เช่น อารมณ์แปรปรวนง่าย คลุ้มคลั่ง ต่ำหยาบคาย ชูทำร้ายร่างกายผู้ดูแลหลักเองหรือบุคคลอื่น บางครั้งผู้ดูแลหลักก็ถูกไล่ออกจากบ้าน แม้ว่าอาการเหล่านี้จะไม่ได้เกิดขึ้นตลอด ดังข้อมูลที่ปรากฏจากผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“เขาเหมือนแบบใจดีเพราะว่าเราไม่เคยอยู่กับเขาจริงๆ ส่วนมากจะไปก็คือก็ไปๆ มาๆ แต่พอย้ายเข้าไปอยู่แบบด้วยกันที่คอนโดจริงๆ แล้ว คือมันไม่ได้เป็นแบบอย่างที่เรานึกเอาไว้ อารมณ์ของเขาค่อนข้างที่จะแปรปรวนเดี๋ยวก็ดีเดี๋ยวก็ร้ายบางครั้งเขาก็ล้อเล่น” (ID9P2L5-7)

“เดี๋ยวก็คุ้มดี คุ้มร้าย ลักพักนี้ดีหน่อยตั้งแต่มารักษาที่นี่ แต่ก่อนอยู่อีกโรงพยาบาล” (ID15P2L8)

“บางทีเขาก็ไล่เราออกจากบ้าน (ซึ่งนี่ออกนอกลำตัว ทำที่คล้ายการขับไล่: Field note ที่ 4) เราก็ก่อนนอนข้างบ้าน พอเขาสงบ เราก็ก้าวเข้ามา เขาก็ถามว่าแม่ไปไหนมา ทำไมไม่นอน...ถ้าโรงพยาบาลไม่รับไว้เราตายแน่ เดี่ยวเราจะตายก่อน เราจะตายก่อนคนข้างบ้านอีก” (ID4P5L11-13, P17L21)

“จิตใจเราก็กะไรดีใจ เครียด กลัวจะไปอาละวาด แล้วรบกวนข้างบ้านเขา พอมีสายโทรศัพท์เข้ามาตอนกลางคืนเนี่ยไม่ว่าใครจะโทรหาก็กลัวว่าจะไปอาละวาดทุกที” (ID10P10L1-2)

“ดูแลเขาบางทีเราก็กะไรดี พอเราเครียด แล้วเราพูดเสียงดัง แต่พี่เขาก็ไม่ชอบเสียงดัง” (ID6P2L22)

2.3) การดูแลมีค่าใช้จ่าย

จากคำบอกเล่าของผู้ดูแลหลักต้องอดทนแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ตนนั้นต้องมีค่าใช้จ่ายทั้งจากค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังมีค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ดูแลต้องเตรียมไว้ หากผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบขึ้นถึงแม้ว่าค่ารักษาจะใช้เงินเป็นจำนวนมาก ผู้ดูแลหลักก็ต้องอดทนแสวงหาการรักษาทั้งในและนอกระบบสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น อีกทั้งการเดินทางมาโรงพยาบาลในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมากกว่าช่วงที่อาการสงบ เพราะต้องมีการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น เช่น มูลนิธิ ที่จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม หากผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ผู้ดูแลหลักเองก็จะถูกเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้น บางครั้งเป็นคดีความอาญา อีกทั้งยังสูญเสียทรัพย์สินภายในบ้านจากการที่ถูกผู้ป่วยขโมยของไปขายเพื่อแลกกับยาเสพติด โดยมีรายละเอียดดังนี้

“บางทีก็เรียกรถมูลนิธิรถแวนบ้านก็ขอให้เขาช่วยพาคนไข้มาที่นี่ ก็จ่ายเขา 200 - 300 บาท” (ID8P2L22)

“เอามิดทำครวไปแทงเขาที่หลังอ่า โดนกระดุกหลังเข้านิดเดียวละ คงไม่เต็มที แล้วก็คงจะย้อยแย่งกันแล้วก็ป็นรอย แล้วเราก็ไปคุยกับทางนั้นเขาว่าจะเรียกค่าเสียหายหรืออะไรเขาไปอะไรอย่างเนี่ย ...เขาก็บอกว่าเสียเขาขาดแล้วเขาก็จะไปทำแผลเราก็เลยให้เงินเขาไป 1,000 (บาท) แล้วก็เคลียกันไป” (ID7P4L13-16)

“เขาก็ขอเรียกร้องค่าเสียหายเพราะว่าหน้าเขาเป็นแผลเขาก็เรียกเยอะแยะแต่เราก็ไม่มีปัญญาให้เนอะเพราะว่าเขาเรียกสามแสน แต่ทางทนายอ่าที่มูลนิธิเขาก็ช่วยเพราะว่าเขาสงสารเรานะ” (ID16P2L22-23)

“จะมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งเสียประมาณครั้งละ 3,000 บาทค่ะ เขาก็ขอแค่ค่าน้ำ แต่แม่ก็รู้แหละเคยให้อาสาก์ัยเขาก็เอาเหมือนกันเขาก็แบบไม่ได้ระบุเป็นตัวเงินแต่เราก็รู้เขาพยายามพูดนู่นนี่นั่นมีค่านู่นค่านี้นั้น (ถอนหายใจภายหลังจากพูดจบประโยค สีน้หน้าครุ่นคิด: Field note ที่ 3) แต่แม่ก็มีให้แค่นั้น” (ID3P8L2-4)

2.4) ไม่สามารถทำงานได้ในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง

เมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง พบว่า ผู้ดูแลหลักไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพังได้ ตนเองต้องยอมสูญเสียรายได้ เพราะต้องหยุดงาน เป็นเหตุให้เกิดผลกระทบต่อการทำงาน โดยเฉพาะค่าขาย ดังตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งที่ว่า “ลูกค้ามากินก๋วยเตี๋ยว น้องเขาเสียงดังข้างบนบ้าน ลูกค้าก็จะถามว่า ใครเป็นอะไร” (ID14PL15-16) นอกจากนั้น

ผู้ดูแลหลักหยุดงานมาเพื่อสังเกตอาการผู้ป่วยดูแลอย่างใกล้ชิด และพามาโรงพยาบาลหากมีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายยากเกินกว่าจะดูแลเองได้ ดังมีรายละเอียดปรากฏในข้อมูลดังนี้

“หยุดวันเดียวเท่านั้นแหละ เราก็จะคอยสังเกตอาการเขา... เรารู้ว่าอาการเขาออก ณ วันที่เราจะเอาเขาเข้ามาที่โรงพยาบาล เราต้องออกไปขายของ เราก็ต้องหยุด” (ID2P4L21-23)

“ช่วงที่น้องมีอาการคุณแม่หยุดขายของแล้วต้องมาอยู่ที่บ้านก็จะมาดูแลน้องตลอดไม่ให้ออกนอกสายตา” (ID13P4L8)

“มีวันหนึ่งที่เขามีอาการเยอะขึ้น ก็ต้องปิดร้าน แล้วบางทีลูกค้ามากินก๋วยเตี๋ยว น้องเขาเสียงดังข้างบนบ้าน ลูกค้าก็จะถามว่า ใครเป็นอะไร อะไรแบบนี้” (ID14PL15-16)

“อาการของเขามันเป็นปัญหาของเรามากตอนนั้น เราก็ไม่รู้จะทำยังไงเครียดกับเขา ช่วงที่เขามีอาการตอนนั้นแม่ก็ไม่ว่างด้วยแม่ไปรับทำอาหารเขาไว้ ก็ต้องยกเลิกไป ช่วงนั้นช่วงที่เขาเป็นแบบรุนแรงแล้วไหนจะลูกของเขาน้องเขาอีกที่กำลังเรียนอยู่” (ID16P3L2-4)

2.5) การถูกผลักไสไม่มีใครต้องการให้อยู่ใกล้

ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเล่าว่า ตนเคยผ่านประสบการณ์จากคำพูดขับไล่ทั้งต่อผู้ป่วยและตนเองจากคนรอบข้าง ภายหลังจากเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่ก่อเหตุในชุมชน เช่น หากผู้ดูแลหลักต้องพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในช่วงที่มีอาการก้าวร้าว ผู้ให้ข้อมูลยังคงถูกกีดกันจากการใช้ขนส่งสาธารณะ สังคมรอบข้างต่างหวาดกลัวในพฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ป่วย จนทำให้ผู้คนรอบข้างต่างกดดันให้พาผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษามีรายละเอียด ดังปรากฏตามข้อมูลดังนี้

“เหมือนอย่างที่เราบอกเลย ต้องไปชกเขาถึงจะพามา ที่ตำรวจไม่ได้พามาคือไม่ได้ชกใคร แค่เดินถือมีดแล้วเขาก็มาบอก เพราะคนแถวนั้นเขากลัวจะไปแทงลูก แทะหลาน เราก็บอกตำรวจให้มาจับ ตำรวจก็จับไป คือเขาก็ปล่อย ชาวบ้านเขาก็มากดดันหนูอีก... คนอื่นๆเขาบอกทำไมไม่พาไปโรงพยาบาล จะบอกว่าตอนนี้จะกินยังไม่มีเลย จะให้พาลูกไปโรงพยาบาล เขาไม่นึกถึงว่าเราจะมีเงิน ไม่มีเงิน (สายศิระชะไปมา สีน้าเคร่งเครียด :Field note ที่ 4) อีกคนก็มาบอกให้พาลูกไปโรงพยาบาล เราจะเอาตรงไหนพามา ถ้าไม่ให้ตำรวจพามา” (ID4P13L22-23, P14L1-2, P14L10-11)

“คราวที่แล้วเขาเอามีดไล่ฟันคนอื่น ก็น่ากลัว แล้วคนแถวนั้นทุกวันนี้เขาก็ยังกลัวอยู่ตอนนี้เขาก็มีเดินคุยคนเดียว คนแถวนั้นบอกว่า ถ้าฝากโรงพยาบาลได้ฝากเลย (พูดด้วยน้ำเสียงที่ตั้งขึ้น สีน้าในเชิงตำหนิ: Field Note ที่ 5)” (ID5P4L20-21)

“พอเราจะมารถเมล์หรือรถโดยสารประจำทางอะไรอย่างเนี่ย กระเป๋ารถเมล์ก็บอกว่า ถ้ารู้ว่าถ้าคุ้มค่านี่พานั่งแท็กซี่มาเลย เรามองเงินในกระเป๋าเรามันไม่พอเพราะจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลมันก็ร่วม 100 บาทแล้ว (ก็หันมามองที่มือที่ประสานกันสองข้างวางบนโต๊ะ พูดด้วยน้ำเสียงที่แผ่วเบาลงในช่วงท้ายของประโยค: Field Note ที่ 8)” (ID8P2L24-26)

2.6) อับอายจนแยกตัวออกจากสังคม

ผู้ดูแลหลักนั้นรู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่รุนแรงในที่สาธารณะจนอยากจะแยกตัวเองออกจากจุดนั้น จากพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยได้กระทำขึ้นในอดีตที่ผ่านมา นั่น นอกจากนั้นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ได้ให้ข้อมูลว่าเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลหลักไม่กล้าไว้ใจที่จะปล่อยผู้ป่วยไว้ลำพัง ทำให้การรอกนออกบ้านเพื่อพบปะกับสังคมหรือกลุ่มเพื่อนลดลง ในกรณีที่เป็นคู่สมรส อาจมีการแยกครอบครัวออกมาต่างหากเพื่อความเป็นส่วนตัว และไม่ต้องการให้บุคคลอื่นรับรู้อาการของผู้ป่วยอีกด้วย ดังมีรายละเอียดปรากฏดังนี้

“ตอนนั้นคือตัวเองไม่ได้อยู่ที่บ้าน ตัวเองอยู่ข้างนอกค่ะ พออยู่ข้างนอก เพื่อที่ว่าคือที่บ้านมันเป็นเหมือน ครอบครัวใหญ่ พอเป็นครอบครัวใหญ่มันก็ไม่มีเรื่องของตัวความเป็นส่วนตัว เลยแยกตัวออกมาค่ะ... ออกมาอยู่แยกบ้านเพื่อที่ว่า จะได้เป็นส่วนตัวหรืออะไรอย่างนี้ เพื่อที่เขามีกอาการหรืออะไร คนในบ้านจะได้ไม่เห็นค่ะ ประมาณนี้ค่ะ เพราะว่าไม่อยากให้ใครรู้ค่ะ” (ID1P3L25-27, P4L1-3)

“วันนี้เขาเริ่มเป็นเยอะอีกแล้วเนี่ย จะนั่งรถ จะเดินก็วิโยควายเสียงดัง ขึ้นรถไฟใต้ดินก็พูดคนเดียวจนเราอายเขา” (ID5P2L3-4)

“หนักใจ ยายก็หนักใจ ยายถ้าเขาเป็นอย่างนี้นะ แต่ตอนนี้ยายทำใจแล้ว แต่ก่อนไปไหนก็หวง ตอนนี้อะไรๆก็ทำใจแล้ว” (ID15P5L14-15)

ประเด็นหลักที่ 3 ปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ (Adjusting for living together)

ประสบการณ์ชีวิตด้านหนึ่งที่พบในผู้ดูแลหลักเหล่านี้คือ การพยายามหาวิธีปรับพฤติกรรมของตนเอง และความคิดเพื่อให้ตนเองยังสามารถที่จะใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้ จึงพยายามที่จะนึกถึงสิ่งที่ดีที่ผู้ป่วยเคยทำ ผู้ดูแลหลักจำเป็นต้องใช้กลไกในการปรับความรู้สึกของตนเอง อาทิ นึกถึงบทบาทและหน้าที่ของตนเอง ตลอดจนความสำคัญของการเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูล พบว่าผู้ดูแลหลักบางท่านมีการใช้ประโยชน์จากการทำสมาธิเพื่อส่งเสริมให้จิตใจของตนเองนั้นมีความเข้มแข็ง เพื่อให้จิตใจของผู้ดูแลหลักนั้นพร้อมที่จะยืนหยัดต่อการเป็นผู้ดูแลหลักต่อไปได้ ผ่านมุมมองที่ว่า พยายามนึกถึงสิ่งที่ดีที่ผู้ป่วยเคยทำ ทั้งนี้ในประเด็นหลักการ

จัดการความรู้สึกของผู้ดูแลหลักต่อปัญหาที่เผชิญนั้น ประกอบด้วย 4 ประเด็นรอง ได้แก่ 3.1 สำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบของการเป็นผู้ดูแลหลัก 3.2 ให้การยอมรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย 3.3 ระลึกถึงความดีที่ผู้ป่วยเคยทำ 3.4 สร้างความสงบในจิตใจ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 สำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบของการเป็นผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลหลักยังคงปรับตัวทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอยู่ได้จนถึงปัจจุบัน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้นพบว่า ผู้ดูแลหลักตระหนักถึงหน้าที่และความสำคัญของตนในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดังปรากฏในข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลเช่น “หากไม่มีตนเอง ผู้ป่วยอาจประสบความลำบากและมีอาจมีชีวิตที่ติดต่อดี ” (ID1P5L12-16) เป็นต้น อีกทั้งการดูแล ยังเป็นดังคำมั่นสัญญาที่ตนเคยได้ให้ไว้ต่อบุคคลสำคัญ อาทิ มารดา ก่อนที่จะเสียชีวิต (ID11P8L20-21) ด้วยประสบการณ์ชีวิตที่ผู้ดูแลหลักเหล่านี้มีคล้ายคลึงกันนี้เอง ที่ทำให้การจัดการต่อความรู้สึกของผู้ดูแลหลักในการเผชิญปัญหา ยังคงทำให้ผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยหัด และทำหน้าที่ตนเองต่อไปได้โดยไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยไป ซึ่งมีรายละเอียดดังข้อมูลที่ปรากฏดังนี้

“ตอนนั้นเหมือนเขากินเหล้า แล้วเขาน่าจะขาดสติ หรืออะไรประมาณนี้ค่ะ แต่พอหายเรื่องกินเหล้า เขาก็กลับมาขอโทษ คือตัวเองก็ให้อภัยก่อน แล้วก็ดูว่าจะเป็นอีกไหม ถ้าเป็นอีกก็คือ คงไม่แล้วแหละค่ะ จนบางทีก็นึกเสียวทางครอบครัวเขาเองเขาก็ยังไม่ใครมาดูแลเขา คือเขาไม่มีใคร ถ้าเกิดว่าขาดตัวเราไป...เขากลับบ้านก็ไม่ได้ กลับบ้านก็ทะเลาะกับคนในบ้านเขา เป็นแบบนี้มานานแล้ว ก็ต้องมาอยู่กับตัวเราเนี่ยค่ะ เพราะถ้าขาดตัวเราไปเขาคงไม่รู้จะไปไหน หรือไม่ก็อาจจะฆ่าตัวตาย คิดอย่างนั้นนะค่ะ” (ID1P5L12-16, P5L9-21)

“เราก็คิดว่าลูกจะดีจะเลวเรามองว่าอย่างในละแวกบ้านอย่างลูกเขาพิการเขาก็ยังเลี้ยงลูกเขาได้ประมาณนี้ แล้วอย่างดูข่าวว่าเขายังดูแลลูกยังลากันไปได้ ถ้าเราปล่อยลูกไปก็จะเป็นภาระของสังคม ในเมื่อมีลูกเหมือนมีลูกก็เหมือนมีของขวัญถึงชีวิตจะเป็นอย่างนี้เขาก็เหมือนของขวัญของเราจะดีจะเลวเขาก็ต้องอยู่กับเรา...เวลาเขาอาการดีไม่ดียังไงแม่ต้องมากับเขาตลอดไม่ทิ้งค่ะไม่ให้ เป็นภาระของสังคมไม่ให้ เป็นภาระของใคร (พูดด้วยน้ำเสียงสั่นเครือ พลางใช้มือข้างซ้ายที่กำกระดาษทิชชูเช็ดคราบน้ำตาที่ทางตาข้างซ้าย: Field Note ที่ 2)” (ID2P5L15-18, P6L24)

“แม่อีกคิดว่า จะรักษาลูกเท่าที่จะรักษาไหว แต่ถามว่าถ้าเราไม่รักษาเราเป็นแม่แล้วใครจะรักษาใคร จะดูแล บางคนก็บอกว่าถ้าไม่รักก็ปล่อยมันไปเถอะอยากเป็นคนบ้าคนบออะไรอย่างนี้ คือเขาว่าพูดได้(ใช้นิ้วชี้ข้างขวาชี้เข้าหาตัว พูดด้วยน้ำเสียงสั่นเครือ แต่สีหน้าจริงจัง: Field Note ที่ 3) แต่เราทำไม่ได้เพราะเราเป็นแม่ไง” (ID3P6L24-26)

“ไม่คิดจะเอาเขาไปไว้ที่สถานสงเคราะห์ คงจะไม่คิด หัวเด็ดตีนขาดก็คงจะไม่ให้ไปอยู่ เพราะว่ามันทำใจไม่ได้ ยิ่งงี้ก็ต้องสู้ไปด้วยกัน...เพราะว่า แม่เคยสั่งไว้ก่อนแม่ตาย พ.ศ. (25)37 อยู่ชั่วระยะเกิดแม่บอกว่าฝากพี่ฝากน้องไว้ด้วยนะ (บริเวณห่างตาทั้งสองข้างมีคราบน้ำตาอยู่เล็กน้อย ขณะพูดน้ำเสียงสั่นเครือเบา ๆ ผู้ให้ข้อมูลใช้หลังมือทั้งสองข้างค่อยๆ เช็ดออกหลังพูดจบประโยค: Field Note ที่ 11)” (ID11P8L14-15, P8L20-21)

“สันชาตญาณของคนที่เป็นแม่นะ ชั่วดีมันต้องดูกันไป จะให้ป่าทำอะไร ก็ทำทุกอย่าง ที่จะรักษาเขา ก็เพื่อให้ลูกอาการดีกว่านี้ (รับกระดาดชิวจากผู้วิจัย แล้วเช็ดน้ำตาที่กำลังไหลอาบแก้มทั้งสองข้าง: Field Note ที่ 5) ...ถ้าเรายังมีชีวิตอยู่ เราก็จะคอยเอาใจ คอยดูแลเขา ทำอย่างไรให้ลูกเราดี ให้หาย ความคิดของแม่นะเป็นข้อนี้ ถ้าเกิดป่าเป็นอะไรไปปู่ป้าเขาเป็นอย่างนี้ ใครเขาจะเอา เหมือนไปกลางถนน ไปล้วงขยะกิน แก้วผ้า แก้วนอน ป้าเห็นบางคนถ่ายและเอะ สกปรกไปหมด ถอดเสื้อ ถอดแสง ผมยว ก็ยังทำใจไม่ได้ คือเราปล่อยไม่ได้” (ID5P9L11-12, P12L25-26, P13L1-2)

“ไม่คิดจะทอดทิ้งเขาอ่า เพราะเราแบบยังงี้อ่า เรายังรักเขามั้ง ก็มันเป็นความผูกพันใจ” (ID13P4L24)

3.2 ให้การยอมรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย

ผู้ดูแลหลักให้การยอมรับถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จึงพยายามใส่ใจดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก แม้ว่าจะเคยเผชิญเหตุการณ์รุนแรงจากผู้ป่วย อีกทั้งจากการที่อยู่ร่วมกันมา กับผู้ป่วยและยอมรับในตัวตนของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลยินดีที่จะดูแลผู้ป่วย ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเหล่านั้น ประเด็นหนึ่งได้ให้แง่คิดต่อการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในฐานะผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้นว่า เกิดปัญหาต่าง ๆ ขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเกิดสิ่งใดขึ้นจากผู้ป่วยทั้งพฤติกรรมที่รุนแรง ผู้ดูแลยอมรับได้ทุกอย่าง และยินดีช่วยเหลือดูแลทุกอย่าง ดังปรากฏตามข้อมูลที่ผู้ดูแลท่านหนึ่งได้กล่าวไว้ว่า “...เราก็นิดินดีที่จะดูแลพี่ทุกอย่าง” (ID6P7L19) เพียงเพราะรับรู้ได้ว่าแท้จริงนั้น ผู้ป่วยนั้นเป็นคนดี โดยมีข้อมูลจากคำบอกเล่าดังนี้

“เราก็ออยู่กันไปแบบนี้ ...ฉันรับได้กับทุกสิ่งทุกอย่างที่เธอเป็น เพราะว่าเธอเป็นคนดี” (ID9P10L2-3)

“ถึงลูกจะเป็นอย่างนี้ แต่หนูก็ต้องรักษา มีเขาคนเดียว เราก็สงสาร ถ้าไม่ให้รักษา เราก็คอดไม่ได้ ไม่อย่างนั้นหนูจะเอามานี่เธอ เวลาเขาคลั่งหนูก็เอามา เอามาตลอด” (ID4P13L20-21)

“เรามีความรู้สึกว่าสงสารเขา เราต้องอดทนให้ได้มากที่สุดกับคนที่เป็นอย่างนี้” (ID14P4L21)

“เราก็คินดีที่จะดูแลที่ทุกอย่าง อาบน้ำก็ถูหลัง ชัดหลัง ตัดเล็บให้” (ID6P7L19)

3.3 ระลึกถึงความดีที่ผู้ป่วยเคยทำ

การปรับตัวของผู้ดูแลหลักต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่ได้เผชิญต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท คือ การที่ผู้ดูแลหลักนั้นพยายามนึกถึงเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่ดีที่ผู้ป่วยเคยกระทำ เมื่อผู้ดูแลหลักเลือกวิธีการจัดการต่อความรู้สึกตนเองด้วยวิธีนี้ ผลที่ได้จากการให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกระทำการที่ตึ้นนั้นยังคงทำให้ผู้ดูแลหลักมีกำลังใจในการเป็นผู้ดูแลหลักต่อไปได้ การเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นผลทำให้ชีวิตของผู้ดูแลหลักนั้นเปลี่ยนไปจากการเลือกทำสิ่งที่ตีร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งรายละเอียดของการจัดการความรู้สึกของตนเองเมื่อเผชิญปัญหาโดยผู้ดูแลหลักพยายามนึกถึงสิ่งดีที่ผู้ป่วยเคยทำปรากฏข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลดังรายละเอียดต่อไปนี้

“พูดถึงช่วงนี้เขาสบายใจไม่หงุดหงิด แล้วก็เหมือนปกติเลย อยู่ด้วยกัน ทานข้าว อาบน้ำ เขาชอบให้เราดูแล เอาใจใส่ ชอบกิน พอกินได้กินของถูกใจก็สบายใจแล้วก็ไปนอน” (ID6P1L20-21)

“ถ้าเค้าดีเค้าก็จะเป็นคนที่แบบโอเคทุกอย่าง ถ้ามีอาการขึ้นมาหลังจากเสพยาก็คือนิสัยเขาจะเปลี่ยนไปเลยจะแบบก้าวร้าวขึ้นมาทันทีเลยแต่ว่าเขาจะไม่ทำร้ายใครไม่ทำร้ายคนอื่นแต่กับแม่ไม่ได้เลยพูดอะไรไม่ได้เลย...เขาดีนะลูกสาวว่าเขาจะอภัยค้ายดีกับเพื่อนบ้านเขาจะสวัสดิคี่จะคุณป้าช่วยเหลืออะไรตลอดเลยคุยกับอาม้า อากงอะไรอย่างเนี่ยถ้าเขาดีนะแต่พอเขาเสพบิบเขาก็จะไม่เดิม” (ID2P1L11-12, P7L15-16)

“เขาทำให้เราเปลี่ยนมานั่งสวดมนต์ เพราะว่าที่ผ่านมามีเราก็เป็นแบบปาร์ตี้เฮฮา เราก็ไม่คิดว่าเราจะมาถึงจุดนี้คะที่เรามานั่งสวดมนต์ไหว้พระอะไรอย่างนี้ เราก็ไม่ได้คิดที่เราจะมาจุดตรงเนี่ย อยู่ในจุดที่แบบเราเข้าใจโลก” (ID9P10L3-5)

“อาการเขาต่างกับตอนนี้ มานวดขานวดแขนให้แม่นะ (ใช้มือข้างขวาจับบริเวณแขนข้างซ้าย ทำทางบีบขึ้นและลง: Field Note ที่ 4) พอถึงเวลาก็โทรมาบอกว่าจะกลับบ้านนะ...พอเข้ามาเขาก็ดี ตอนยังไม่เสพยานะ หุงข้าว หุงปลา ที่เขาให้มา อุ่นไว้ บางทีก็ต้มข้าวต้มเอาไว้ให้ (สึหน้ายิ้มแยม ทำที่ดูผ่อนคลาย: Field Note ที่ 4)” (ID4P6L18, P14L19-20)

“มันก็เหนื่อยบ้างเป็น บางครั้งก็ท้อ แต่ถ้าเขาอาการดี ๆ ก็แบบมันก็มีความสุขกับการที่เราได้อยู่กับเขาค่ะ” (ID14P22L16)

3.4 สร้างความสงบในจิตใจ

ประสบการณ์ชีวิตต่อการปรับตัวของผู้ดูแลหลักที่ผ่านมานั้น หากเกิดความทุกข์อันเนื่องมาจากพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยก่อ ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงมุมมองของตนเองที่มีต่อปัญหาดังกล่าวว่าเป็นปัจจัยภายนอกที่ตนมีอาจควบคุมได้ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ดูแลหลักจัดการซึ่งความรู้สึกตนเองที่มีต่อปัญหาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลหลักจึงมีการสร้างความสงบในจิตใจผ่านการทำสมาธิเพื่อประคับประคองจิตใจ ตลอดจนการทำสมาธิเพื่อให้ตนมีสติในการแก้ไขซึ่งปัญหา อีกทั้งจากการสัมภาษณ์จึงเห็นได้ว่าผู้ดูแลหลักมีการปรับที่ความคิดโดยมีมุมมองต่อปัญหาเช่น ทุกข์จะอยู่กับเราไม่นาน คนเราเกิดมาตัวเปล่า ต้องช่วยดูแลกันต่อไป ผู้ดูแลหลักมีความพยายามที่จะทำใจปล่อยวาง หรือ พยายามนึกถึงสิ่งที่สำคัญในชีวิตแต่ละวัน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการทำกิจกรรมเพื่อคลายความทุกข์ที่เผชิญจนก่อเป็นความรู้สึกที่ดีขึ้น ได้แก่ ฝึกทำสมาธิ สวดมนต์ ใช้ธรรมชาติบำบัดตนเองและผู้ป่วย เป็นต้น โดยมีข้อมูลปรากฏดังนี้

“ใช้ธรรมชาติบำบัดเราด้วยและตัวเขาด้วย ‘สวดมนต์นะ Daddy นั่งสมาธิกัน’ ตัวเขาชอบสวดมนต์อยู่แล้ว แล้วก็มันเหมือนใช้ธรรมชาติบำบัดเราด้วยแล้วก็ตัวเขาด้วย (ยิ้มด้วยแววตาที่แจ่มใส ดูเป็นประกาย: Field Note ที่ 9)” (ID9P3L16-17)

“จริงๆมันก็กระทบใจ แต่ไปฝึกสมาธิค่ะ ก็เลยแบบดีขึ้น รู้สึกดี ตอนนี่เรียนพระอภิธรรมอยู่” (ID6P12L3)

“ตอนนี้ห้วงอย่างเดียวเรื่องกิน เรื่องอยู่ข้างมัน เราอยู่ได้ ทำได้ อดอยากเราก็ออยู่ได้ คิดได้แล้วปลงค่ะ” (ID15P6L14-15)

ประเด็นหลักที่ 4 การจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย (Schizophrenic persons' violent behaviors managements)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลหลัก พบว่าผู้ดูแลหลักแต่ละคนมีประสบการณ์ในการป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน และหากเกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้น ผู้ดูแลหลักมีรูปแบบการจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยตลอดจนการจัดการต่ออาการทางจิต เพื่อให้การดำเนินโรคของผู้ป่วยนั้นสงบลง ไม่ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงขึ้นอีก โดยมีประเด็นรองทั้งสิ้น 6 ประเด็นรอง คือ 4.1 การจัดการ/ป้องกันก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง 4.2 การเตรียมตัวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย 4.3 จัดการในส่วนที่เป็นสาเหตุ 4.4 แสวงหาวิธีการรักษา/การบำบัดตามความเชื่ออื่นๆ 4.5 หลีกเลี้ยง/นิ่งเฉยต่อพฤติกรรมเอะอะโวยวาย และ 4.6 จัดการเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งมีรายละเอียดดังปรากฏในข้อมูลดังนี้

4.1 การจัดการ/ป้องกันก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ดูแลหลักมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่อาจก่อเหตุรุนแรง โดยสังเกตได้จาก ผู้ป่วยเริ่มมีอาการตาขวาง ตากระตุก พุดคนเดียว อารมณ์หงุดหงิดง่าย ไม่นอน เหมือนเปลี่ยนเป็นคนละคน ผู้ป่วยมีการเตรียมอาวุธ ทั้งนี้พฤติกรรมดังกล่าว จึงทำให้ผู้ดูแลหลักหาแนวทางในการป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ดังมีรายละเอียดปรากฏดังนี้

“เขาบอกว่าจะไปซื้อปืนอาวุธมา เป็นมีดยาวเป็นคอกเลย เป็นมีดใหม่ แล้วก็ค้อน แม่เห็นแล้วก็คิดว่าเออมันไม่ได้มันไม่ใช่แล้วคือเขาจะวางแผนใครมาเขาก็จะวางแผน” (ID3P2L28-29)

“หนึ่งคือตาเขาจะขวางก่อน สองคือเขาจะเริ่มนั่งพุดคนเดียวจะพุดเบาๆกลายเป็นตะโกนตัวอันนี้คือจุดที่เราสังเกต สามก็คือกลางคืนเขาจะไม่นอนเขาจะนั่งจ้องคล้ายๆกับคนไปกินสิ่งที่กระตุ้นมาอะไรอย่างนี้ครับ” (ID8P2L13-14)

“แต่บางทีเห็นอาการเขาที่พุดคนเดียวแล้วไม่ยอมพาไป เพราะกลัวเดี๋ยวจะอาละวาดที่ตลาดค่ะ” (ID14P6L20-21)

4.2 การเตรียมตัวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าว่า ในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลหลักจะมีการเตรียมอุปกรณ์ผูกมัดไว้ให้พร้อมเช่น ผ้า หนังกั๊ว เทปกาว (ID2P6L6-7) โดยผู้ดูแลหลักนั้นได้เรียนรู้การป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงผ่านการดูข่าวที่มีผู้ป่วยจิตเภทเคยก่อเหตุรุนแรง ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักเก็บสิ่งของที่เป็นอันตราย โดยเฉพาะอุปกรณ์ในครัวให้มิดชิด กลับมาอยู่ในบ้านที่มีคนเฝ้าเพื่อช่วยระวังหากเกิดเหตุอันตราย เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงกันผู้คนและสิ่งของทุกอย่างออกไป โดยมีรายละเอียดของข้อมูลดังนี้

“ที่เราสังเกตได้ คือ ตาจะแบบแข็งอ่า เหมือนตาขวางอะไรประมาณเนี่ย เหมือนอารมณ์แบบประมาณว่าเหยียบเบรกไม่อยู่นะคะ เหมือนเขาถูกเปลี่ยนวิญญาณเป็นอีกคน... เพราะว่าก่อนที่เขาจะสติหลุดคุมอาการไม่อยู่อ่า เราจะเห็นพฤติกรรมเขา อย่างเช่น ดูแบบลนลาน จากอยู่ดีๆ มาหาของที่ไม่ได้หามาแล้วหรืออะไรที่แบบ คือไม่รู้ว่าจะไรของใช้เขาอ่า คือเราจะดูออกแบบว่ามันจะพุ่งเลยอ่า อารมณ์เขาจะตืดขึ้นแล้วอ่า และก็มีอาการตากระตุกชนิดหนึ่ง...ถ้าอยู่คอนโด เราก็รู้สึกที่ตัวเองไม่ปลอดภัยนะคะ ถ้าเขาจะทำอะไรขึ้นมา เพราะที่บ้านแม่เราก็จะมีคนงานมีอะไรอย่างเนี่ยมันก็จะแบบค่อนข้างแบบเดี๋ยวน้องก็มาหาเดี๋ยวจะไรมาหาเราแบบว่ามันคือคนมันจะพุกพ่วนตลอดเวลาค่ะ” (ID9P5L2-3, P5L8-11, P6L1-3)

“พอมีอาการจะพามาโรงพยาบาลแต่ละครั้งก็ต้องมดมา เราก็ใช้ผ้าฉีกกะถ้าใช้เชือกมันจะเจ็บตอนแรกใช้เชือกใช้เทปใส ก็คือเตรียมพร้อมไว้แล้วกับพ่อเลี้ยงของเขาว่าต้องมีเทปกระดาษขาว หนึ่งใก่” (ID2P6L6-7)

“ดูแลเขา ยายก็ดูแลในครั้ง ในครัว มีด เม็ดอะไรยายเก็บหมด” (ID15P3L20)

4.3 จัดการในส่วนที่เป็นสาเหตุ

ผู้ดูแลหลักมีการจัดการในส่วนที่เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยมีการติดตามให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการควบคุมพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทมีการกล่าวเตือนเพื่อห้ามผู้ป่วยใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นอีกหนึ่งแนวทางการจัดการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักให้ข้อมูลว่า ตัดสินใจที่จะกล่าวห้ามการใช้ยาเสพติดในช่วงที่ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ และมีการใช้คำพูดของแพทย์ในการกล่าวเตือนผู้ป่วยมิให้ใช้สารเสพติดร่วมด้วย แต่ในกรณีที่ห้ามผู้ป่วยใช้ยาเสพติดไม่ได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะยังเสพยาเสพติดอยู่ แต่ก็ขอให้ลดปริมาณลง นำไปสู่การตั้งข้อตกลงในการลดปริมาณสารเสพติดที่อนุญาตให้ใช้ต่อวัน เช่น บุหรี่ ยาบ้า เป็นต้น โดยมีปรากฏในข้อมูลดังนี้

“พออาการดีขึ้นมาน้อย พอพูดอะไรเขาก็รับฟังบอกเขาจะว่า...(ชื่อผู้ป่วย)กินกาแฟไม่ได้ เดี่ยวโรงพยาบาลเขามีโควิดขึ้นมา เขาไม่รับเข้าอยู่นะ...เราก็เตือนนะครีว่าทำไมไปดื่มกาแฟ...(ชื่อยี่ห้อเครื่องดื่มชูกำลัง)ของที่ชอบเขาสั่งห้ามอย่างอะไรที่มันไม่ดี มันเสียเวลาที่จะต้องพามาโรงพยาบาลโรงพยาบาลเขาจะไม่รับนอนอยู่แล้วบางครั้งมาฉีดยาแล้วก็ต้องรับกลับ” (ID8P2L7-9, P2L16-17)

“...แล้วเราก็ต้องปรับต้องเปลี่ยนStyleความคิดใหม่ เราก็ต้องอยู่กับมันให้ได้ถ้า ก็เลยบอกไปว่าถ้าอยากเสพก็เสพไปถ้าเลิกไม่ได้ก็ลดได้ใหม่ คือเราเป็นคนที่ยืนข้างพูดตรงๆกับเขา” (ID2P3L11-12)

“ประเด็นที่เขาคือ คือบุหรี่นี้ห้ามไม่อยู่ พอเราให้จำกัดสัญญาาก่อนออกจากโรงพยาบาล บอกว่าขอให้สูบบุหรี่ได้แค่ 5 ตัวต่อวัน แต่ทำไม่ได้ เราให้จำกัด5ตัวแล้วค่อยผ่อนไป แต่ที่ไหนได้ไปเก็บเศษบุหรี่ที่กลางถนน ทุกวันนี้ถ้าครบ 5 ตัวแล้วนะ เผลอๆก็ไปเอาที่กลางถนน ไปครึ่งมวนอะไรอย่างนี้ ยังเป็นอยู่ เราก็ไม่รู้จะทำอย่างไร คิดจนเรียกว่า เหมือนคนติดบุหรี่” (ID5P2L19-21)

การกำกับติดตามการรับประทานยา เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ผู้ดูแลหลักใช้จัดการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทอย่างหนึ่งที่พบว่า ผู้ให้ข้อมูลนั้นเลือกใช้ คือการกำกับติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักมีการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา โดยการใช้

น้ำเสียงที่นุ่มนวลโน้มน้าวให้รับประทานยาเมื่อมีอาการ นอกจากนี้ การป้องกันการทิ้งยา อาทิ ผู้ให้ข้อมูลมีการใช้ไฟฉายส่องช่องปากหลังรับประทานยาเสร็จ เป็นต้น โดยมีข้อมูลปรากฏจากผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เราก็จะดูพฤติกรรมเขาแปบหนึ่ง แล้วเราจะเอายาให้เขากิน เดินถือถุงยาไปเลยคะแล้วก็ Daddy กินยานะ คุยกับเขาแบบด้วยน้ำเสียงที่soft” (ID9P5L19-20)

“บางที่ต้องเอาไฟฉายไปส่องนะ เราจะเห็นตรงข้างๆ กระพุ่มแก้มใจคะ ว่ามีเม็ดยาไหม ตอนที่มาโรงพยาบาล หมอก็เลยลั่นนิษฐานว่า ถ้าน้องเขาเป็นอาการแบบนี้ คือน้องเขาขาดยาคะ” (ID14P3L21-22)

4.4 แสวงหาวิธีการรักษา/การบำบัดตามความเชื่ออื่นๆ

การจัดการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลหลักได้ให้ข้อมูลขณะเข้ารับ การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีการระบุถึงการแสวงหาการดูแลสุขภาพและการรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งการ รักษาในระบบสุขภาพที่ผ่านมาของตน เช่น การพาไปรักษาที่โรงพยาบาล แม้ว่าจะไปมาหลาย โรงพยาบาลแล้ว แม้ว่าจะบำบัดนั้นหายาก แต่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทั้งยาปรับประทุกันและ/หรือ ยาฉีดที่ ได้ผลกับผู้ป่วย ต่อให้เป็นยานอกบัญชียาหลัก หากใช้แล้วได้ผลดีต่อให้ค่ารักษาแพง จนตนเองนั้นไม่มี เงินเพียงพอ ก็จะหยิบยืมเงินจากผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยก่อเหตุรุนแรง ผู้ดูแลหลักจะโทรแจ้งตำรวจเพื่อระงับ เหตุรุนแรง เรียกรถมูลนิธิหรือโทรให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมารับเพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษา นอกจากนี้ยังมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพและการรักษาผู้ป่วยนอกระบบสุขภาพ เช่น การพาผู้ป่วย ไปหาพระช่วยดูดวงหาทางแก้ไข พาผู้ป่วยไปรดน้ำมนต์ปิดทองที่วัด หรือแม้กระทั่งการพาผู้ป่วยออก นอกบ้านเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว ตามข้อมูลที่ได้จากการเรียบเรียงดังนี้

“เหมือนวัดตรงไหนดีพาไปรดน้ำมนต์เราไปหมด ...ไปมาหลายที่แล้ว 7-8 ที่ได้ไปรดน้ำมนต์ ไปหาพระไปไหว้พระไปปิดทองเราก็พาไปอันนั้นคือช่วงที่เป็นช่วงที่มีกรี๊ดมีอะไรคือแบบเรา ต้องพาออกจากบ้าน เข้ามา 9 โมง 10 โมงเราต้องออกแล้วไม่งั้นเดี๋ยวมาหงุดหงิดมากกว่าเดิม” (ID13P5L13-17)

“ตอนนั้นไปดูพระ ที่ว่าสนิทๆกัน เขาก็นั่งทางใน เขาบอกว่าลูกไปเอาของอะไรมา มันก็เลย เป็นเยอะเข้าไปอีก ให้เราไปแก้ ไปแก้ถึงลพบุรีนะ” (ID5P10L4-5)

“ตอนนี้อายุ 45 (ปี) แล้วเป็นรักษามาตั้งแต่ 25 (ปี) จนปานนี้ กินยาตลอด ฉีดยา เป็นเยอะๆ ก็...(ชื่อโรงพยาบาล) ผ่านมาแล้วทั้งนั้นแหละ ที่ไหนที่ไหน แต่ตอนนี้หลักเราอยู่ที่กรุงเทพฯ ก็ มาที่นี่คะ” (ID5P1L12-13)

“น้องต้องรักษา กินยาถามว่าถ้ายาในบัญชีชื่อยาแบบนี้เขาให้ได้แค่นี้แค่นี้แต่มีบางตัวที่น้องเขาเคย

กินมาแล้วมันดีขึ้น แต่ต้องเสียเงิน แม่ก็ยืมเงินเขามา มันแพง” (ID3P3L26-27)

“อันนี้หนักมากเลย เขาก็ไปทุบหลังคา หลังคาลังกะลีข้างบ้าน แล้วจะเดินเข้าไปชกคนในบ้าน เราก็เลยเรียก191 เขาก็ตำรวจไม่ค่อยมา” (ID4P2L19-20)

“อาการก็อย่างว่า นี่แหละ ...ก็มีหนักอยู่รอบหนึ่ง ทางโรงพยาบาลเอาเจ้าหน้าที่มา ไอ้ย จะหาที่บำบัดนั้น หายากมาก ผมหาที่บำบัด โรงพยาบาลมันอยู่ได้ไม่นานใช้มัย”

(ID10P5L9-11)

4.5 หลีกเลียง/นิ่งเฉยต่อพฤติกรรมอะอะโวยวาย

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์เชิงลึกถึงการปรับตัวในการเป็นผู้ดูแลหลักต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่ตนเคยเผชิญ พบว่าการหลบเลียงเป็นหนึ่งในวิธีการตอบสนองต่อปัญหาที่ผู้ดูแลหลักเลือกใช้ เมื่อผู้ดูแลประเมินสถานการณ์อันเกิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคลุ้มคลั่ง เช่น ถูกตวาดไล่จนต้องหนีออกมาจากบ้าน เพราะกลัวผู้ป่วยทำร้าย หนีไปนอนที่บ้านของบุคคลอื่นแทนเมื่อผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง หรือการแอบไม่ให้ผู้ป่วยเห็น เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักยังเลือกการตอบสนองเมื่อเผชิญต่อเหตุรุนแรงจนรู้สึกโกรธ แต่เลือกไม่ตอบโต้ ผู้ดูแลหลักพยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เป็นปกติแม้จะผ่านพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วยรูปแบบใดมาก็ตาม ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลักที่กระทำมาเนิ่นนานนั้น จากที่เคยดูแลอย่างดีก็ปรับไปตามพฤติกรรมผู้ป่วยเองด้วย ทั้งนี้รายละเอียดของการจัดการความรู้สึกรู้สึกของผู้ดูแลหลักต่อปัญหาที่เผชิญ โดยการหลบเลียงและนิ่งเฉย ปรากฏรายละเอียดตามข้อมูลดังนี้

“เราคงดูแลเขามาจนพฤติกรรมของเรามันเปลี่ยนไปแล้วจากพฤติกรรมที่เราดูแลเขาอย่างดีก็ต้องปรับไปตามพฤติกรรมของเขาบางครั้งก็ข้างมัน” (ID2P2L26-27)

“หนูก็กลัวเขามาปาดคอซิ (ใช้นิ้วชี้ซ้ายลากผ่านลำคอทำทางคล้ายการใช้มีดปาดคอ: Field Note ที่ 4) หนูดูโทรทัศน์ที่คนคลั่งเสพยาแล้วคลั่ง คนข้างบ้านเขาก็ให้ระวัง เราต้องมานอนบ้านของคนข้างบ้านบ้างก็แล้วกันถ้าเขาคลั่งเมื่อไหร่ ก็ไปนอนบ้านเขา” (ID4P5L15-16)

“สิ่งที่เกิดขึ้น เราพยายามทำให้เป็นปกติคะ” (ID1P6L6)

“เราก็ไม่รู้จะไปตรงไหน เราก็นิ่งไว้ แล้วเขบอก ยังไม่ไปอีก! (พูดด้วยน้ำเสียงที่ดัง: Field Note ที่ 6) แล้วก็ออกไปกวาด ลุกจากที่นั่นแล้วกวาดเรา เราก็ไม่ได้ใส่รองเท้า วิ่งออกมา...หนีออกไปหลบอยู่ข้างบ้าน คืออย่าให้เขาเห็น แล้วก็หลบอยู่ข้างในบ้าน วันนั้นเป็นวันหยุด แล้วก็บอกตะโกนเรียกหลาน หยิบรองเท้าให้ย่าที่ถนนมันร้อนคะ เขาก็ขึ้นข้างบน เด็กๆก็กลัว ขึ้นข้างบนก็ไปโยนรองเท้าลงมาให้ แต่พอติดอนนั้นถือโทรศัพท์อยู่ที่โทรเรียกพี่สาวที่อยู่อีกที่หนึ่ง ...กลัวเขาทำร้าย เราก็ไม่ได้นอนในบ้าน พาพี่เข้าบ้านนอน ไปอาศัยนอนที่บ้านเพื่อนกับ

หลานด้วย” (ID6P4L18-19, P5L10-12, L22)

4.6 จัดการเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรง

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับผู้ดูแลหลักแต่ละท่าน พบว่าประเด็นใหญ่ผู้ดูแลหลักมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของแต่ละบุคคล แต่มีจุดประสงค์ร่วมกันคือมุ่งเน้นในการป้องกันการเกิดอันตรายที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ได้ให้ข้อมูลต่อผู้วิจัยถึงการจัดการก่อนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีการรุนแรงทางคำพูดด้วยวิธีการพูดขู่ เช่น อาจหย่าร้างหากก่อเหตุซ้ำ ๆ ขู่ผู้ป่วยว่าจะให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยยกตัวอย่างผู้ป่วยท่านอื่นที่ถูกครอบครัวทอดทิ้งให้อยู่สถานสงเคราะห์มาประกอบหรือการขู่ทำร้ายผู้ป่วยหากผู้ป่วยทำร้ายบุคคลสำคัญในครอบครัว เช่น คุณยาย เป็นต้น หากเกิดผู้ป่วยนั้นได้ก่อเหตุรุนแรงแล้ว ผู้ดูแลหลักมีการเลือกใช้วิธีการที่รุนแรงทางร่างกาย เช่น ลงมือทำร้ายผู้ป่วย เมื่อมีอาการทางจิต สมาชิกในครอบครัวร่วมกันจับผู้ป่วยมัดก่อนพามาโรงพยาบาล ใช้วิธีการรุนแรงกับเพื่อนที่เข้ามาเสพยาเสพติดร่วมกับผู้ป่วย วิธีการจัดการเหล่านี้ ล้วนเพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลหลักเป็นคนที่น่าเกรงใจ เอาจริงเอาจัง ซึ่งวิธีการจัดการที่รุนแรงต่างๆที่ผู้ดูแลหลักใช้เป็นไปเพื่อจัดการที่พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยเอง โดยมีรายละเอียดที่ปรากฏในข้อมูลดังนี้

“เขาพอไม่ได้ตั้งใจก็จะกลับมาบ้านก็จะมาลงที่บ้านแล้วแม่ก็เป็นคนที่แบบไม่ได้ไม่ยอมไม่ได้ อาจจะมีปากเสียงกันบ้างก็มีตีกันบ้าง ก็ตีกันอยู่สองคนแม่ลูกนี่แหละ...ไม่มีอุปกรณ์นะใช้มือตีนี่แหละไม่ใช่อาวุธหรืออะไรใช้มือตีอย่างเดียวเลย คือเหวี่ยงโดนตรงไหนได้ก็โดนตรงนั้นแหละค่ะ คือเราไม่ทำเขาเขาก็ไม่ทำเราคือบางทีมันก็อดไม่ได้” (ID2P1L14-18)

“มาโรงพยาบาลแต่ละครั้งเนี่ยต้องลงมือตลอด แล้วก็ที่นั่นนะพอมีอาการก็ช่วยกัน แพนผมด้วย น้ำชายเขาด้วย น้องของแม่ช่วย มันด่าผมสาระพัด พอด่าผม ผมก็ต่อเลย จับกดคอผมต่อเลย แล้วก็มัดมือ...ผมก็บอกเขาว่า เอาเถอะแม่แกจะว่าจะทำอะไร เนี่ยเลยๆเลย แต่กับยายอย่างนะ ตายอย่างเดียวเลยนะ ผมก็ว่าอย่างนี้เลย อย่าแตะนะ แตะมึงตาย” (ID12P4L13-14, P4L19-20)

“เขาเคยพาแฟนเข้ามาเสพที่บ้านแล้วเอามาอยู่ด้วย ซึ่งเรามีระเบียบ เขาเคยพามา แม่จะเอามิดพันคอแฟนเขาเลยนะ พันคอผู้ชายอ่า เหมือนลงมาเจอ โอโฮกำลังเสพเลย ไม่ได้แจ้งตำรวจแจ้งความหรอก เล่นเองก่อนเลย เขาจะรู้ว่าแม่เขาเนี่ยร้ายนะ” (ID2P6L20-22)

“ไม่คิดที่จะทอดทิ้งนะ แต่ก็มีขู่เขาบ้าง เพราะมาโรงพยาบาลรอบที่แล้วมีคนไข้ถูกทิ้งไว้ ญาติไม่รับก็เลยบอกว่าเนี่ย พ่อแม่เขาไม่เอาเพราะว่าเขาทิ้งให้ไปอยู่สถานสงเคราะห์ ถ้าเราทำตัวแบบนี้ก็จะไม่มีใครมองจะไม่มีใครดูก็จะโดนทิ้งเหมือนกัน” (ID7P8L17-18)

“ถ้าเกิดว่าคุณแล้ว เตือนแล้ว พูดไม่ฟัง ก็คงต้องหย่ากันไปค่ะ” (ID1P6L20)

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลถึงวิธีการจัดการที่พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลหลักมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรับมือกับผู้ป่วยในขณะที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยประเด็นใหญ่แล้วผู้ดูแลหลักเลือกใช้วิธีการการหลีกเลี่ยงการปะทะ เพราะผู้ดูแลหลักต่างคิดว่าไม่มีประโยชน์ที่จะทะเลาะกับผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักจึงพยายามที่จะโน้มน้าวผู้ป่วยด้วยเหตุผล แม้รู้ว่าใจของผู้ป่วยนั้นบังคับให้ทำตามไม่ได้ อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ให้ข้อมูลพบว่า ผู้ดูแลหลักนั้นมีการจัดการตามวิถีพุทธ อาทิ การให้ผู้ป่วยสวดมนต์เมื่อนอนไม่หลับ การกำกับติดตามให้ผู้ป่วยรักษาอาการเพื่อให้สงบลง ผู้ดูแลจึงไม่ขัดใจและนิ่ง พยายามเป็นฝั่งเดียวกับผู้ป่วย เจียบไม่ปะทะเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตกำเริบหรือต่อให้ถูกผู้ป่วยพูดตะคอกใส่ก็ยังคงพูดดีด้วย ยิ่งผู้ป่วยอารมณ์ร้อนอารมณ์ผู้ดูแลหลักยิ่งต้องใจเย็น พยายามเก็บซ่อนของมีคม บอกให้ผู้ป่วยใจเย็นลง อีกทั้งยังมีมีการติดตามผู้ป่วยเมื่อออกไปข้างนอกผ่านสื่อสังคมออนไลน์เพื่อติดตามว่าอยู่ที่ไหน ซึ่งมีรายละเอียดการรับมือวิธีดังกล่าวของผู้ดูแลดังนี้

“เราไม่ขัดใจเราพยายามแบบว่าเลี่ยงการปะทะคือมันไม่มีประโยชน์อ่าคะ คือเมื่อก่อนนะคะ แม่ไม่รู้ว่าเขาป่วยแม่ก็แบบว่าเอ๊ะทำไมต้องอย่างนี้...เราพยายามพูดดีกับเขาเวลาที่เขาแรง เราพยายามพูดดีกับเขายอมเขาอย่างนั้นอย่างนี้ เขาก็จะนิ่งลงพยายามเป็นพวกเขาเขาก็จะนิ่งลงไปแข่งกับเขา เผลอใจการไม่ได้เลยคะมันยิ่งทำให้เขาอารมณ์เสียขึ้นถ้าเรานิ่งเขาก็จะสงบประมาณนี้คะ...แม่ก็คือเวลาเขาอารมณ์ขึ้นตาขวางแม่ก็จะเจียบไม่ปะทะถ้าปะทะก็ตายฟรีไม่มีประโยชน์ก็เก็บพวกของมีคมเก็บบ่ออะไรซ่อนไว้ไม่ให้เขาเห็น เพราะเราดูในข่าวแล้วมันเหมือน เราก็อย่าให้มันเกิดกับเราก็ต้องกันไว้ก่อนนอกจากมันจะสุดวิสัยจริงๆ...เราพยายามกล่อมพูดนู่นนี่นั่นให้เหตุผล เราก็รู้แหละว่าห้ามแค่นี้แต่ใจเขาถ้าไม่ได้เขาก็ต้องโวยวายที่นั่นมันก็จะเป็นเรื่องขึ้นมาอีก” (ID3P1L4-5, P5L27-29, P7L2-3, P7L6-8)

“เราก็เหมือนเป็นที่ปรึกษาเขา เขาก็ยอมเล่าเรื่องอดีตเก่าๆ ให้ฟังหรือแบบอะไรก็แล้วแต่แบบเราก็พอจะจับใจความได้แล้วว่าเขาเจ็บปวดเรื่องไหน ...ใช้ธรรมะบำบัดเราด้วยและตัวเขาด้วย ตัวเขาชอบสวดมนต์อยู่แล้ว แล้วก็มันเหมือนใช้ธรรมบำบัดเราด้วยแล้วก็ตัวเขาด้วย สวดมนต์นะDaddy อะใช้อย่างนี้ชอบสวดมนต์อยู่แล้ว แล้วก็มันก็คืออยู่แล้ว ทำให้เรามาสวดมนต์ด้วยก็เอาก็สวดกันก็ดีขึ้น...แค่เตือนเขาให้กำลังใจเขาเป็นที่ระบายกับเขา ก็คือมีอะไรบอกเราก็จะใจเย็น หนูนั่งคุยกันแบบหนูจะพยายามไม่ทะเลาะ ไม่ปะทะ คือเราจะเย็นมากๆ เลยคะ...เราก็ถามเขาว่า รู้สึกยังไง ไหนบอกซิ มันอึดอัดยังไง เขาก็จะเจียบไปประมาณ 35 นาทีนะคะ เขาจะค่อย ๆ พูดออกมาแล้วเขาก็จะเริ่มดีขึ้น” (ID9P1L17-18, P5L21-22, P3L14-18)

“เมื่อก่อนเราอ่านข่าวเร็วมาก คือจะตามลูก คือเมื่อก่อนอ่านไม่เคยมีความคิดจะเล่น Social นะ ก็ต้องหัดอะไรนะ hi5 Facebook IG เพื่ออะไร ก็จะไปเจอตามหาลูก ว่าลูกอยู่ตรงไหน ก็คือต้องเล่นให้เป็นให้หมด ใครโทร เบอร์โทรแปลกๆต้องจด ถ้าเกิดลูกเป็นอะไรที่ไหนเราจะได้รับรู้ว่าจะต้องไปตามที่ไหน อย่างไรวันนึงละ คำก็จะโทรมาบอกแม่ว่า หมูกลับไม่ทันนะ เราก็ถามแบบว่า “อยู่ไหนละ” บางทีก็แกล้งหลอกถามป๊อบ ก็คือหลอกง่ายด้วย ว่าอยู่ตรงไหน อะไรยังไง ก็คือเราจะตาม ตามให้รู้ข้อมูล ว่าจุดเนี่ยอยู่ตรงไหน ตรงไหน เราก็จะตาม” (ID2P6L11-16)

“เขาก็ชอบพวกพระเครื่องอยู่แล้ว ก็เลยให้สวดมนต์ถือศีลอะไรเขาก็ทำ แต่เวลาเขาเครียด ขึ้นมาเขาก็ไม่ฟัง” (ID7P7L4-5)

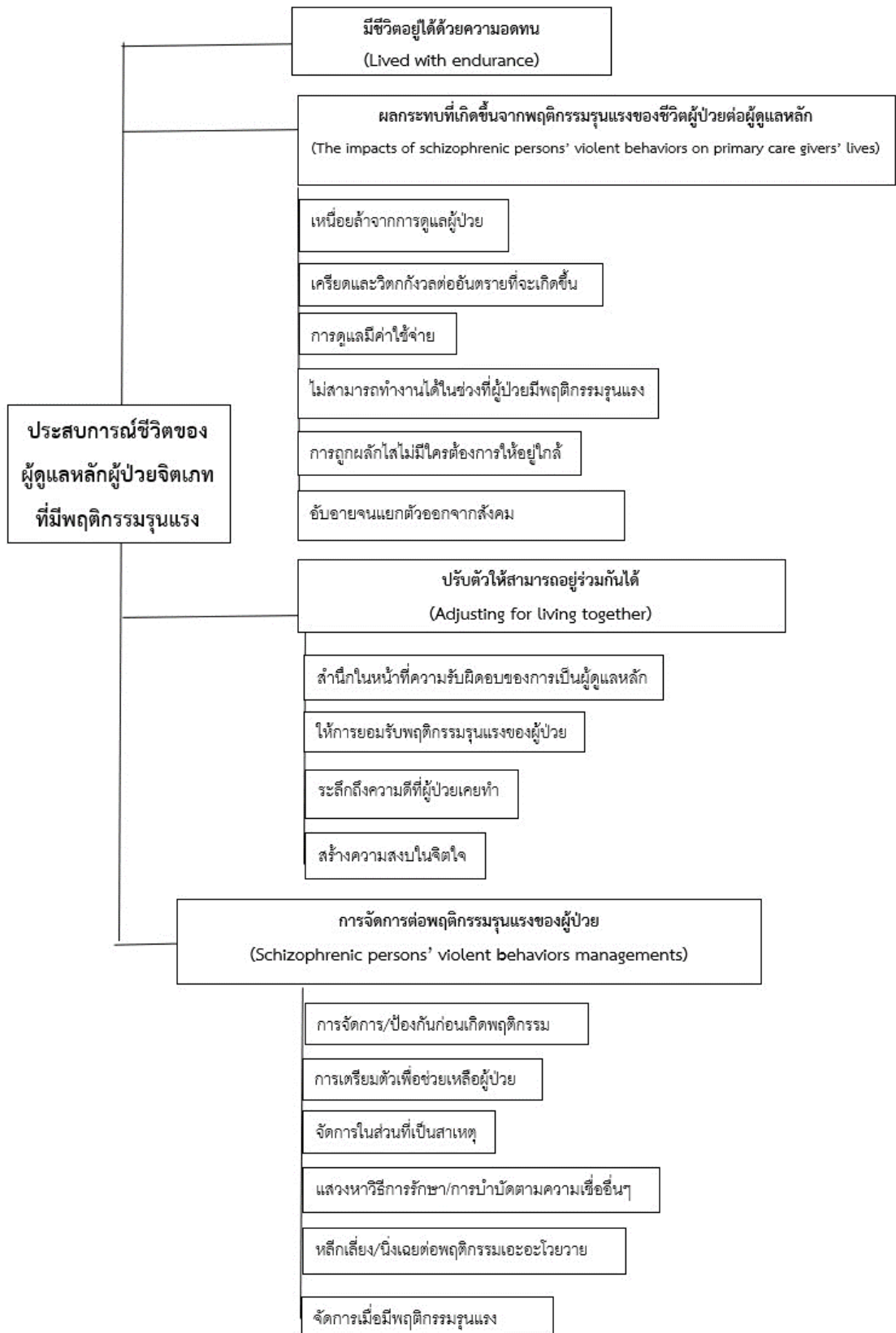
“ถ้าเขานอนไม่หลับใช้ไหมคะ ก็พยายามให้เขาลับตาไป หรือไม่ก็ให้เขาท่องนะโม หรือไม่ก็ พุทโธ พุทโธ อย่างนี้จะไปสักพักหนึ่ง บางทีก็หลับ บางทีเขาบอกว่าประสาทแข็งหลับไม่ได้ ค่ะ” (ID1P7L12-13)

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่า ผู้ดูแลหลักมีการให้ความหมายต่อประสบการณ์ชีวิตของตนเองในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ว่าเป็นประสบการณ์ที่ตนเองต้องเผชิญอันตรายโดยไม่คาดคิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยอยู่เสมอ จนรู้สึกว่าการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงการเป็นต้องมีความอดทนไปตลอดชีวิต อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเกิดสิ่งใดจากการเป็นผู้ดูแลหลัก ตนก็ล้วนยินดีและยอมรับ

โดยพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทสร้างผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมแก่ผู้ดูแลหลัก โดยผลกระทบด้านร่างกาย อาทิ ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย นอนไม่หลับ ตลอดจนรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า ผู้ดูแลหลักได้รับความรุนแรงทางคำพูด จนบางครั้งรู้สึกโกรธ ผู้ดูแลหลักมีความกังวลและเครียดที่สั่งสมมานาน จนผู้ดูแลหลักมีอาการซึมเศร้า จนบางท่านอยากจากโลกนี้ไป ยิ่งไปกว่านั้น ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลหลักไม่สามารถออกไปทำงานได้ รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีอาการทางจิตกำเริบได้บ่อยครั้ง และสุดท้ายผลกระทบด้านสังคม ผู้ดูแลหลักรู้สึกอับอายต่อพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยได้กระทำจนแยกตัวเองออกจากสังคม อีกทั้งผู้ดูแลหลักยังถูกสังคมรอบข้างกีดกันและตีตรา หากผู้ป่วยในความดูแลของตนนั้นมีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นผลกระทบต่อชุมชน จากผลกระทบดังกล่าว ผู้ดูแลหลักมีการป้องกันร่วมกับการจัดการต่ออาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรง

ของผู้ป่วย ทั้งการป้องกันพฤติกรรมรุนแรงก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำการจัดการ
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท เช่น การแสวงหาแหล่งรักษา/บำบัดรูปแบบต่างๆ
ควบคุมพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วย ตลอดจนกำกับติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย เป็น
ต้น นอกจากนี้ หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ผู้ดูแลหลักมีวิธีการจัดการที่มีส่วนช่วยในการลด
พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยตามแต่ละบริบทในครอบครัวรวมทั้ง ผู้ดูแลหลักมีการจัดการความรู้สึกของ
ผู้ดูแลหลักต่อปัญหาที่เผชิญ พบว่า ผู้ดูแลหลักมีการหลบเลี่ยงและนิ่งเฉยต่อปัญหา หากผู้ดูแลหลัก
รู้สึกทุกข์ใจก็จะมีจัดการต่อความรู้สึกภายในใจของตนเอง หรือมีการนำหลักธรรมทางศาสนา
บำบัดใจตน เช่น การรักษาศีล นิ่งสมาธิ เป็นต้น และเพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่การเป็นผู้ดูแลหลักของ
ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรุนแรงยังคงไว้อยู่ได้ พบว่า ผู้ดูแลหลักพยายามที่จะนึกถึงสิ่งที่ดีที่ผู้ป่วยเคยทำ
ตลอดจนนึกถึงหน้าที่และคำสัญญาที่จะดูแลผู้ป่วย

ดังนั้นจากการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จึง
สามารถระบุถึงความหมาย ตามคำบอกเล่าของผู้ดูแลหลักถึงการรับรู้ ความรู้สึก ความคิด การจัดการที่
ผ่านมา ตลอดจนความต้องการการช่วยเหลือด้านต่างๆ ดังปรากฏในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 สรุปประเด็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งเป็น การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแล หลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Hermeneutic phenomenology) ของ Martin Heidegger (1962)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นอย่างไร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล: ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตาม คุณสมบัติที่กำหนด คือ 1. เป็นสมาชิกในครอบครัวอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและให้ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล ได้แก่ บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา สามี หรือภรรยา ที่ทำหน้าที่ส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยจิต เภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง และก่อเหตุซ้ำ 3 ครั้งขึ้นไป ภายใน 1 ปีที่มาที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2. มี สติสัมปชัญญะสื่อสารภาษาไทยได้ 3. สมครใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจะติดต่อผ่านพยาบาลที่ ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก (Gate keeper) ซึ่งเป็นผู้ที่ทราบข้อมูลซึ่งเกี่ยวกับผู้ดูแลและสามารถ ช่วยระบุผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยจะเชิญชวนผู้ดูแลหลักตามเงื่อนไขที่วางไว้ เมื่อผู้ดูแลหลักเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจึงชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย การรักษาความลับ การบันทึกเทป และเซ็นเอกสารเข้าร่วมวิจัย การสัมภาษณ์จะใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น ทั้งนี้ขณะ สัมภาษณ์มีการเผชิญหน้าระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล (Face to face interview) เพื่อทำความเข้าใจ อากัปกริยา ภาษาท่าทางและสัญลักษณ์อื่น ๆ ร่วมด้วย โดยการสัมภาษณ์จะยุติเมื่อข้อมูลมีความ อิ่มตัว โดยแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 41 - 59 นาที หากข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะนัดหมาย ผู้ให้ข้อมูลเพื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติม โดยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยเอง ซึ่งถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการวิจัย เตรียมความพร้อมด้านความรู้ ด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยลงทะเบียนเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพการพยาบาล จำนวน 3 หน่วย กิต ร่วมกับเตรียมความรู้ด้านเนื้อหา ร่วมกับการค้นคว้าจากตำรา/หนังสือและขอรับคำปรึกษาจาก คณาจารย์ผู้สอน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล แบบบันทึกภาคสนาม เครื่องบันทึกเสียง และแบบบันทึกการถอดรหัสความ

3. แนวทางการสัมภาษณ์: การเตรียมคำถามเพื่อการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อสร้างแนวคำถามร่วมกับ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งคำถามที่ใช้มีลักษณะยืดหยุ่น เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในการสัมภาษณ์และเพิ่มเติมข้อคำถามให้ได้ข้อมูลที่มีรายละเอียดมากขึ้นโดยมีคำถามหลักได้แก่ “ที่ผ่านมารอดูแลผู้ป่วยท่านนี้เป็นอย่างไร” “ลักษณะพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยแสดงออกมา” “ช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงท่านคิดหรือรู้สึกอย่างไร” “ที่ผ่านมามีวิธีการดูแลหรือจัดการ พฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง” เป็นต้น คำถามรอง โดยใช้เทคนิคการทวนความ การทำความเข้าใจ กระทั่ง การสะท้อนความคิด การสรุปความ และการบอกเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถเก็บ รวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริง โดยมีแนวคำถามรองเพื่อเจาะลึกใน ประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน เช่น “คุณ.....ช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ.....(ประเด็นที่ต้องการ/ยังไม่ชัดเจน)”

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้รับแปลผลด้วยวิธีการตีความหมาย เลือกใช้แนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลตาม วิธีการของ van Manen (1990) “วงเวียนการตีความ” เป็นการนำเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบันมา ผสมผสานในการตีความ เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจในนิยามของข้อมูลที่ได้รับ การตีความหมาย หลังการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งจะถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ฟังเทปบันทึกเสียงที่ได้ซ้ำกลับไป กลับมาจนเกิดความเข้าใจ กำหนดรหัสข้อความออกเป็นข้อความย่อยจัดกลุ่มข้อมูลเชื่อมโยงรหัสต่างๆ เข้าด้วยกันจนกว่าจะได้ซึ่งโครงสร้างความหมายที่บ่งบอกแก่นแท้ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

1.1. ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) การสัมภาษณ์จะ ยุติเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว โดยจะยุติเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว โดยใช้แต่ละครั้งจะใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที เพื่อให้ผู้ดูแลหลักจะได้ให้ข้อมูลอย่างไม่ถูกรบกวนเกินไป

1.2. การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการ รวบรวมข้อมูล ถอดเทป จัดกลุ่ม ลงรหัส ตลอดจนวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 3 เดือน

1.3. การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulate) ซึ่งเป็นการพิสูจน์ความถูกต้องจากข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งที่มาที่หลากหลาย โดยการใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลต่างกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเดียวกัน อาทิ การสังเกตพร้อมการสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมกับศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยในเวชระเบียน ซึ่งสามารถตรวจสอบย้อนกลับจาก ไฟล์เสียง แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการถอดรหัสข้อมูลข้อมูล และแบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ส่วนบุคคล

1.4. การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) อย่างน้อย 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและการทำวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและการทำวิจัยเชิงคุณภาพ 2 ท่าน

1.5. การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) จากการสัมภาษณ์และการสังเกตที่ได้บันทึกอย่างเป็นระเบียบมาสรูปย่อ ๆ แล้วนำกลับไปย้อนถามผู้ให้ข้อมูล (member check) อย่างน้อย 3 ท่าน โดยดำเนินการในผู้ให้ข้อมูล ID2, ID7 และ ID13

1.6. ข้อมูลมีความอิมตัว (Salutation) กล่าวคือ ผู้วิจัยจะยุติเมื่อได้ทำการสัมภาษณ์จนไม่เพิ่มเติมข้อมูลใหม่ใด ๆ จนผู้วิจัยมีต้องสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลมาเพิ่มเติม โดยใช้แต่ละครั้งจะใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที เพื่อให้ผู้ดูแลหลักจะได้ให้ข้อมูลอย่างไม่ถูกรบกวนเกินไป

2. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability)

2.1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบวัตถุประสงค์การวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งได้เริ่มจากการตรวจสอบได้ในระยะเริ่มต้นจากโครงร่างการวิจัย โดยพบว่าสอดคล้องกับประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบกระบวนการวิจัย โดยมีการเลือกรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพและโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Hermeneutic phenomenology) ของ Martin Heidegger (1962) ให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ต้องการศึกษา

2.3 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เช่น วิธีการสัมภาษณ์วิธีการสังเกตและลักษณะข้อคำถามปลายเปิดกึ่งมีโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล/การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ การวิจัยเชิงคุณภาพ ในการตรวจสอบความเหมาะสมของคำถามหลัก/คำถามรองที่ใช้ในการสัมภาษณ์ และ Try out ข้อคำถามการสัมภาษณ์ดังกล่าวใน ID 1 และ ID 2 เพื่อพัฒนาการสัมภาษณ์ต่อไป.

2.4 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบจากข้อมูลดิบ จากเทปบันทึกการสัมภาษณ์ แบบบันทึกภาคสนาม การถอดเทปแบบคำต่อคำว่ามีข้อมูลตรงกันหรือไม่

2.5 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา เช่น การยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่ออธิบายข้อค้นพบที่ได้ เค้าโครงคำอธิบาย

ประเด็น (Theme) โดยมีข้อค้นพบทั้งสิ้น 4 ประเด็นหลัก (Theme) และ 16 ประเด็นรอง (Subtheme)

2.6 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป เช่น ข้อความที่สำคัญ สาระที่ได้จากการวิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล

สรุปผลการศึกษา

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่อง ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก 16 ประเด็นรอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 มีชีวิตอยู่ได้ด้วยความอดทน (Lived with endurance)

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

- 2.1 เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย
- 2.2 เครียดและวิตกกังวลต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น
- 2.3 การดูแลมีค่าใช้จ่าย
- 2.4 ไม่สามารถทำงานได้ในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง
- 2.5 การถูกพลักไสไม่มีใครต้องการให้อยู่ใกล้
- 2.6 อับอายจนแยกตัวออกจากสังคม

ประเด็นหลักที่ 3 ปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ (Adjusting for living together)

- 3.1 สำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบของการเป็นผู้ดูแลหลัก
- 3.2 ให้การยอมรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย
- 3.3 ระลึกถึงความดีที่ผู้ป่วยเคยทำ
- 3.4 สร้างความสงบในจิตใจ

ประเด็นหลักที่ 4 การจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย (Schizophrenic persons' violent behaviors managements)

- 4.1 การจัดการ/ป้องกันก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง
- 4.2 การเตรียมตัวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย
- 4.3 จัดการในส่วนที่เป็นสาเหตุ
- 4.4 แสวงหาวิธีการรักษา/การบำบัดตามความเชื่ออื่นๆ
- 4.5 หลีกเลี้ยง/นิ่งเฉยต่อพฤติกรรมเอะอะโวยวาย
- 4.6 จัดการเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรง

ประเด็นหลักที่ 1 มีชีวิตอยู่ได้ด้วยความอดทน (Lived with endurance)

ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ความหมายร่วมกันของการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น พบว่า ผู้ดูแลหลักต้องใช้ความอดทนอย่างยิ่งต่อการรับมือเมื่อผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาจากการเป็นผู้ดูแลหลักทำให้ต้องอดทนต่อปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรงทั้ง ต้องอดทนต่อการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย อดนอนเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ตอนกลางคืน อดทนต่อการถูกตำหนิว่าจากผู้ป่วย อดทนแบกรับภาระค่าใช้จ่ายจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตลอดจนอดทนต่อคำพูดดูหมิ่นของคนรอบข้าง

จากประสบเหตุการณ์ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย อาทิ ถูกตบ ถูกผลักจนล้ม ปีบคอ เป็นต้น หรือ ถูกถูกลงจากการเข้าไปห้ามขณะผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงหรือในขณะที่ผู้ป่วยกำลังขัดขึ้น เช่น ขีดข่วน หรือถูกตีตามร่างกาย เป็นต้น แต่ผู้ดูแลหลักก็ยังคงอดทนต่อการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อไป

ในช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบในช่วงกลางคืน ผู้ดูแลหลักต้องตื่นกลางดึกจากการได้ยินเสียงของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยนอนไม่หลับผู้ดูแลหลักเองนั้นก็จะนอนไม่หลับไปด้วย เพื่อสังเกตอาการของผู้ป่วย ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป บางท่านมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิต และไขมันในเลือดสูง คุณภาพการนอนของผู้ดูแลไม่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดเป็นผลกระทบทางกาย เช่น ปวดศีรษะ

ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้รับผลกระทบทางจิตใจจากคำพูดหยาบคาย ตำหนิ ตวาด หรือตะโกนขับไล่จากผู้ป่วยช่วงที่อาการทางจิตกำเริบ จนผู้ดูแลหลักบางท่านรู้สึกโกรธต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่ตนได้เคยเผชิญมา

ผู้ดูแลหลักมีประสบการณ์ที่ถูกบุคคลอื่นต่อว่าในรูปแบบต่างๆ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงในชุมชน ทั้ง ถูกกีดกันจากการใช้ขนส่งสาธารณะและถูกขับไล่ไปพร้อมกับผู้ป่วยในช่วงที่อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกำเริบ ตลอดจนกดดันผู้ดูแลหลักให้พาผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยถูกตีตราว่าเป็นบุคคลวิกลจริต ผู้ดูแลเองก็ถูกตีตราจากผู้อื่นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมามีด้วยเช่นกันจนผู้ดูแลหลักเองนั้นต้องพาลึกหนีออกจากสังคมนั้น

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

การเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีการรับรู้ถึงผลกระทบในด้านต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ 2.1 เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย 2.2 เครียดและวิตกกังวลต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น 2.3 การดูแลมีค่าใช้จ่าย 2.4 ไม่สามารถทำงานได้ในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง 2.5 การถูกผลักไสไม่มีใครต้องการให้อยู่ใกล้ และ 2.6 อับอายจนแยกตัวออกจาก

สังคมจากการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยในที่สาธารณะนั้นก็ทำให้ผู้ดูแลเองอับอาย ดังนั้นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจึงมีรายละเอียดดังนี้

2.1 เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย

ความรู้สึกเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลักขณะดูแลผู้ป่วยจิตเภทขณะที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทั้งจากการที่ต้องคอยป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลัก และผู้อื่น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อย ตลอดจนการเป็นที่พึ่งของทุกคนในครอบครัว ถือเป็นความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลทั้งกายใจ

2.2 เครียดและวิตกกังวลต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น

ผู้ดูแลหลักที่เคยมีประสบการณ์ในการเผชิญพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ดูแลหลักรู้สึกหวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะทำอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้มีปัญหาการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย

2.3 การดูแลมีค่าใช้จ่าย

จากข้อมูลของผู้ป่วยในความดูแลของผู้ให้ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปี จนถึง 34 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่การวินิจฉัยครั้งแรกจนถึงปัจจุบันตั้งแต่ 2 – 14 ครั้ง และใน 1 ปีที่ผ่านมา มีประวัติก่อพฤติกรรมรุนแรงตามการบันทึกในเวชระเบียนของโรงพยาบาลอยู่ที่ 3 -4 ครั้งของผู้ป่วยในความดูแลของผู้ให้ข้อมูล ผู้ดูแลหลักต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ดูแลต้องเตรียมสำรองไว้หากผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบขึ้น จากความรุนแรงและความถี่ของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเหล่านี้ ผู้ดูแลหลักก็ต้องแสวงหารักษาทั้งในและนอกระบบสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น อีกทั้งการเดินทางมาโรงพยาบาลในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมากกว่าช่วงที่อาการสงบต้องมีการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น หากผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ผู้ดูแลหลักเองก็จะถูกเรียกครองค่าเสียหายที่เกิดขึ้นหรือเป็นคดีความ ตลอดจนทรัพย์สินภายในบ้านสูญหายเนื่องจากถูกผู้ป่วยขโมยไปขายอีกด้วย

2.4 ไม่สามารถทำงานได้ในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ดูแลหลักไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพังโดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ เพราะเกรงว่าผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมรุนแรงขึ้นอีก ผู้ดูแลหลักยอมหยุดงานประจำหรือหยุดขายของ เพื่อสังเกตอาการผู้ป่วยดูแลอย่างใกล้ชิด และพามาโรงพยาบาลหากมีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายยากเกินกว่าจะดูแลเองได้

2.5 การถูกผลักไสไม่มีใครต้องการให้อยู่ใกล้

บุคคลรอบข้างที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่างผลักไสผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแลหลัก เพราะเกรงว่าอาจจะได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมรุนแรงซ้ำจากผู้ป่วย

2.6 อับอายจนแยกตัวออกจากสังคม

จากพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยได้กระทำขึ้นในอดีต ทำให้ผู้ดูแลหลักไม่กล้าไว้ใจที่จะปล่อยผู้ป่วยไว้ลำพัง ผู้ดูแลหลักจึงลดการออกนอกบ้านเพื่อพบปะทางสังคม แยกครอบครัวออกมาต่างหาก เพื่อความเป็นส่วนตัว ไม่ต้องการให้บุคคลอื่นรับรู้อาการของผู้ป่วย

ประเด็นหลักที่ 3 ปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ (Adjusting for living together)

ประสบการณ์ชีวิตด้านหนึ่งที่พบในผู้ดูแลหลักเหล่านี้คือ การพยายามหาวิธีปรับความคิด เพื่อให้ตนเองยังสามารถที่จะใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้ โดยผู้ดูแลหลักที่จะ 3.1 หลบเลี่ยงและนิ่งเฉยต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย 3.2 นิ่งสมาธิทำจิตใจให้สงบ 3.3 นึกถึงสิ่งที่ดีที่ผู้ป่วยเคยทำ 3.4 นึกถึงหน้าที่และคำสัญญาที่จะดูแลผู้ป่วย และ 3.5 ยินดีและยอมรับ ไม่ว่าจะเกิดสิ่งใดจากการเป็นผู้ดูแลหลัก ทำให้ผู้ดูแลหลักสามารถยืนหยัดต่อการเป็นผู้ดูแลหลักต่อไป

3.1 สำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบของการเป็นผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลหลักมีการตระหนักถึงหน้าที่และความสำคัญของตนในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพฤติกรรมรุนแรง การดูแลผู้ป่วยเป็นดังคำมั่นสัญญาที่ตนเคยได้ให้ไว้ต่อบุคคลสำคัญก่อนเสียชีวิต เป็นผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลยืนหยัดและทำหน้าที่ตนเองต่อไปได้โดยไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย

3.2 ให้การยอมรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย

ผู้ดูแลหลักรู้สึกสงสารเมื่อพิจารณาถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จึงใส่ใจดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและใส่ใจ อีกทั้งยังยอมรับในตัวตนของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วย เพราะรับรู้ได้ว่าแท้จริงนั้น ผู้ป่วยนั้นเป็นคนดี

3.3 ระลึกถึงความดีที่ผู้ป่วยเคยทำ

ผู้ดูแลหลักพยายามนึกถึงเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่ดีที่ผู้ป่วยเคยกระทำ เป็นผลให้ผู้ดูแลหลักมีกำลังใจในการเป็นผู้ดูแลหลักต่อไปได้ ผู้ดูแลหลักจึงอยากทที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม

3.4 สร้างความสงบในจิตใจ

ผู้ดูแลหลักมีการจัดการซึ่งความรู้สึกตนเองที่มีต่อปัญหาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลหลักจะใช้ธรรมะในการประคับประคองจิตใจ ตลอดจนการทำสมาธิเพื่อให้ตนมีสติในการแก้ไขปัญหา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลนับถือศาสนาพุทธทุกคน ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงมีการปรับที่ความคิดโดยมีมุมมองต่อปัญหาตามหลักคำสอนของศาสนา มีการทำกิจกรรมเพื่อคลายความทุกข์ที่เผชิญจนก่อเป็นความรู้สึกที่ดีขึ้น ได้แก่ ฝึกทำสมาธิ สวดมนต์

ประเด็นหลักที่ 4 การจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย (Schizophrenic persons' violent behaviors managements)

4.1 การจัดการ/ป้องกันก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ดูแลหลักมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนมีพฤติกรรมรุนแรง โดยสังเกตได้จากอาการของผู้ป่วย เพื่อดำเนินการป้องกันก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง

4.2 การเตรียมตัวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย

ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมอุปกรณ์ผูกมัดไว้ให้พร้อมตลอดจนจัดเก็บสิ่งของที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธ โดยเรียนรู้การป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงที่ได้ถูกนำเสนอผ่านสื่อต่างๆ

4.3 จัดการในส่วนที่เป็นสาเหตุ

ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทกล่าวเตือนเพื่อห้ามผู้ป่วยใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นการจัดการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลหลักจะกล่าวห้ามการใช้ยาเสพติดในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ หรือขอให้ลดปริมาณลงการใช้สารเสพติดลง นำไปสู่การตั้งข้อตกลงในการลดปริมาณสารเสพติดที่อนุญาตให้ใช้ต่อวัน

ผู้ดูแลหลักมีการกำกับติดตามการรับประทานยา และการป้องกันการทิ้งยาของผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับยาตามแผนการรักษา โดยการใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลโน้มน้าวให้รับประทานยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ

4.4 แสวงหาวิธีการรักษา/การบำบัดตามความเชื่ออื่นๆ

การจัดการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพและการรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งการรักษาในระบบสุขภาพและนอกระบบสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่ดีขึ้น แม้ว่าผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอและผู้ป่วยส่วนใหญ่ว่างงานและไม่มีรายได้ แต่ผู้ดูแลหลักก็ได้มีการยืมเงินจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อใช้ในการรักษาอาการของผู้ป่วย

4.5 หลีกเลียง/นิ่งเฉยต่อพฤติกรรมเอะอะโวยวาย

ผู้ดูแลหลักมีการหลบเลี่ยงเป็นหนึ่งในวิธีการตอบสนองต่อปัญหาที่ผู้ดูแลหลักเลือกใช้ ผู้ดูแลหลักยังเลือกการตอบสนองเมื่อเผชิญต่อเหตุรุนแรงจนรู้สึกโกรธ แต่เลือกไม่ตอบโต้ ผู้ดูแลหลักพยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เป็นปกติแม้จะผ่านพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วย

4.6 จัดการที่พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย

ผู้ดูแลหลักมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อมุ่งเน้นในการป้องกันการเกิดอันตรายที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยมีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโดยการตอบโต้กลับทันทีเช่น พูดชู้ หรือ ทำร้ายร่างกายกัน นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักมีวิธีการรับมือกับผู้ป่วยในขณะที่มีพฤติกรรม

รุนแรง โดยผู้ดูแลหลักเลือกใช้วิธีการการหลีกเลี่ยงการปะทะกับผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักโน้มหน้าผู้ป่วยด้วยเหตุผล มีการจัดการตามวิधिพุทธ และมีการติดตามผู้ป่วยเมื่อออกไปข้างนอกผ่านสื่อสังคมออนไลน์

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นหลักของประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งมีประเด็นหลักที่ผู้วิจัยได้อภิปรายดังนี้ 1.มีชีวิตอยู่ได้ด้วยความอดทน 2.ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่อชีวิตของผู้ดูแลหลัก 3.ปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ และ 4. การจัดการต่ออาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ตามรายละเอียดการอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1.มีชีวิตอยู่ได้ด้วยความอดทน (Lived with endurance)

ผู้ดูแลหลักได้ให้ความหมายประสบการณ์ชีวิตของตนร่วมกับผู้วิจัย จากการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองต่อประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักจากการเผชิญปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในช่วงที่ผ่านมา ต้องคอยระวังอันตรายชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบทำให้ผู้ดูแลหลักต้องอดทน แม้จะรู้ว่าสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญนั้นเป็นการอดทนตลอดชีวิต จนทำให้รู้สึกหนักใจไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิลาวณิชย์ กล้าแรง และคณะ (2565) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวถือเป็นปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมาก ผู้ดูแลก็ไม่รู้จะจัดการผู้ป่วยอย่างไร หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยครั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Öz et al (2022) ระบุว่า ช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวเป็นช่วงที่ผู้ดูแลและครอบครัวก้าวข้ามผ่านได้ยากที่สุด หากผู้ดูแลหลักที่ไม่รู้จะทำอย่างไรต่อปัญหาผู้ดูแลหลักก็จะยกให้เป็นเรื่องของเวรกรรมที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยจิตเภทในอดีตชาติที่ผ่านมา รวากับถูกทำโทษด้วยการได้รับผลกระทบ (Hsu and Tu, 2014) เป็นปัญหาที่ยากต่อการรับมือและต้องอดทนมาโดยตลอดไม่มีทางคลี่คลาย

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีสิ่งที่คุณดูแลหลักต้องอดทนยอมรับเกิดขึ้นอย่างมาก แต่ผู้ดูแลหลักเหล่านั้นยังคงอดทนทำหน้าที่อยู่ได้เป็นเพราะ ผู้ดูแลนั้นยอมรับการรุกรานของผู้ป่วยจิตเภทขณะมีพฤติกรรมรุนแรงได้เสมอเพราะรับรู้ได้ว่าแท้จริงนั้นผู้ป่วยนั้นเป็นคนดี ตลอดจนการทำใจยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย (Neha et al., 2021) ยอมรับในตัวตนของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลหลักอดทนทำหน้าที่ของตนต่อไปได้ (Upasen and Saengpanya, 2022)

ผู้ดูแลหลักหลายท่านต่างเคยประสบเหตุการณ์ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย ขณะการทะเลาะวิวาทกัน หรือขณะที่ผู้ดูแลหลักกำลังพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล สัมพันธ์กับการศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการของ ปัญญา ทองทัพ และ กฤตยา แสงวงเจริญ (2556) ที่ได้ระบุผลการศึกษาว่า ร้อยละ 19.6 ของผู้ดูแลเคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย โดยการศึกษาของ Hsu and Tu

(2014) ระบุว่า ผู้ดูแลหลักโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีบทบาทเป็นบิดามารดาของผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ นั้นส่วนใหญ่ล้วนเคยถูกทำร้ายโดยผู้ป่วยจิตเภทในความดูแลของตนเองมากกว่าบุคคลกลุ่มอื่น โดยเกือบครึ่งของผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ ก็คือ ผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็นมารดา และเป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทั้งนี้ผู้ดูแลหลักอาจถูกคุกคามหลังจากการเข้าไปห้ามขณะผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง อันเป็นการถูกทำร้ายด้วยความไม่ตั้งใจจากผู้ป่วย (วิลาวัณย์ กล้าแรง และคณะ, 2565) ในช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบในช่วงกลางคืน ผู้ดูแลหลักต้องตื่นกลางดึกจากยินเสียงของผู้ป่วย (วิลาวัณย์ กล้าแรง และคณะ, 2565) หากผู้ป่วยนอนไม่หลับผู้ดูแลหลักก็จะนอนไม่หลับไปด้วย เพื่อสังเกตอาการของผู้ป่วย ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป บางท่านมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิต และไขมันในเลือดสูง คุณภาพการนอนของผู้ดูแลไม่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดเป็นผลกระทบทางร่างกายของผู้ดูแลหลักด้วยเช่นกัน (Neha et al, 2021) อาทิ ปวดศีรษะ (ID5P10L20-22) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลักสอดคล้องกับการศึกษาของ Hanzawa et al. (2013) ที่ได้กล่าวถึงความรู้สึกเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลหลักที่เคยประสบกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจมีความสัมพันธ์กับการได้รับคำพูดที่รุนแรงจากผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (Hsu and Tu, 2014) ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้รับผลกระทบทางจิตใจจากคำพูดหยาบคาย ด่าทอ ตวาด หรือตะโกนขับไล่จากผู้ป่วยช่วงที่อาการทางจิตกำเริบ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการของ ปัญญา ทองทัฬ และ กฤตยา แสงเจริญ (2556) ที่ได้รับผลการศึกษาว่า ร้อยละ 30.4 ของผู้ดูแลเคยถูกผู้ป่วยจิตเภท ตวาด/ดู/ด่าทอด้วยคำหยาบคาย/ส่งเสียงดัง จนผู้ดูแลหลักบางท่านรู้สึกโกรธต่อพฤติกรรมรุนแรง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Neha et al. (2021) ที่ระบุว่า ผู้ดูแลต้องอดทนต่อคำพูดเชิงลบหรือคำหยาบคายของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลจะเลี่ยงวิธีการสื่อสารในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เพื่อลดการกระทบกระทั่งภายในครอบครัว (ทวิศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563)

2.ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยต่อชีวิตของผู้ดูแลหลัก (The impacts of schizophrenic persons' violent behaviors on primary care givers' lives)

ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีการรับรู้ถึงผลกระทบในด้านต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ดังนั้นผลกระทบที่ตามมาจึงสามารถจำแนกออกมาได้ 4 ด้าน โดยผลกระทบด้านร่างกาย พบว่าผู้ดูแลหลักเกิดความเหนื่อยล้าทางกาย ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ดูแลหลักรู้สึกกังวลและเครียดต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น ในส่วนของผลกระทบด้านเศรษฐกิจนั้น ผู้ดูแล

หลักจะต้องหยุดทำงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย และ ผลกระทบด้านสังคม จากการแสดงออกทางพฤติกรรมของผู้ป่วยในที่สาธารณะนั้นก็ทำให้ผู้ดูแลหลักรู้สึกอับอายและแยกออกจากสังคม

เหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากที่สุด ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงเป็นที่พึ่งของทุกคนในครอบครัวด้วยเช่นกัน (Shiraishi & Reilly, 2019) เป็นผลทำให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้สึกเหนื่อยทั้งจากการที่ต้องคอยป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ยิ่งไปกว่านั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อย การศึกษาของ วิลาวณิชย์ กล้าแรง และคณะ (2565) ได้กล่าวไว้ว่า เป็นช่วงที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นช่วงที่ยากมาก และเหนื่อยมากในการดูแล ถือเป็นความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลักทั้งทางกายและทางใจ

เครียดและวิตกกังวลต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น ถือว่า เป็นผลกระทบที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยด้วย เนื่องจาก สภาพอารมณ์ของผู้ดูแลหลักนั้นมีผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Imkome and Waraassawapati, 2018) เป็นผลกระทบที่พบเจอได้มากที่สุด ผู้ดูแลหลักมีความกังวลใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักนั้นมีความรู้สึกกังวลใจในระดับสูง เนื่องมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่อาจก่อผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่นจนก่อให้เกิดความเครียดต่อการรับมือกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ (วิลาวณิชย์ กล้าแรง และคณะ, 2565) จากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลหลักต่างต้องคอยรับมือผลกระทบในหลากหลายด้านแม้ว่า ปัญหาดังกล่าวตนจะไม่ได้เป็นผู้ก่อจนส่งผลให้ผู้ดูแลมีความกังวลเกี่ยวกับความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต (Hsu and Tu (2014)

การดูแลมีค่าใช้จ่าย จากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยในความดูแลของผู้ให้ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 2 ปี จนถึง 34 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่การวินิจฉัยครั้งแรกจนถึงปัจจุบันตั้งแต่ 2 – 14 ครั้ง และใน 1 ปีที่ผ่านมา มีประวัติก่อพฤติกรรมรุนแรงตามการบันทึกในเวชระเบียนของโรงพยาบาลอยู่ที่ 3 - 4 ครั้ง ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ดูแลหลักต้องเตรียมสำรองไว้หากผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบขึ้น จากความรุนแรงและความถี่ของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงเหล่านี้ ผู้ดูแลหลักก็ต้องแสวงหาการรักษาทั้งในและนอกระบบสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น (Neha et al., 2021) อีกทั้งการเดินทางมาโรงพยาบาลในช่วงที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมากกว่าช่วงที่อาการสงบต้องมีการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น เช่น มูลนิธิ (ID8P2L22 & ID16P2L22-23) หากผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ผู้ดูแลหลักเองก็จะถูกเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้นหรือเป็นคดีความ ตลอดจนทรัพย์สินภายในบ้านสูญหายเนื่องจากถูกผู้ป่วยขโมยไปขายอีกด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ (2563) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น

ผู้ดูแลจะต้องมีการจัดเตรียมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว ซึ่งค่าใช้จ่ายก็ถือว่าเป็นหนึ่งในสิ่งที่ผู้ดูแลหลักต้องเตรียมไว้ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเป็นจิตเภทนั้น ในหลายงานยังคงเป็นข้อจำกัดต่อการสมัครเข้าทำงานอยู่ ดังนั้น ภาระการดูแลค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลหลักจะลดลง หากผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างทักษะการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระ สามารถออกไปประกอบอาชีพเหมือนบุคคลอื่นได้ในสังคม (Öz et al., 2022)

ไม่สามารถทำงานได้ในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งเป็นผลกระทบที่พบได้ในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จากประวัติพฤติกรรมรุนแรงที่ผ่านมาของผู้ป่วยนั้น เป็นผลให้ผู้ดูแลหลักไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพังโดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ต้องดูแลใกล้ชิดจนไม่สามารถไปทำงานได้จนทำให้ขาดรายได้จึงเป็นปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมาก (วิลาวัลย์ กล้าแรง และคณะ, 2565) ผู้ดูแลหลักยอมหยุดงานประจำหรือหยุดขายของ เพื่อสังเกตอาการผู้ป่วยดูแลอย่างใกล้ชิด และพามาโรงพยาบาลหากมีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตรายยากเกินกว่าจะดูแลเองได้ ซึ่งเป็นไปในทางเดียวกันกับผลการศึกษาของ นลิน ดวงปัญญา และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2563) พบว่า หากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการสงบก็จะทำให้ผู้ดูแลนั้นสามารถกลับมาประกอบอาชีพและมีรายได้เป็นของตนเองอีกครั้งได้

การถูกผลักไสไม่มีใครต้องการให้อยู่ใกล้ ผู้ดูแลหลักก็มีประสบการณ์ที่ตนเองนั้นได้รับคำพูดเชิงลบจากบุคคลโดยรอบ อาทิ การถูกกีดกันจากการใช้ขนส่งสาธารณะและถูกขับไล่ไปพร้อมกับผู้ป่วยในช่วงที่อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกำเริบ ตลอดจนกดดันผู้ดูแลหลักให้พาผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการกีดกันเหล่านั้น เกิดจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งแสดงถึงความไม่รู้และความเข้าใจผิดพลาดของสังคมต่อโรคจิตเภท และบทบาทของสื่อในการนำเสนอข้อมูลอันเป็นการกระตุ้นความเหี้ยมหยามทั้งต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก (Manesh et al., 2023) และจากการศึกษาของ วิลาวัลย์ กล้าแรง และคณะ (2565) พบว่า บางครั้งผู้ป่วยจิตเภทมีอาการหงุดหงิดรุนแรงกับสมาชิกในบ้าน ก็ส่งผลให้ชุมชนเกิดความหวาดกลัว จนนำไปสู่การถูกตีตราในผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นบุคคลวิกลจริต ผู้ดูแลเองก็ถูกตีตราจากผู้อื่นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมาด้วยเช่นกันจนผู้ดูแลหลักเองนั้นต้องพาหลีกเลี่ยงหนีออกจากสังคมนั้น นับเป็นการรับรู้ตราบาป จากการไม่ถูกยอมรับของสังคม (Neha et al., 2021) อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีความต้องการได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมด้วยเช่นกัน (Öz et al. (2022)

อับอายจนแยกตัวออกจากสังคม จากพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยได้กระทำขึ้นในอดีต เป็นผลทำให้ผู้ดูแลหลักอับอายและไม่กล้าไว้ใจที่จะปล่อยผู้ป่วยไว้ลำพัง ผู้ดูแลหลักจึงลดการออกนอกบ้านเพื่อพบปะทางสังคม แยกครอบครัวออกมาต่างหากเพื่อความเป็นส่วนตัว ไม่ต้องการให้บุคคลอื่นรับรู้อาการของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและสะท้อนขวัญต่อสังคม จะนำมาซึ่งความอับอายเพราะความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท (Neha et al., 2021) สอดคล้องกับ

การศึกษาของ นิภาวรรณ ศรีโยหะ และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2563) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทจะลดการพบปะผู้คนนอกบ้าน เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยจิตเภทความคิดฟุ้งซ่าน ป้องกันความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น และป้องกันมิให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหากออกไปสู่สังคมภายนอกในช่วงที่อาการทางจิตกำเริบ ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักนั้นเผชิญความโดดเดี่ยวทางสังคม (Imkome and Waraassawapati, 2018)

3.ปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ (Adjusting for living together)

การปรับตัวของผู้ดูแลหลักต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ถือเป็นความพยายามของบุคคลที่พยายามที่จะปรับตัวทางด้านพฤติกรรม จิตใจ และสังคม (Lazarus and Folkman, 1984)

สำนึกในหน้าที่ความรับผิดชอบของการเป็นผู้ดูแลหลัก แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลหลักเห็นคุณค่าของตนเองต่อการทำหน้าที่ผู้ดูแล ตลอดจนการยอมรับในตัวผู้ป่วยจิตเภท (Shiraishi and Reilly, 2019) ซึ่งจะทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แข็งแกร่งยิ่งขึ้น (Neha et al., 2021) การดูแลผู้ป่วยเป็นดังคำมั่นสัญญาที่ตนเคยได้ให้ไว้ต่อบุคคลสำคัญก่อนเสียชีวิตซึ่งถือว่าการเสริมสร้างความผูกพันกับผู้ที่ได้รับการดูแลเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ (Upasen and Saengpanya, 2022) เป็นผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลยื่นหยัดและทำหน้าที่ตนเองต่อไปได้โดยไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย (Neha et al., 2021)

ให้การยอมรับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลหลักยอมรับการรุกรานของผู้ป่วยจิตเภทขณะมีพฤติกรรมรุนแรงได้นั้น เพราะรับรู้ได้ว่าแท้จริงนั้นผู้ป่วยนั้นเป็นคนดี ตลอดจนการเข้าใจยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย (Neha et al., 2021) ยอมรับในตัวตนของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นลิน ดวงปัญญา และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2563) ที่พบว่า ผู้ดูแลมีการเข้าใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความหลากหลายของความทุกข์ถ้าโถมเข้ามาในชีวิต จึงทำให้ผู้ดูแลยินดีที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและเห็นอกเห็นใจอย่างแท้จริง (Upasen and Saengpanya, 2022)

ระลึกถึงความดีที่ผู้ป่วยเคยทำ ผู้ดูแลหลักพยายามนึกถึงเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่ดีที่ผู้ป่วยเคยกระทำ เป็นผลให้ผู้ดูแลหลักมีกำลังใจในการเป็นผู้ดูแลหลักต่อไปได้ ซึ่งเป็นสะท้อนความรู้สึกเชิงบวกกลับมายังผู้ดูแลหลัก (ทวิศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563) ผู้ดูแลหลักจึงอยากที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ Upasen and Saengpanya (2022) เมื่อผู้ดูแลพยายามนึกถึงเวลาที่ดีที่มีร่วมกันกับผู้ป่วยนั้น จะก่อการยอมรับผู้ป่วยและเล็งเห็นว่าผู้ที่ได้รับการดูแลนั้นแท้จริงแล้วเป็นคนดี ผู้ป่วยคือคนสำคัญ และมีคุณค่าต่อผู้ดูแล (นลิน ดวงปัญญา และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2563)

สร้างความสงบในจิตใจ ผู้ดูแลหลักมีการจัดการซึ่งความรู้สึกตนเองที่มีต่อปัญหาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลหลักจะใช้การนั่งสมาธิร่วมกับธรรมะในการประคับประคองจิตใจ (Neha et al., 2021) ตลอดจนการทำสมาธิเพื่อให้ตนมีสติในการแก้ไขซึ่งปัญหา (Budak and Yilmaz, 2019) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลนับถือศาสนาพุทธทุกคน ดังนั้นผู้ดูแลหลักจึงมีการ

ปรับที่ความคิดโดยมีมุมมองต่อปัญหาตามหลักคำสอนของศาสนา มีการทำกิจกรรมเพื่อคลายความทุกข์ที่เผชิญจนก่อเป็นความรู้สึกที่ดีขึ้น

4. การจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย (Schizophrenic persons' violent behaviors managements)

การจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ถือเป็น การจัดการต่อปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลหลักเผชิญ โดยการเลือกใช้กลวิธีต่างๆในการจัดการต่อปัญหา (Lazarus and Folkman, 1984)

การจัดการ/ป้องกันก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลหลักมีการป้องกันร่วมกับการจัดการต่ออาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทก่อนมีพฤติกรรมรุนแรง โดยสังเกตได้จากอาการของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเริ่มมีอาการทางจิตและในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ (วิลาวัณย์ กล้าแรง และคณะ, 2565) ผู้ดูแลหลักมีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดขึ้น และการจำกัดพื้นที่ของผู้ป่วยให้อยู่เฉพาะแต่ภายในบ้าน เป็นการสร้าง “safety zone” ซึ่งเป็นการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ (นิภาวรรณ ศรีโยหะ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2563)

การเตรียมตัวเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมอุปกรณ์ผูกมัดไว้ให้พร้อมตลอดจนจัดเก็บสิ่งของที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นอาวุธ โดยเรียนรู้การป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงที่ได้ถูกนำเสนอผ่านสื่อต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวรรณ ศรีโยหะ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2563)

จัดการในส่วนที่เป็นสาเหตุ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทกล่าวเตือนเพื่อห้ามผู้ป่วยใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นการจัดการปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท เพราะ การใช้สารเสพติดนั้นจะทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง ที่เป็นผลมาจากการขาดความยับยั้งชั่งใจโดยเฉพาะช่วงของการเมาสารเสพติด ร่วมกับอารมณ์ที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงง่าย และการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม (เพชร คันธสายบัว และคณะ, 2563) สารเสพติดที่กระตุ้นประสาทในช่วงต้นของการเมาจะมีอารมณ์ครั้นเคร่งตลอดเวลา ต่อจากนั้นอารมณ์จะเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว กลายเป็นอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย (ศิริพรรณ ธนันชัย และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2562) สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้มักเป็นผลมาจากการขาดความยับยั้งชั่งใจโดยเฉพาะช่วงของการเมาสารเสพติด ร่วมกับอารมณ์ที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงง่าย และการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม (เพชร คันธสายบัว และคณะ, 2563) โดยผู้ดูแลหลักจะกล่าวห้ามการใช้ยาเสพติดในช่วงที่ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ หรือขอให้ลดปริมาณลงการใช้สารเสพติดลง นำไปสู่การตั้งข้อตกลงในการลดปริมาณสารเสพติดที่ใช้ต่อวัน

ผู้ดูแลหลักมีการกำกับติดตามการรับประทานยา และการป้องกันการทิ้งยาของผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับยาตามแผนการรักษา (เพชร คันธสายบัว และคณะ, 2563) ซึ่งส่วนสาเหตุที่ทำให้การรักษาไม่

เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ หยุดรับประทานยา เป็นผลให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ สูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรงตามมา (Witt et al., 2013) โดยในผู้ให้ข้อมูลพบว่ามีการใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลโน้มน้าวให้รับประทานยาตามแผนการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ

แสวงหาวิธีการรักษา/การบำบัดตามความเชื่ออื่นๆ ผู้ดูแลหลักมีการจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทตามบริบททางสังคมของแต่ละครอบครัว ดังเช่น ผู้ดูแลหลักมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพและการรักษาผู้ป่วยจิตเภททั้งการรักษาในระบบสุขภาพ โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของนลิน ดวงปัญญา และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2563) ที่กล่าวไว้ว่า ผู้ดูแลต่างแสวงหาแหล่งการรักษาที่ได้รับการบอกต่อว่ารักษาอาการจิตเภทได้ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่ดีขึ้น และนอกระบบสุขภาพ พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Neha et al. (2021) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีการอธิษฐานอ้อนวอนต่อพระเจ้าขอให้อาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภทสงบลง หรืออาจพบได้ว่า มีการแสวงหาแหล่งการรักษาที่ผสมผสานทั้งการรักษาในและนอกระบบสุขภาพเช่นผลการศึกษาของวิลาวัลย์ กล้าแรง และคณะ (2565) ที่ได้กล่าวถึงการแสวงหาการรักษาอื่น ๆ เช่น รักษากับคนทรงเจ้า บางครั้งก็ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านหรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น แม้ว่าผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอและผู้ป่วยส่วนใหญ่ว่างงานและไม่มีรายได้ แต่ผู้ดูแลหลักก็ได้มีการยืมเงินจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อใช้ในการรักษาอาการของผู้ป่วย

หลีกเลี่ยง/นิ่งเฉยต่อพฤติกรรมเอะอะโวยวาย เมื่อผ่านพ้นอันตรายจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักจะพยายามทำให้จิตใจกลับเข้าสู่สภาวะปกติจากการตอบสนองภาวะ สู้ หรือ หนี ภายหลังสถานการณ์สงบลง (Brucato et al., 2018) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hanzawa et al. (2013) ที่ระบุข้อค้นพบไว้ว่า ผู้ดูแลหลักนั้นไม่ต้องการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จึงเลี่ยงที่อยู่กับผู้ป่วยตามลำพังโดยไม่มีสมาชิกในครอบครัวท่านอื่นอยู่ด้วย และการศึกษาของวิลาวัลย์ กล้าแรง และคณะ (2565) ได้กล่าวไว้ว่า บางครั้งผู้ดูแลไม่รู้จะทำอย่างไรดีเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรง จึงตัดสินใจหลบหนีไปอาศัยบ้านญาติก่อน นอกจากนี้จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้ดูแลหลักยังเลือกการตอบสนองเมื่อเผชิญต่อเหตุรุนแรงโดยนิ่งเฉยไม่ตอบโต้ (Neha et al., 2021) ผู้ดูแลหลักพยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันราวกับว่าไม่มีสิ่งใดเกิดขึ้นแม้จะผ่านพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วย

จัดการเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลหลักมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อมุ่งเน้นในการป้องกันการเกิดอันตรายที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยมีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Öz et al. (2022) ที่พบว่า ผู้ดูแลหลักมีความต้องการในด้านการจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วยมากที่สุด จากการรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลหลักพบว่า ผู้ดูแลหลักมีการ

จัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยการตอบโต้กลับทันทีเช่น พุดชู่ หรือ ทำร้ายร่างกาย ซึ่งสัมพันธ์กับผลการศึกษาของ Neha et al. (2021) ที่ระบุถึงการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลหลักกว่ามีการลงมือทำร้ายผู้ป่วยกลับทันที หากก่อพฤติกรรมรุนแรงต่อตัวของผู้ดูแลหลัก นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักมีวิธีการรับมือกับผู้ป่วยในขณะที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้ดูแลหลักเลือกใช้วิธีการการหลีกเลี่ยงการปะทะกับผู้ป่วย โดยการสังเกตซึ่งความถี่ ช่วงเวลาที่อาจจะเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย เนื้อหาของบทสนทนาที่อาจชักนำไปสู่การทะเลาะวิวาทกันกับผู้ป่วย ตลอดจนสัญญาณเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง (Imkome and Waraassawapati, 2018) ผู้ดูแลหลักโน้มน้าวผู้ป่วยด้วยเหตุผล (นลิน ดวงปัญญา และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2563) มีการจัดการตามวิถีพุทธ (Budak and Yilmaz, 2019) นอกจากนี้จากการรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัยยังพบว่าผู้ดูแลหลักนั้นได้มีการติดตามผู้ป่วยเมื่อออกไปข้างนอกผ่านสื่อสังคมออนไลน์อีกด้วย

โดยสรุปแล้วประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลหลักร่วมกับผู้วิจัยได้ให้ความหมายของประสบการณ์ชีวิตในครั้งนี้ ว่ามีชีวิตอยู่ได้ด้วยความอดทน (Lived with endurance) พบว่า ผู้ดูแลหลักต้องอดทนทั้งต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม ผู้ดูแลหลักมีความพยายามที่จะหาวิธีปรับความคิดเพื่อให้ตนเองยังสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้ อาทิผู้ดูแลหลักเลือกที่จะหลบเลี่ยงและนิ่งเฉยต่อปัญหา ผู้ดูแลหลักมีการใช้ประโยชน์จากการทำสมาธิเพื่อทบทวนจิตใจสงบลง ตลอดจนผู้ดูแลหลักพยายามนึกถึงสิ่งที่ดีที่ผู้ป่วยเคยทำกระทำ เป็นต้น อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ผู้ดูแลหลักมีการหาวิธีการป้องกันก่อนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำเช่น สังเกตอาการ และการจัดเก็บอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย เป็นต้น อีกทั้งยังมีการจัดการต่ออาการทางจิตผ่านการกำกับติดตามการรับประทานยาและควบคุมการใช้ยาเสพติด ตลอดจนแสวงหาวิธีการบำบัดรูปแบบต่างๆ หากเกิดพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลหลักก็มีวิธีการจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วยตามบริบทของครอบครัวนั้นๆ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแนวตีความในครั้งนี้ ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผลการศึกษาที่ได้อาจเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่พยาบาล และทีมสุขภาพ เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่บ้านได้ตรงตามสภาพบริบทของสังคมไทย อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการสนับสนุนผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงตามสภาพบริบทของสังคมไทยต่อไป ตลอดจนการนำผลการศึกษาที่ได้ไปสู่วิจัยในรูปแบบอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต ดังนั้นข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้จึงมีรายละเอียดดังนี้

- 1.จากการให้ความหมายของประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงร่วมกับผู้วิจัย พบว่า การเป็นผู้ดูแลหลักนั้นต้องอดทนต่อปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย

จิตใจ เศรษฐกิจ และ สังคม อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเหล่านั้นมีการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนได้ค่อนข้างจำกัด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงให้สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนได้อย่างทั่วถึง

2. พยาบาลจิตเวช และทีมสุขภาพ สามารถศึกษาผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ที่ได้จากการศึกษานำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเข้าถึงปัญหา ตลอดจนความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุมตามบริบททางสังคมไทยที่เกิดขึ้นจริงต่อไป

3. ผู้ดูแลหลัก พยาบาลจิตเวช และทีมสุขภาพสามารถศึกษาแนวทางการป้องกันร่วมกับการจัดการต่ออาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจากการศึกษาในครั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมทางการป้องกันร่วมกับการจัดการต่ออาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่ใช้แล้วได้ผล และไม่เป็นผลเสียต่อผู้ป่วยจิตเภท

4. ผู้ดูแลหลัก พยาบาลจิตเวช และทีมสุขภาพสามารถศึกษาการจัดการความรู้ของผู้ดูแลหลักต่อปัญหาที่เผชิญ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทต่อการจัดการความรู้ของตนเองในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคที่กำลังเผชิญอยู่ อันเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีมุมมองตนเอง และปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม มีแนวทางในการลดความตึงเครียด รวมไปถึงการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้ต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาแนวตีความในครั้งนี้ ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความเหนื่อยล้า กับการเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการเพิ่มสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเยี่ยมบ้านของผู้ให้ข้อมูลร่วมด้วย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลหากสถานที่ให้ข้อมูลนั้นเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการเข้าใจถึงลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมโดยรอบของครอบครัวผู้ดูแลหลักด้วยเช่นกัน

3. ควรมีการพัฒนากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ตลอดจนการสนับสนุนด้านจิตสังคมกันต่อไปในอนาคต

4.ควรมีการศึกษาที่เป็นการพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อช่วยให้พัฒนาการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กขพร รัตนสมพร, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, & รัชนิกร เกิดโชค. (2558). ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. 29(3), 99-113. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/90487/71053>
- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2558). โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่นๆ. In นันทวัช สิริธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวท, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, & พนม เกตุมาน (Eds.), *จิตเวช ศิริราช DSM- 5* (pp. 365 – 378).
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563a, 6 ตุลาคม). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบันโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. www.dmhelibrary.org/items/show/1303#2c=&m&s=&cv=.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563b). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (*Acute Care*) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้. (Vol. พิมพ์ครั้งที่ 2).
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565, 10 กุมภาพันธ์). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ข้อมูลจากระบบระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2564. <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh>.
- กริณี สังข์ประคอง. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(2), 1-20.
- กัญญ์ฐิตา ศรีภา. (2555). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความในวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 4(2), 1-18. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/23531/21531>
- กานต์ จำรูญโรจน์. (2561, 4 มิถุนายน). พฤติกรรมความรุนแรง เป็นอาการทางจิตเวชหรือไม่? <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article>.
- เครีวัลย์ ศรียารัตน์. (2558). บทบาทพยาบาลในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลสภาขาด*, 8(1), 43-53. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/41621/34393>
- งานสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2566a). รายงาน 20 อันดับโรคหลัก OPD ปี 2563 – 2565 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. [ไม่ได้ตีพิมพ์]

- งานสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2566b). รายงานผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อนความรุนแรง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปี2565. [ไม่ได้ตีพิมพ์]
- จรรยา ธัญญาดี. (2559). การพยาบาลบุคคลที่มีโรคจิตเภท. In ยาใจ สิทิมงคล, พวงเพชร เกสรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, & อติตยา พรชัยเกตุ โอบ ยอง (Eds.), การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ *Psychiatric Nursing* (Vol. พิมพ์ครั้งที่ 2, pp. 293-318). บริษัท สแกนอาร์ต จำกัด.
- จอนณะง พึ่งจาด. (2548). ระเบียบวิธีวิจัย:การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 17(2), 10-20.
- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์ และ ปลดดา เหมโลหะ. (2562). โรคจิตเภทกับการบำบัดทางการพยาบาล. In สายฝน เอกวารงกูร (Ed.), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 5 ed., pp. 191-216). โรงพิมพ์สามลดา.
- จิรนนท์ จินะกัป. (2562). ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตชนิดไขสเต็มเซลล์ของผู้บริจาค (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). ThaiLis. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/download/251552/172550>
- ชมพูท ศรียันทรนิล. (2562). การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ: เกณฑ์ประเมินคุณภาพ. มนุษยศาสตร์สาร, 20(1), 1-25.
- ชาย โพธิสิตา. (2564). ศาสตร์และศิลป์ การวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 9 ed.). อัมรินทร์พรินติ้ง.
- ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ, สุนิดา ปรีชาวงษ์, & รัชนิกร อุปเสน. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(3), 55-67.
- เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. (2561). ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนแรม ยศปัญญา และ อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28(3), 57-63.
- ทวีศักดิ์ กสิผล, พิจิตรา ชุณหภูติธรรม, ชฎาภา ประเสริฐทรง, ชนิกา เจริญจิตต์กุล, ศิริยุพา นันสนานนท์, & และ อำพัน จารุทัสนางกูร. (2563). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลสหประชาชาติไทย, 13(1), 102-116.
- ทัตชญา สมประดิษฐ์ และรัชนิกร เกิดโชค. (2558). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(2), 89-102.
- นภวัลย์ กัมพลาศิริ. (2557). การพยาบาลบุคคลที่มีโรคจิตเภท. In อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร, & วาริรัตน์ ถาน้อย (Eds.), การพยาบาลจิตเวชศาสตร์

- (*Psychiatric Nursing*) (1 ed., pp. 425 – 444). อมรินทร์ปริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- นลิน ดวงปัญญา และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2563). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 32(2), 43-54.
- นิภาวรรณ ศรีโยหะ. (2563). ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). ThaiLis. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/download/167895/165350/850909>
- นิภาวรรณ ศรีโยหะ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2563). ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 31(1), 129-143.
- นุชณี เอี่ยมสะอาด, ปัทมา ทวีเศษ, & พรเลิศ ชุ่มชัย. (2563). ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 14(1), 10-23.
- เนาวรัตน์ สุขณะกล้า. (2563). โรคจิตเภทและการพยาบาล (Nursing care for schizophrenia patients). In ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ้ จันทร์สุข, & ศุภกรใจ เจริญสุข (Eds.), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed., pp. 122-135). โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- บุษยามาศ แสงเงิน. (2563, 18 ธันวาคม). ประสบการณ์ (*Experience*). <https://www.gotoknow.org/posts/687559>.
- ปนิดา พุ่มพุก และ ขวัญตา ภูริวิทยาธีระ. (2564). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดการรับรู้ตราบาป. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์ สุขภาพ, 4(3), 215-224. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/244601>
- ประภา ยุทธไตร. (2557). จิตเวชฉุกเฉินและการจัดการ. In อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทร, & วาริรัตน์ ถาน้อย (Eds.), การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ (*Psychiatric Nursing*) (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed., pp. 215-273). อมรินทร์ปริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ปัญญา ทองทัฬ และ กฤตยา แสงวงเจริญ. (2556). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(4), 121-128. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/16964/15280>
- ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. วารสารสภาการพยาบาล, 29(4), 22-31. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/download/27635/23728>
- ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท : บทบาทและกระบวนการ. ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย.

- ผ่องศรี งามดี. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง: กรณีศึกษา วารสาร สำนักงาน
สาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น, 2(2), 265-280. [https://he02.tci-
thaijo.org/index.php/jkkpho/article/download/246789/169016](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/download/246789/169016)
- พระเจ้าตุรงค์ ชูศรี. (2563). วิเคราะห์ ปรากฏการณ์วิทยาของฮุสเซอร์ล. วารสารวิจัยธรรมศึกษา, 3(1), 1-
9. <https://so07.tci-thaijo.org/index.php/dsr/article/download/439/350>
- พันธมน สุภารี. (2565). ประสบการณ์ชีวิตของหญิงสูงวัยที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยในระยะพึ่งพิง
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). ThaiLis.[https://he02.tci-
thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/249070](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/249070)
- พิชชุดา วิทวัสสำราญกุล. (2564). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัด เพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5, 40(1), 10-20. [https://he02.tci-
thaijo.org/index.php/reg45/article/download/250060/169919](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/download/250060/169919)
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). ตำราโรคจิตเภท *Textbook of Schizophrenia*.
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- เพชรี คันธสายบัว, วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, กฤตนิย แก้วยศ, & วีระ เนริกุล. (2563). ปัจจัยที่
เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระ
เจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 14(2), 16-29. [https://he01.tci-
thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/article/download/241606/166549/
870037](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/article/download/241606/166549/870037)
- มานิช หล่อตระกูล. (2557, 5 ธันวาคม). โรคจิตเภทโดยละเอียด.
[https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/genera1/090420
14-0855](https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/genera1/09042014-0855)
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 3 ed.).
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (1996). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร
2(1), 84 – 94.
[https://repository.li.mahidol.ac.th/server/api/core/bitstreams/987c5427-7c1a-
4bc3-9322-e6ea73996a0f/content](https://repository.li.mahidol.ac.th/server/api/core/bitstreams/987c5427-7c1a-4bc3-9322-e6ea73996a0f/content)
- รัตนา พันจุก, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, & รัตน์ศิริ ทาโต. (2557). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบ
กลุ่มต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาล
จิตเวชและสุขภาพจิต, 28(3), 117-130. [https://he02.tci-
thaijo.org/index.php/JPNMH/article/download/28638/24655](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/download/28638/24655)

วิลาวัลย์ กล้าแรง, อารยา จิรมนัสวงศ์, พยอม ตัณฑจรรยา, ธัญดา อินเงิน, ณัฏชา พลวงงาม, & รุจิสรร สุระถาวร. (2565). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 5(3), 53 – 67.

<https://he01.tci->

[thaijo.org/index.php/pck/article/download/258851/176012/1038343](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/download/258851/176012/1038343)

วีณา เทียงธรรม. (2547). การวิจัยปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Heidegger วารสารพยาบาล สาธารณสุข, 18(1), 70 – 78.

เวนิช บุราชรินทร์ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 25(3), 24-37.

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/18157>

ศิริธนา ยะมะโน และ รัชนิกร อุปเสน. (2563). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. พยาบาลสาร, 47(2), 310-319.

<https://he02.tci->

[thaijo.org/index.php/cmunursing/article/download/241822/164605/833407](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/download/241822/164605/833407)

ศิริพรรณ ธนชัย และ จินตนา ยูนิพันธ์. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารแพทยธานี, 46(3), 536 – 552. <https://he01.tci->

[thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/download/185617/157672/780296](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/download/185617/157672/780296)

ศุทธา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, & พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2560). การส่งเสริมสุขภาพจิต: แนวคิด หลักฐาน และแนวทางปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). วนิดาการพิมพ์.

สงกรานต์ ก่อธรรมเวศน์. (2552). คำศัพท์ทางจิตเวช. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สงกรานต์ ก่อธรรมเวศน์. (2558). ถ้ามมา ตอบไป ใสใจสุขภาพจิต. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). คู่มือจิตเวชศาสตร์. โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สุกัญญา แก้วศิริ. (2561). ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). ThaiLis.

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/127030>

สุดคณิง ฤทธิ์ฤชัย, วิไลพร ขำวงษ์, เรเชล รอสสเตอร์, & ไมเคิล เฮเซลตัน. (2561). การวิเคราะห์แก่นสาระตามแนวคิดของ แมกซ์ แวน แมนเนน: ปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 12(2), 39 – 49. <https://www.tci->

[thaijo.org/index.php/JHR/issue/view/12613](https://www.tci-thaijo.org/index.php/JHR/issue/view/12613)

สุภางค์ จันทรวาณิช. (2556). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 21 ed.). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

หวาน ศรีเรืองทอง, ธรณิน กองสุข, สุพัตรา ขาวห, ทรงพล โลดทงค์, & จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2559).

การพัฒนาแบบประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มี
อาการรุนแรง Development of Violence Severity Scale in Serious Mental Illness.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 61(3), 253-266.

[https://psychiatry.or.th/JOURNAL/61-3/07%20Supattra%20\(1\).pdf](https://psychiatry.or.th/JOURNAL/61-3/07%20Supattra%20(1).pdf)

อนัญญา โสภณนาค. (2563). ประสบการณ์ชีวิตของการเป็นผู้บกพร่องทางการได้ยินของผู้สูงอายุ

(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการจัดการบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). ThaiLis. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/253660>

อารีย์ หินเพชร. (2562, 15 กุมภาพันธ์). โรคจิตเภท(Schizophrenia).

www.med.nu.ac.th/dpMed/fileknowledge/183 2019-02-15.pdf

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 3 ed.). คณะพยาบาล
ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. (2021). *THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION PRACTICE GUIDELINE FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA* (3 ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association, D., & Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). American psychiatric association Washington, DC.

Andreasen, N. C., & Flaum, M. (1991). Schizophrenia: the characteristic symptoms. *Schizophrenia bulletin*, 17(1), 27-49.

Antai-Otong, D. (2008). *Psychiatric nursing pocket guide*. Jones & Bartlett Publishers.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.

Bartels, S. J., & Drake, R. E. (1988). Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 29(5), 467-483.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895401388900000>

Bègue, I., Kaiser, S., & Kirschner, M. (2020). Pathophysiology of negative symptom dimensions of schizophrenia—current developments and implications for

- treatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 116, 74-88.
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763420304310?casa_token=pxdNvm836BAAAAAA:6CVdP.
- Beidel, D. C., & Frueh, B. C. (2018). *Adult psychopathology and diagnosis*. John Wiley & Sons.
- Bostrom, A., & Boyd, M. (2018). Schizophrenia and related disorders. In M. Boyd (Ed.), *Psychiatric Nursing* (6 ed., pp. 335 – 374). Wolters Kluwer.
- Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2(4), 531-536.
- Brucato, G., Appelbaum, P. S., Lieberman, J. A., Wall, M. M., Feng, T., Masucci, M. D., Altschuler, R., & Girgis, R. R. (2018). A longitudinal study of violent behavior in a psychosis-risk cohort. *Neuropsychopharmacology*, 43(2), 264-271.
- Budak, F. K., & Yilmaz, E. (2019). The effect of yoga on clinical insight and medication adherence in patients with schizophrenia-A randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 30, 100949.
- Caqueo-Urizar, A., Miranda-Castillo, C., Giráldez, S. L., Maturana, S.-l. L., Pérez, M. R., & Tapia, F. M. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 235-243.
- Chang, K. J., Huang, X. Y., Cheng, J. F., & Chien, C. H. (2018). The chronic sorrow experiences of caregivers of clients with schizophrenia in Taiwan: A phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 281-286.
- Citrome, L., & Volavka, J. (2015). Preventing violence in patients with schizophrenia. *Current treatment options in psychiatry*, 2, 182-191.
<https://doi.org/10.1007/s40501-015-0039-4>
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family and community health*, 15(2), 1-9.
- DiBenedetti, D. B., Brown, M., & Danchenko, N. (2016). Assessing patient and caregiver experiences with symptoms and behaviors associated with schizophrenia. *J Depress Anxiety*, 5(240), 44-67.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., & Rankin, S. (2001). Advancing the science of

- symptom management. *Journal of advanced nursing*, 33(5), 668-676.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. (2003). *Family nursing: Research, theory & practice* (5 ed.). Pearson.
- Gandhi, S. (2022). *Textbook of Mental Health and Psychiatric Nursing: Principles and Practice*. Elsevier Health Sciences.
- George, R. M. (1996). *The politics of home: Postcolonial relocations and twentieth-century fiction*. Cambridge University Press.
- Gupta, S., Isherwood, G., Jones, K., & Van Impe, K. (2015). Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *Bmc Psychiatry*, 15(1), 1-11.
- Hafkenscheid, A. (1991). Psychometric evaluation of the nurses observation scale for inpatient evaluation in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(1), 46-52.
- Hanzawa, S., Bae, J.-K., Bae, Y. J., Chae, M.-h., Tanaka, H., Nakane, H., Ohta, Y., Zhao, X., Iizuka, H., & Nakane, Y. (2013). Psychological impact on caregivers traumatized by the violent behavior of a family member with schizophrenia. *Asian journal of psychiatry*, 6(1), 46-51.
- Heidegger, M. (1962). *Being and Time*, tr. John Macquarrie and Edward Robinson. Oxford: Blackwell Publishing, 176, 137.
- Heidegger, M. (1982). *The Basic Problems of Phenomenology*, Revised Edition. Translated by Albert Hofstadter. Bloomington IN: Indiana University Press.
- Hodgins, S., & Klein, S. (2017). New clinically relevant findings about violence by people with schizophrenia. *The Canadian journal of psychiatry*, 62(2), 86-93.
- Holloway, I., & Galvin, K. (2016). *Qualitative research in nursing and healthcare*. John Wiley & Sons.
- Hsu, M. C., & Tu, C. H. (2014). Adult patients with schizophrenia using violence towards their parents: a phenomenological study of views and experiences of violence in parent-child dyads. *Journal of advanced nursing*, 70(2), 336-349.
- Imkome, E., & Waraassawapati, K. (2018). Perspectives and Experiences of Primary Caregivers of Individuals with Schizophrenia in Thailand. *Mental Health Nursing*, 39(10), 858-864. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01612840.2018>.

- Issac, A., Nayak, S. G., Yesodharan, R., & Sequira, L. (2022). Needs, challenges, and coping strategies among primary caregivers of schizophrenia patient: A systematic review & meta-synthesis. *Archives of Psychiatric Nursing*.
- Janicak, P. G., Tandon, R., Marder, S. R., & Goldman, M. (2014). *Schizophrenia: Recent advances in diagnosis and treatment*. Springer New York.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0656-7>
- Kahn, D. L. (2000). How to conduct research. In M. Z. Cohen & R. H. Steeves (Eds.), *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers* (pp. 57-70). Sage Publications.
- Kring, A. M., & Smith, D. A. (2021). The negative symptoms of schizophrenia. In L. G. Castonguay, T. F. Oltmanns, & A. P. Lott (Eds.), *Psychopathology: From science to clinical practice* (pp. 370–392). Guilford Publications.
- Kulhara, P., Kate, N., Grover, S., & Nehra, R. (2012). Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. *World journal of psychiatry*, 2(3), 43-48.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782175/>
- Lachar, D., Randle, S. L., Harper, R. A., Scott-Gurnell, K. C., Lewis, K. R., Santos, C. W., Saunders, A. E., Pearson, D. A., Loveland, K. A., & Morgan, S. T. (2001). The brief psychiatric rating scale for children (BPRS-C): Validity and reliability of an anchored version. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(3), 333-340.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lieberman, J. A., & Khan, A. (2006). Psychopathology. In J. A. Lieberman, T. Stroup, & D. O. Perkins (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia* (pp. 187–221). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. sage.
- Lindenmayer, J., & Khan, A. (2006). Psychopathology. In J. A. Lieberman, T. S. Stroup, & D. O. Perkins (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia* (pp. 187–221). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Mahler, C. A. (1969). *Group counseling in the schools*. Houghton Mifflin.
- Manesh, A. E., Dalvandi, A., & Zoladl, M. (2023). The experience of stigma in family

- caregivers of people with schizophrenia spectrum disorders: A meta-synthesis study. *Heliyon*, 9(3).
- Morrisette, D. A., & Stahl, S. M. (2011). Affective symptoms in schizophrenia. *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies*, 8(1-2), 3-9.
- Neha, A., Gandhi, S., Manjula, M., & Padmavathi, N. (2021). Caregivers' experiences of aggressive persons with schizophrenia. *Indian journal of psychological medicine*, 43(1), 10-15.
- Nordström, A., Kullgren, G., & Dahlgren, L. (2006). Schizophrenia and violent crime: The experience of parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(1), 57-67.
- Olivares, J. M., Sermon, J., Hemels, M., & Schreiner, A. (2013). Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. *Annals of general psychiatry*, 12(1), 1-11. <https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-859X-12-32>
- Olwit, C., Musisi, S., Leshabari, S., & Sanyu, I. (2015). Chronic sorrow: lived experiences of caregivers of patients diagnosed with schizophrenia in Butabika mental hospital, Kampala, Uganda. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(1), 43-48.
- Öz, Y. C., Duran, S., & İncedere, A. (2022). Requirements of caregivers of patients with schizophrenia: A qualitative study in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 81-86.
- Phanthunane, P., Whiteford, H., Vos, T., & Bertram, M. (2012). Economic burden on schizophrenia: Empirical analyses from a survey in Thailand. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 15(1), 25–32. <https://psycnet.apa.org/record/2012-10079-004>
- Roberts, L. W. (2019). *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry* (7 ed.). American Psychiatric Pub.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry* Wolters Kluwer.
- San, L., Bernardo, M., Gómez, A., & Peña, M. (2013). Factors associated with relapse in patients with schizophrenia. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 17(1), 2-9. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13651501.2012.687452>

- Sarkhel, S. (2009). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, 51(10), 331-340.
- Shiraishi, N., & Reilly, J. (2019). Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: a systematic review and qualitative meta-summary. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54, 277-290.
- Speziale, H. S., Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5 ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Steeves, R. H., Kahn, D. L., & Cohen, M. Z. (2000). *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers*. Sage Publications.
- Stevenson, A. (2015). *Oxford English Dictionary* (3 ed.). Oxford University Press.
- Swett, C., & Mills, T. (1997). Use of the NOSIE to predict assaults among acute psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 48(9), 1177–1180.
<https://psycnet.apa.org/record/1997-05969-009>
- Tamizi, Z., Fallahi-Khoshknab, M., Dalvandi, A., Mohammadi-Shahboulaghi, F., Mohammadi, E., & Bakhshi, E. (2020). Caregiving burden in family caregivers of patients with schizophrenia: A qualitative study. *Journal of education and health promotion*, 9(12), 1-10.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7034163/>
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., Lyvers, M., Connor, J. P., & Feeney, G. F. (2010). A psychometric comparison of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Observer Alexithymia Scale (OAS) in an alcohol-dependent sample. *Personality and Individual Differences*, 49(2), 119-123.
- Thunyadee, C., Sitthimongkol, Y., Sangon, S., Chai-Aroon, T., & Hegadoren, K. M. (2015). Predictors of depressive symptoms and physical health in caregivers of individuals with schizophrenia. *Nursing & Health Sciences*, 17(4), 412-419.
- Upasen, R., & Saengpanya, W. (2022). Compassion fatigue among family caregivers of schizophrenic patients. *Journal of Population and Social Studies [JPSS]*, 30(1), 1-17. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jpss/article/download/254870/170328>
- Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. SUNY Press.

- Van Manen, M. (2016). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy* (2 ed.). Routledge.
- Widom, C. S. (2014). Varieties of violent behavior. *Criminology*, 52(3), 313-344.
- Witt, K., Van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PloS one*, 8(2), 1-15.
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0055942>
- World Health Organization. (2022, 10 January). *Schizophrenia*
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Yelmo-Cruz, S., Morera-Fumero, A. L., & Abreu-González, P. (2013). S100B and schizophrenia. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 67(2), 67-75.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/pcn.12024>
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *The American journal of psychiatry*, 143(1), 35-39.
<https://psycnet.apa.org/record/1986-13476-001>
- Ziaulkhaq, N. C., Erawati, E., Sugiarto, A., & Suyanta, S. (2020). Nursing Care in Schizophrenia Clients With Focus Study Risk of Violent Behavior. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 8(3), 255-264.
<https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/5879>



ผนวก ก

เอกสารรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน

เอกสารขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เอกสารขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารชี้แจงหรือเอกสารคำแนะนำการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มร.ชุดที่ 1 และ ศูนย์วิจัยทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์

ประกาศนียบัตรฉบับนี้ได้ใช้เพื่อแสดงว่า

อริสมันต์ ศิริลาภ

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer based)

“แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP:E6(R2))”

ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 10 สิงหาคม 2565 ถึงวันที่ 10 สิงหาคม 2567

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไวยงษ์ สันทรวิเนียง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มร.ชุดที่ 1

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมนิตย์ มุ่งพร้อมญา)
รองคณบดีฝ่ายวิจัย



MU-HSR
ONLINE TRAINING

ออกให้ ณ วันที่ 28/02/2023
อายุการรับรอง 3 ปี นับจากวันที่ออกให้



มอบประกาศนียบัตรนี้เพื่อแสดงว่า

อริสมันต์ ศิริลาภ

ได้เข้ารับการอบรม

**หลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในคน
สำหรับการวิจัยด้านสังคมศาสตร์
และพฤติกรรมศาสตร์**

มอบให้โดย

**ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยมหิดล**


MU-CERK

<https://ethics-learning.mahidol.ac.th>

Mahidol University
Wisdom of the Land

MU-HSR
Mahidol University, Human Subject Research
Online Training

เอกสารรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน



สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
 จชบ.
 โทร. 2 5 ๗๕ ๒๕๕๕
 โทร. ๒๕๖๖

ที่ อว บค ๕๕/๐๐๕๕๕

๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สำนักประสานงานผู้อำนวยการ
 เลขที่รับ ๑๕๒
 วันที่ 29 พฤษภาคม ๒๕๖๖
 ผู้รับ ๑๐๕๕๖

สิ่งที่ส่งมาด้วย

๑. แบบยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จำนวน ๖ ชุด
๒. แบบตรวจสอบความครบถ้วนของโครงการวิจัยโดยผู้วิจัย จำนวน ๖ ชุด
๓. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ จำนวน ๖ ชุด
๔. เอกสารชี้แจงหรือเอกสารคำแนะนำการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๖ ชุด
๕. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๖ ชุด
๖. แบบฟอร์มเปิดเผยการมีผลประโยชน์ทับซ้อนและทุนวิจัย จำนวน ๖ ชุด

เนื่องด้วย นายอรินันต์ ศิริลาภ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รชนีกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายอรินันต์ ศิริลาภ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการ

เพื่อโปรดทราบ

เพื่อโปรดพิจารณา

เห็นควรมอบ ๑๕๒๖๖

ดำเนินการ จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

[Signature]

ขอดำเนินการ (รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ) รองคณบดี ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(นายวิญญู ชชนะกุล)


นายแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการแทน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ผู้อำนวยการ โทร. ๐๒-๒๕๕-๒๕๕๕, ๐๒-๒๕๕๓-๐๗๐๓ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รชนีกร อุปเสน โทร. ๐๒-๒๕๕-๒๕๕๕

ชื่อนิสิต นายอรินันต์ ศิริลาภ โทร. ๐๙๓-๗๓๑-๑๑๔๔

เอกสารขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

	เอกสารประกอบ มาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
	หนังสือรับรองโครงการวิจัย

FA 04.04 version 2 (1 ตุลาคม 2564)

รหัสโครงการวิจัย... SD.IRB.SUBMIT 011/2566_EXP

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ผู้วิจัยหลัก นายวิวัฒน์ ศิริลาภ

สังกัดหน่วยงาน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สถานที่ดำเนินการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย -

ประเภทการทบทวน การพิจารณาโครงร่างการวิจัยแบบเร็ว

เอกสารที่รับรอง 1. โครงการวิจัย (version 2)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (version 2)
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (version 2)
4. หนังสือแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (version 2)

เลขที่หนังสือรับรอง SD.IRB.APPROVAL 018/2566 วันที่รับรอง - 4 ก.พ. 2566

วันที่หมดอายุการรับรอง 4 ก.พ. 2567 กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน (ส่งรายงานความก้าวหน้าภายใน 30 วัน ก่อนวันหมดอายุภายในวันที่ 4 มิ.ย. 2567)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาดำเนินการรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม _____

(นายวิรัช ลูนทวีตม์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา


ลงนาม _____

(นายสุรศักดิ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

	เอกสารประกอบ มาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
	หนังสือรับรองโครงการวิจัย	FA 04.04 version 2 (1 ตุลาคม 2564)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัดและหลักการจริยธรรมในการวิจัยตามที่กำหนดไว้ในรายงานของ Belmont
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณา (ถ้ามี)) แบบสัมภาษณ์และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนเท่านั้น
3. การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในโครงการวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อน เว้นแต่ว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นจำเป็นเร่งด่วนเพื่อความปลอดภัยของอาสาสมัคร
4. รายงานปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้น (เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์, ความเบี่ยงเบนของโครงการวิจัย, การละเมิดและปัญหาอื่น ๆ มายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตามกำหนดเวลา
5. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
6. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่อย่างน้อย 1 เดือน ก่อนหมดอายุการรับรอง

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ต่อ)



สถาบันจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่รับ
วันที่ 13 ก.ค. 2566
เวลา 10.50

ที่ อว ๖๔๑๑/๐๑๑๔๑

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น ๓๑
 ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
 เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
 สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๓ ชุด
 ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๓ ชุด

คำร้องและแผนการมีอาจารย์
เลขที่รับ 2566
วันที่ 14 ก.ค. 2566
ผู้รับ 10.59 น.
กลุ่มภารกิจพยาบาล
เลขรับ 1241
วันที่ 18 ก.ค. 2566
เวลา 16.4๗ น.

เนื่องด้วย นายอริสมันต์ ศิริลาภ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน ๒๐ คน โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด ยืดหยุ่น สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) มีข้อคำถามหลัก ๑๑ ข้อ แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) เครื่องบันทึกเสียง และแบบบันทึกการถอดรหัสความ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง


จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายอริสมันต์ ศิริลาภ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการ
 เพื่อโปรดทราบ
 เพื่อโปรดพิจารณา
 เห็นควรมอบ.ป.วิ. วุฒิจำนวน ๖ แห่ง
 ดำเนินการ
 (นายแพทย์ นามบุรี)
 หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
 13 ก.ค. 2566

ขอแสดงความนับถือ
 (รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)
 รองคณบดี
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
 ขอบดำเนินการ
 (นายวิญญู ชนะกุล)
 นายแพทย์เชี่ยวชาญ วิชาการการแทน
 ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ส่วนเวเรียน หัวหน้าพยาบาล โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓๓-๙๗๙๓ E-mail: fonbox@chula.ac.th
 ฝ่ายวิชาการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๒๘ 14 ก.ค. 2566
 อาจารย์ที่ปรึกษา นิสิต นายอริสมันต์ ศิริลาภ โทร. ๐๘-๙๗๓๑-๑๑๔๔

เอกสารขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

	เอกสารประกอบ มาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง
FB 04.05 version 2.1 (3 ตุลาคม 2565)	

ชื่อโครงการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (แ)

วันให้คำยินยอม

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....


และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งจะมีอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยประมาณ 20 ท่าน ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษา โดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสียหายหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย หรือ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

	เอกสารประกอบ มาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง
FB 04.05 version 2.1 (3 ตุลาคม 2565)	

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น


ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง
วันที่ เดือน พ.ศ.

..... จพาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ลงนามญาติผู้ให้ความยินยอม
(..... CHULALONGKORN UNIVERSITY) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ


..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่ เดือน พ.ศ.

 คณะศึกษาศาสตร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	เอกสารประกอบ มาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

..... ลงนามพยาน
 (.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
 วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ : ใส่หมายเลขหน้าและวันที่ทุกแผ่น



	เอกสารประกอบ มาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
	เอกสารชี้แจงหรือเอกสารคำแนะนำการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง
FB 04.04 version 2.1 (3 ตุลาคม 2565)	

ชื่อโครงการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (LIVED EXPERIENCES OF PRIMARY CAREGIVERS IN SCHIZOPHRENIC PERSONS HAVING VIOLENT BEHAVIORS)

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ – สกุล นายอริสมันต์ ศิริลาภ ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 โทรศัพท์มือถือ 0937311144
 e-mail asirilap@gmail.com

ผู้ร่วมวิจัย

ชื่อ – สกุล ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
 หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 โทรศัพท์ 0 2218 1128
 e-mail upasen.r@gmail.com


เรียน อาสาสมัครผู้รับกรวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติพฤติกรรมรุนแรง ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้ออย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ หากท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัย ซึ่งหากท่านสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้แล้ว ท่านยังคงสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ

เหตุผลความเป็นมา

การเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หากผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงมาก ผู้ดูแลหลักก็ยังสามารถดูแลที่บ้านได้ถึงแม้ผู้ป่วยจะยังมีอาการหว่วหรือประสาทหลอน แต่ก็บ่อยหรือเป็นนานๆ ครั้ง พุดจาฟังรู้เรื่องขึ้นมักเกิดหลังจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่เป็นอาการของระยะอาการทางจิตหลงเหลือ อย่างไรก็ตามตลอดการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคจิตเภทคนนั้นนั้น อาการทางจิตที่เปลี่ยนแปลงจากปกติ และมีพฤติกรรมรุนแรงขึ้นๆ ลงๆ สามารถเกิดขึ้นได้เสมอ ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงที่มัก

	เอกสารประกอบ มาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
	เอกสารชี้แจงหรือเอกสารคำแนะนำการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง
FB 04.04 version 2.1 (3 ตุลาคม 2565)	


ปรากฏในระยะอาการกำเริบ คือการก่อพฤติกรรมรุนแรงต่อบุคคลในครอบครัว และทรัพย์สินภายในบ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้ดูแลหลัก มีแนวโน้มก่อพฤติกรรมรุนแรงซ้ำได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มักจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรงต่างๆในชีวิตเป็นบุคคลแรกด้วยเช่นกัน

ดังนั้นการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น ย่อมได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ ทั้งผลกระทบทางกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ผู้ดูแลหลักจึงมีความต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแล ทั้งด้านความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ รวมถึงการช่วยเหลือดูแลจิตใจของผู้ดูแลหลัก พยาบาลมีบทบาทอย่างยิ่งในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักเพื่อให้ผู้ดูแลเหล่านั้นเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นที่แก้ปัญหาให้ผ่านเหตุการณ์ร้ายๆร่วมกับผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และครบถ้วนอย่างเป็นองค์รวม

อย่างไรก็ตามพยาบาลจะสามารถเข้าใจถึงความจริงของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้ถึงความต้องการที่แท้จริงได้นั้น พยาบาลจำเป็นที่จะต้องเข้าใจถึง ประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) อันเป็นประสบการณ์จริงเฉพาะบุคคล ที่ใช้ในการอธิบายถึงประสบการณ์และการตัดสินใจในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกวิธีวิจัยเชิงคุณภาพปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของ Martin Heidegger ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อการศึกษาประสบการณ์ของบุคคลในเชิงโดยเน้นประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผ่านการให้ความหมายของผู้ดูแล รวมถึงกลวิธีที่ผู้ดูแลหลักใช้ในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคขณะผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อให้ได้รับข้อมูลเชิงลึกอันก่อให้เกิดความเข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิตผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทั้งพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นบ่อยๆ และไม่บ่อยแต่รุนแรงมาก ปัจจัยกระตุ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย รวมถึงวิธีการจัดการของแต่ละพฤติกรรมรุนแรงที่ใช้แล้วได้ผล เป็นองค์ความรู้และข้อมูลพื้นฐานแก่พยาบาลและทีมสุขภาพให้สามารถนำข้อมูลพื้นฐานมาเป็นแนวทางในการสนับสนุนผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

	เอกสารประกอบ มาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
	เอกสารชี้แจงหรือเอกสารคำแนะนำการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง
FB 04.04 version 2.1 (3 ตุลาคม 2565)	

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ เมื่อท่านเข้าร่วมวิจัยแล้ว ขอความร่วมมือจากท่านในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของท่านในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ตามทัศนคติ ความหมาย ความรู้สึกของท่าน ในวัน เวลาสถานที่และวิธีการที่ท่านสะดวก ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมห้องว่างสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์ที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาไว้ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (Face to face interview) ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญเพราะเนื่องสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ จึงมีการปรับรูปแบบการสัมภาษณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งมีอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลโดยประมาณ 20 ท่าน สัมภาษณ์รายบุคคลใช้เวลาในการสัมภาษณ์ท่านละไม่เกิน 60 นาทีรวมกับการบันทึกเทปเสียง การสังเกต และการจดบันทึกสีหน้าท่าทางของท่านขณะทำการสัมภาษณ์ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่อาจได้รับการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลาตามรายละเอียดที่ได้แจ้งไว้ โดยขณะที่มีการสัมภาษณ์ เพื่อประโยชน์ระหว่างที่มีการสัมภาษณ์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ โดยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะแยกจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เพื่อป้องกันการระบุถึงบุคคลผู้ให้สัมภาษณ์และข้อมูลจะถูกเก็บไว้กับผู้วิจัยเพียงผู้เดียว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ชื่อที่อยู่และข้อมูลส่วนบุคคลนั้นจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่านยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้ในระหว่างเก็บข้อมูลหากผู้ให้ข้อมูล มีคำถามใดไม่สะดวกใจที่จะตอบก็มีอิสระที่จะไม่ตอบ และสามารถซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติมจนมีความกระจ่างรวมทั้งสามารถยุติการให้ความร่วมมือได้ตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะไม่มีผลกระทบต่อบริการสุขภาพที่พึงได้รับจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบเพื่อความปลอดภัย

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีการรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (Face to face interview) ผู้วิจัยได้ปรับรูปแบบการสัมภาษณ์ให้เหมาะสม

	เอกสารประกอบ มาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
	เอกสารชี้แจงหรือเอกสารคำแนะนำการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง
FB 04.04 version 2.1 (3 ตุลาคม 2565)	

กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยเว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัยขณะสัมภาษณ์ และใช้เวลาในการสัมภาษณ์เป็นเวลาไม่เกิน 60 นาทีร่วมกับการบันทึกเทปเสียง การสังเกต และการจดบันทึกสีหน้าท่าทางของท่านขณะทำการสัมภาษณ์

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล และทีมสุขภาพ มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่บ้านได้ตรงตามสภาพบริบทของสังคมไทย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสนับสนุนผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อไป และ นำผลการศึกษาที่ได้ไปสู่วิจัยในรูปแบบอื่น ๆ ต่อไปในอนาคต เช่น การศึกษาปัจจัย และงานวิจัยเชิงทดลองเพื่อช่วยให้พัฒนาการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป


ในกรณีที่อาสาสมัครไม่เข้าร่วมในการวิจัย

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ผู้ป่วยในความดูแลของท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของผู้ป่วยในความดูแลของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาหาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย หากท่านมีปัญหาข้อข้องใจหรือรู้สึกกังวลใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อหรือร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเจ้าฟ้ามหาจักรีสิรินธร ชั้น 4 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ถนน สมเด็จพระเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600 โทร 02-442-2500 ต่อ59286

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/

ผู้สนับสนุนการวิจัย

เมื่อเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลเสียเวลาขณะให้การสัมภาษณ์ และอาจไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลส่วนตัว อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ซึ่งระบุถึงผู้ดูแลที่เข้าร่วมในการวิจัย จะถูกถอดออกเป็นรหัสนามสมมติ และผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีข้อมูลใด ๆ ที่สามารถเชื่อมโยงไปยังผู้ดูแลได้ เทปการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้ในที่ที่ไม่มีใครสามารถเข้าถึงได้นอกจากผู้วิจัยและจะถูกลบทิ้งหรือทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย กรุณาแจ้งผู้วิจัยในกรณีที่เกิดความรู้สึกดังกล่าวข้างต้น หรือความไม่สบายอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย หากมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้วิจัยรับทราบโดยเร็วได้ตลอดเวลา

	เอกสารประกอบ มาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
	เอกสารชี้แจงหรือเอกสารคำแนะนำการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง
	FB 04.04 version 2.1 (3 ตุลาคม 2565)

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

การเข้าร่วมวิจัยนี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

คำตอบแทนสำหรับอาสาสมัคร

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย หรือเงินชดเชยใด ๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัย ได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัย


จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุด โครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของ ท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในคนระดับสากลและพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 การเผยแพร่ผลการวิจัยในการประชุมวิชาการหรือในวารสารวิชาการจะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวท่านได้ หากข้อมูลบางส่วนจะมีการนำไปลงในระบบฐานข้อมูลที่วารสารวิชาการกำหนด เพื่อแบ่งปันให้นักวิจัยอื่นได้ทราบ ข้อมูลเหล่านี้จะอยู่ในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนหรือเชื่อมโยงถึงตัวท่านได้ อย่างไรก็ตาม อาจมีบุคคลบางกลุ่มที่ขอเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของท่านได้ ได้แก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้ประสานงานวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย และเจ้าหน้าที่จากสถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเจ้าฟ้ามหาจักรีสิรินธร ชั้น 4 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ถนน สมเด็จพระเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600 โทร 02-442-2500 ต่อ59286

	เอกสารประกอบ มาตรฐานการดำเนินงานจริยธรรมการวิจัยในคนสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา	FB 04.04 version 2.1 (3 ตุลาคม 2565)
	เอกสารชี้แจงหรือเอกสารคำแนะนำการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง	

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

ในกรณีท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยหรือความปลอดภัยระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง ได้ที่ผู้วิจัย โทรศัพท์มือถือ 0937311144 e-mail asirilap@gmail.com ได้ทั้งในวันเวลาราชการและนอกเวลาราชการ

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเจ้าฟ้ามหาจักรีสิรินธร ชั้น 4 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ถนน สมเด็จพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600 โทร 02-442-2500 ต่อ59286

หมายเหตุ : ใส่หมายเลขหน้าและวันที่ทุกแผ่น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
แนวคำถามการสัมภาษณ์
แบบบันทึกภาคสนาม (Field note)
แบบบันทึกถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์

ขั้นตอนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัยเป็นแนวคำถามกว้าง ๆ สามารถปรับได้ตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแล มีแนวคำถามกว้าง ๆ ดังนี้

1. ชั้นเริ่มสนทนา

ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ ให้ผู้ดูแลเข้าใจและมุ่งเน้นประเด็นในการศึกษาครั้งนี้ มีแนวคำถาม ดังนี้

- 1.1 พูดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัว ความเป็นอยู่ต่าง ๆ
- 1.2 ท่านเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทมาแล้วกี่ปี
- 1.3 กรุณาเล่าถึงเรื่องราวที่ท่านอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ตั้งแต่ก่อนเริ่มมีอาการ

เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน

2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ผู้วิจัยใช้แนวคำถามกว้าง ๆ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์ผู้ดูแล โดยมีแนวคำถามดังนี้

แนวคำถามหลัก

2.1 คำถามเพื่อทราบถึงรายละเอียดของประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2.1.1 ช่วยเล่าให้ฟังได้ไหมว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างในชีวิตของคุณในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2.1.2 ช่วงที่ (ชื่อผู้ป่วย) อยู่ที่บ้านคุณเคยมีประสบการณ์กับพฤติกรรมรุนแรงของเขายังไงบ้าง

2.1.3 คุณคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยรายนี้

2.1.4 ช่วยเล่าให้ฟังว่า พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยรายนี้เกิดขึ้นบ่อยเพียงใด

2.2 คำถามถึงความรู้สึกของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2.2.1 คุณให้ความหมายของการเป็นผู้ดูแลในครั้งนี้เป็นอย่างไร

2.2.2 ช่วยเล่าถึงความรู้สึกของท่านในการเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยรายนี้

2.2.3 คุณรู้สึกอย่างไร ต่อผู้ป่วยขณะเกิดพฤติกรรมรุนแรง

2.2.4 คุณคาดหวังต่อการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยรายนี้ต่ออย่างไร

2.2.5 อะไรที่ทำให้คุณยังคงดูแลผู้ป่วยรายนี้อยู่

2.3 คำถามที่มุ่งถึงผลกระทบของประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มี
พฤติกรรมรุนแรง

2.3.1 การเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อคุณอย่างไรบ้าง

2.3.2 ที่ผ่านมา คุณจัดการสถานการณ์ขณะผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรง
อย่างไร

การเข้าไปสัมภาษณ์เพื่อที่จะให้ได้ความหมายและประสบการณ์ที่เป็นจริง การใช้คำถามหลัก
เพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถได้ประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา ดังนั้นจึงต้องมีการใช้คำถามรองเพื่อ
เจาะลึกการให้ความหมายและประสบการณ์ของผู้ดูแลที่ต้องการศึกษา ซึ่งได้มีการปรับแนวคำถาม
เพื่อให้เหมาะสมตลอดช่วงเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เทคนิคการทวนความการทำความเข้าใจ
กระจำง การสะท้อนความคิด การสรุปความ และการบอกเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถเก็บ
รวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริง โดยมีแนวคำถามรองเพื่อเจาะลึกในประเด็น
ที่ยังไม่ชัดเจน ดังนี้

- 1) คุณ.....ช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ..... (ประเด็นที่ต้องการ/ยังไม่ชัดเจน)
- 2) ช่วยอธิบายเพิ่มเติมในเรื่อง..... (ประเด็นที่สนใจ)
- 3) จากที่เราคุยกัน ในเรื่อง..... ช่วยอธิบายต่ออีกนิดสิครับ
- 4) ที่คุณบอกว่า.....หมายความว่าอย่างไรครับ (ประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ที่ยังไม่ชัดเจน)
- 5) จาก.....(เหตุการณ์ที่ได้เล่า).....เหมือนหรือต่างจากที่ท่านคิดไว้อย่างไร

3. ชั้นปิดการสนทนา

3.1) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการให้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยมีแนวของ
ข้อคำถาม ดังต่อไปนี้


- 1) คุณต้องการเล่าเพิ่มเติมถึงประสบการณ์ของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกไหม
- 2) คุณมีข้อซักถามที่ต้องการซักถามกระผม (ผู้วิจัย) เพิ่มเติมหรือไม่ครับ

3.2) ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนา

ตารางที่ 4 แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

รหัสผู้ให้ข้อมูล □ □ □

การสัมภาษณ์ครั้งที่วันที่...../...../..... เวลา..... น.

บรรทัดที่	ข้อความ	การให้รหัส
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	

ภาคผนวก ค

ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตารางการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ตารางการให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ตารางประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์

ตารางการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (จำนวน 16 คน)

รหัสผู้ให้ข้อมูล	อายุ (ปี)	เพศ	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)	ศาสนา	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้เฉลี่ยครอบครัว (บาท/เดือน)	ความเพียงพอของรายได้	จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	จำนวนผู้ป่วยอื่นที่ต้องดูแล (คน) ระบุไว้ (คน)
ID 1	32	หญิง	ภรรยา	10	พุทธ	ป.ตรี	พนักงานประจำ	20,000	เพียงพอมีเก็บ	2	-
ID 2*	52	หญิง	มารดา	9	พุทธ	ป.ตรี	ค้าขาย	20,000	เพียงพอไม่มีเงินเก็บ	5	-
ID 3	55	หญิง	มารดา	5	พุทธ	ป.4	ค้าขาย	10,000	ไม่เพียงพอ	4	1 (บิดา)
ID 4	61	หญิง	มารดา	5	พุทธ	ป.7	รับจ้างทั่วไป	9,000	ไม่เพียงพอ	2	-
ID 5	64	หญิง	มารดา	20	พุทธ	ป.4	รับจ้างทั่วไป	5,000	ไม่เพียงพอ	4	1 (น้ำ)
ID 6	60	หญิง	น้อง	2	พุทธ	ม.ส.5	ว่างงาน	4,000	ไม่เพียงพอ	6	1 (หลาน)
ID 7*	65	หญิง	มารดา	10	พุทธ	ป.ตรี	ข้าราชการบำนาญ	30,000	เพียงพอมีเก็บ	2	-
ID 8	51	ชาย	พี่	24	พุทธ	ป.6	พนักงานดูแลสวน	9,000	ไม่เพียงพอ	2	-
ID 9	28	หญิง	ภรรยา	3	พุทธ	ป.ตรี	ธุรกิจส่วนตัว	30,000	เพียงพอมีเก็บ	6	-
ID 10	64	ชาย	บิดา	10	พุทธ	ม.3	ให้เช่าที่ดิน	30,000	เพียงพอมีเก็บ	4	-
ID 11	60	หญิง	พี่	9	พุทธ	ป.6	ค้าขาย	10,000	ไม่เพียงพอ	9	1 (บิดา)
ID 12	63	ชาย	ลุง	3	พุทธ	ป.ตรี	ขับรถรับจ้าง	10,000	เพียงพอมีเก็บ	6	1 (มารดา)
ID 13*	51	หญิง	มารดาบุญธรรม	22	พุทธ	ป.6	ค้าขาย	12,000	ไม่เพียงพอ	3	-
ID 14	58	หญิง	ยาย	18	พุทธ	ป.4	ค้าขาย	10,000	เพียงพอไม่มีเงินเก็บ	4	-
ID 15	74	หญิง	มารดา	30	พุทธ	ป.4	ว่างงาน	1,000	ไม่เพียงพอ	3	-
ID 16	51	หญิง	มารดา	32	พุทธ	ม.6	พนักงานทำความสะอาด	13,000	เพียงพอไม่มีเงินเก็บ	4	-

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลโดยรวม

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวนทั้งสิ้น 16 คน อายุ 20 ปีขึ้นไป โดยมีช่วงอายุอยู่ในวัยผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (50 – 59 ปี) มากที่สุด วัยละ 7 คน และ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20 – 29 ปี) ร่วมกับ วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (30 – 39 ปี) วัยละ 1 คน เป็นเพศชาย จำนวน 3 คน และ เพศหญิง จำนวน 13 คน ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 7 คน เป็นภรรยา หรือ พี่ อย่างละ 2 คน และมีความสัมพันธ์เป็นบิดา ยาย ลุง น้อง หรือแม่บุญธรรม อย่างละ 1 คน ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาในระดับ ประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 8 คน รองลงมาคือ ปริญญาตรี จำนวน 5 คน มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช.จำนวน 2 คน และ มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 1 คน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000 – 10,000 บาท จำนวน 6 คน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท 3 คน ในขณะที่ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท, 10,001 – 15,000 บาท และ 15,001 – 20,000 บาท อย่างละ 2 คน ทั้งนี้กลับพบว่า ความเพียงพอของรายได้ของผู้ให้ข้อมูลนั้น ไม่เพียงพอ โดยมีจำนวน 8 คน, เพียงพอมีเงินเก็บ 5 คน และ เพียงพอแต่ไม่มีเงินเก็บ 3 คน โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนาน 2 – 5 ปี 5 คน และ 6 – 10 ปี 5 คน ในขณะที่ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป พบได้จากผู้ดูแลหลักทั้งสิ้น 4 คน มีสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลหลักจำนวน 4 – 5 คน จากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 คน ในขณะที่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2 – 3 คน พบในผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 คน

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (จำนวน 16 คน)

รหัสผู้ป่วย	อายุ (ปี)	เพศ	สถานภาพ	ศาสนา	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้ (บาท/เดือน)	ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จนถึงปัจจุบัน (ปี)	จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จนถึงปัจจุบัน (ครั้ง)	จำนวนครั้งของพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยก่อขึ้นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ครั้งต่อปี)
ID 1	35	ชาย	สมรส	พุทธ	ม.6	ว่างงาน	-	8	5	4
ID 2	29	หญิง	สมรส	พุทธ	ม.6 (กศน.)	พนักงานห้างสรรพสินค้า	18,000	10	9	4
ID 3	29	ชาย	โสด	พุทธ	ป.ตรี	ว่างงาน	-	5	6	3
ID 4	32	ชาย	โสด	พุทธ	ม.3	ว่างงาน	-	5	5	4
ID 5	45	ชาย	โสด	พุทธ	ม.3	ว่างงาน	-	20	4	4

รหัสผู้ป่วย	อายุ (ปี)	เพศ	สถานภาพ	ศาสนา	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้ (บาท/เดือน)	ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จนถึงปัจจุบัน (ปี)	จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จนถึงปัจจุบัน (ครั้ง)	จำนวนครั้งของพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยก่อขึ้นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ครั้งต่อปี)
ID 6	66	ชาย	โสด	พุทธ	ป.4	ว่างงาน	1,400	34	2	3
ID 7	43	ชาย	โสด	พุทธ	ป.ตรี	ว่างงาน	-	10	4	3
ID 8	49	หญิง	โสด	พุทธ	ป.4	ว่างงาน	800	24	14	3
ID 9	29	ชาย	สมรส	พุทธ	ป.ตรี	ธุรกิจส่วนตัว	20,000	2	3	4
ID 10	41	ชาย	โสด	พุทธ	ม.6	ว่างงาน	10,000	10	6	3
ID 11	45	ชาย	โสด	พุทธ	ป.4	ว่างงาน	800	20	8	3
ID 12	27	ชาย	โสด	พุทธ	ป.6	ว่างงาน	800	3	5	4
ID 13	22	หญิง	โสด	พุทธ	ป.6	ว่างงาน	-	6	11	3
ID 14	21	หญิง	โสด	พุทธ	ปวส.	ว่างงาน	-	5	2	3
ID 15	60	หญิง	หม้าย	พุทธ	ป.ตรี	ว่างงาน	1,400	30	10	3
ID 16	32	ชาย	หม้าย	พุทธ	ม.6	ว่างงาน	-	9	6	3

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม

จากตารางที่ 6 พบว่า ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (เพศชาย 11 คน และเพศหญิง 5 คน) มีอายุตั้งแต่ 21 – 66 ปี โดยทุกคนจะนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยจิตเภทจะมีสถานภาพโสด (โสด 11 คน สมรส 3 คน หม้าย 2 คน) มีการระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษามากที่สุดโดยพบ 5 จาก 16 คน ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทจะว่างงาน โดยพบถึง 14 ใน 16 คน ซึ่งส่วนใหญ่อีกจะไม่มีรายได้ด้วยเช่นกัน มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่การวินิจฉัยครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน ตั้งแต่ 2 – 34 ปี ซึ่งโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 12.56 หรือ 12 ปี 6 เดือน 21 วัน โดยมีจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน อยู่ที่ 2 – 14 ครั้ง และจากการศึกษาเวชระเบียนตามบันทึกของโรงพยาบาล พบว่า ตั้งแต่ ก.ค. 65 จนถึง ก.ค. 66 มีจำนวนครั้งของพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ป่วยก่อขึ้นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาที่เข้ารับการรักษาทั้งแผนกผู้ป่วยนอก (OPD/ER) และ แผนกผู้ป่วยใน อยู่ที่ 3 – 4 ครั้ง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยได้ใช้รหัสแทนตัวผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายจำนวน 16 คน เป็น ID1-ID16 และใช้รหัสแทนผู้ป่วยจำนวน 16 คน เป็น ท่าน ID 1-16 สามารถสรุปลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายได้ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล ID 1 เพศหญิง อายุ 32 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ID 1 เป็นภรรยา โดยแต่งงานและอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ID 1 มา 10 ปี ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า ก่อนหน้านั้น เคยเป็นเพื่อนกับผู้ป่วย ID 1 มาก่อนตั้งแต่สมัยมัธยมต้นจากนั้นตกลงคบหากันในช่วงมัธยมปลาย ก่อนแยกย้ายกันไปเรียน โดยผู้ให้ข้อมูล เข้าเรียนในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งสาขาการจัดการ ขณะที่ผู้ป่วย ID 1 ไม่ได้เรียนต่อ ในช่วงที่คบหากันนั้น ผู้ให้ข้อมูลไม่เคยทราบว่า ผู้ป่วย ID 1 เป็นผู้ป่วย ID 1 จิตเวช แต่เคยสังเกตเห็นว่า ในช่วงที่คบกันนั้น ทะเลาะมีปากเสียงกันบ่อย โดยผู้ป่วย ID 1 เป็นคนหงุดหงิดง่าย ไม่ถึงขั้นลงไม้ลงมือกัน ภายหลังจบ ป.ตรี โดยทำงานเป็นพนักงานประจำของบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ขณะที่ผู้ป่วย ID 1 ทำงานอยู่ช้อมรด จากนั้น 1 ปีต่อมาผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย ID 1 ตัดสินใจจดทะเบียนสมรสและอยู่ร่วมกัน โดยไม่ได้แต่งงาน ขณะนั้น ตนเองและผู้ป่วย ID 1 อาศัยอยู่บ้านของพ่อแม่ฝ่ายหญิง ในช่วงที่อยู่ร่วมกันพบว่า ผู้ป่วย ID 1 ติ่มเบียร์เยอะ กับเพื่อนร่วมงานหลังวันเลิกงานวันละ 2-5 ขวด จากนั้น 2 ปีก่อน พบว่า ผู้ป่วย ID 1 มีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น ตื่นกลางดึก แล้วลุกมาพูดคนเดียว ใช้ศีรษะโขกกำแพงห้องน้ำ จากเสียงดัง หลังจากนั้น ผู้ดูแลหลัก จึงตัดสินใจพาผู้ป่วย ID 1 เข้ามารับการรักษาน ณ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ภายหลัง ผู้ดูแลหลักตัดสินใจแยกบ้านออกมาอยู่ภายนอกเพื่อความเป็นส่วนตัว โดยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วย ID 1 ได้ตัดสินใจลาออกจากงานช้อมรดที่อยู่อ เนื่องจากผู้ป่วย ID 1 มักมีอาการทางจิตกำเริบบ่อย เช่น ด่าเพื่อนร่วมงานอย่างไม่มีสาเหตุ ทำดีทำต่อเพราะคิดว่าเพื่อนร่วมงานนิทาตนเอง สำหรับผู้ดูแลหลักนั้น เคยทะเลาะกับผู้ป่วย ID 1 เนื่องจากถูกผู้ป่วย ID 1 ระบุว่าตนมีชู้ จนถูกด่าที่บริเวณหูจนตนเองได้ยินเสียงไม่ชัดในช่วงแรกประกอกับ มีอาการง่วงนอนระหว่างวัน มือสั่น หลังปรับยาทางจิตเวช ผู้ดูแลหลักจึงตัดสินใจให้ผู้ป่วย ID 1 ลาออกจากงานมาช่วยดูแลงานบ้านแทนตนเอง เมื่อผู้ป่วย ID 1 ถึงกำหนดนัดพบแพทย์ ผู้ดูแลหลักจะขออนุญาตนายจ้าง โดยการลาล่วงหน้า ซึ่งตนกับนายจ้างและเพื่อนร่วมงานไม่มีปัญหาต่อการมาพบแพทย์ร่วมกับผู้ป่วย ID 1 ผู้ดูแลหลักคาดหวังให้อาการทางจิตของผู้ป่วย ID 1 สงบกว่านี้ ไม่มีพูดคนเดียวอย่างที่เป็นอย่างนี้ทุกวันนี้

ผู้ป่วย ID 1 เพศชาย อายุ 33 ปี มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย โดยเป็นเพื่อนกับ ผู้ดูแลหลักในช่วงม.ต้น และตกลงคบหากันกับผู้ดูแลหลักในช่วง ม.ปลาย หลังจากจบม.ปลาย ผู้ป่วย ID 1 ตัดสินใจออกหางานทำเพราะตนเป็นคนหัวขี้ ผลการเรียนไม่ดี ประกอบกับ ครอบครัวเดิมของผู้ป่วย ID 1 มีเศรษฐกิจฐานะที่ไม่ดี ตนจึงขอไปสมัครงานกับคนรู้จักกัน ซึ่งเป็นเพื่อนของบิดา ที่เปิดร้านซ่อมรถจักรยานยนต์ ผู้ป่วย ID 1 เริ่มดื่มสุราตอนอายุ 17 ปี และ ดื่มมากขึ้นหลังจากเข้ามาทำงานที่ซ่อมรถ โดยดื่มเบียร์ วันละ 2-5 ขวด หลังเลิกงาน จากพฤติกรรมการดื่มเบียร์ทำให้ผู้ป่วย ID 1 มักจะมีปากเสียวกับครอบครัวของตนเองอยู่บ่อยครั้ง จนถึงขั้นเปลอต่อยบิดาไป 1 ครั้ง หลังจากนั้น ผู้ป่วย ID 1 จึงตัดสินใจออกมาเข้าบ้านอยู่ข้างนอกเอง เมื่อผู้ดูแลหลักเรียนจบป.ตรี และได้ทำงานในบริษัท ตนจึงตัดสินใจชวนผู้ดูแลหลักจดทะเบียนสมรส ย้ายเข้าไปอยู่บ้านพ่อแม่ของผู้ดูแล ผู้ป่วย ID 1 ยอมรับว่าตนไม่ยอมให้พ่อแม่ของผู้ดูแลรับรู้ว่ตนติดสุรา บ่อยครั้งผู้ป่วย ID 1 จึงตัดสินใจดื่มให้เสร็จ ภายหลังจากการทำงานที่ร่วมกับเพื่อนร่วมงาน ต่อมาผู้ป่วย ID 1 ยากเลิกดื่มเบียร์โดย ไม่ดื่มเป็นเวลา 4 วัน หลังจากนั้นในวันดังกล่าว ผู้ป่วย ID 1 รู้สึกกระสับกระส่าย เหงื่อออก ได้ยินเสียงเพื่อนร่วมงานมาเรียกกลางดึก เป็นเสียงวนเวียนอยู่ในหัว แต่ก็ทราบว่าเป็นเรื่องจริง จึงใช้ศีรษะโขกกำแพง เพื่อขจัดเสียงออกไป หลังจากนั้น รู้สึกตัวอีกครั้งตนก็เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ID 1 ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในโรงพยาบาลแล้ว ต่อมา หลังจากที่ตนกลับไปใช้ชีวิตต่อในชุมชน ผู้ป่วย ID 1 รู้สึกว่ารับประทานยาทางจิตเวชแล้วงง ทำงานได้ไม่ต่อเนื่อง บางครั้งทำเครื่องมือหล่น เพราะว่ามีมือสั่น จนบางครั้ง ตนเองเคยแอบทิ้งยา เพราะไม่ต้องการกินยาแล้ว ก่อนที่ผู้ป่วย ID 1 จะลาออกจากงานซ่อมรถที่อยู่อ แอบไปได้ยินมาว่า รุ่นน้องในที่ทำงานนินทาตน จึงเกิดเหตุทะเลาะวิวาทกันก่อนล่าออก ภายหลังจากที่ลาออกมาอยู่ดูแลบ้านแล้ว ตนยังอยากกลับไปทำงานเพราะไม่อยากให้คนอื่นมองว่า เกาะกรรยาไปวัน ๆ แต่ก็ไม่อยากจะขัดใจผู้ดูแลด้วยเช่นกัน

ผู้ให้ข้อมูล ID 2 เพศหญิง อายุ 52 ปี มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เป็นมารดา ปัจจุบันประกอบอาชีพเป็นแม่ค้าขายผลไม้ในตลาดแห่งหนึ่งใน กรุงเทพฯ นับถือศาสนาพุทธ จบปริญญาตรีสาขา นิเทศศาสตร์และสื่อดิจิทัล คณะสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยเปิดแห่งหนึ่ง วางแผนที่จะศึกษาต่อในระดับ ป.โท สาขาบริหารธุรกิจ ต่อในอนาคต ID 2 ให้ข้อมูลว่าตนนั้นมีลูกสองคน ประกอบด้วย ผู้ป่วย ID 2 ซึ่งเป็นลูกสาวกับสามีเก่า และ ลูกชายกับสามีปัจจุบัน อีก 1 คน และเลี้ยงดูหลานสาว ซึ่งเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย ID 2 ผู้ให้ข้อมูล ID 2 เล่าว่า สาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวช ในครั้งนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วย ID 2 ไข้ยาเสพติด โดยเริ่มใช้ตั้งแต่อายุ 16 ปี โดยในตอนนั้น ผู้ป่วย ID 2 เรียนอยู่ ม.4 และตนก็เป็น แม่เลี้ยงเดี่ยวที่ดูแลบุตรสาวตามลำพังมาได้ประมาณ 3 ปี ขณะนั้นยังมีได้ แต่งงานใหม่ จากการสอบถามผู้ให้ข้อมูล ID 2 ในตอนนั้น ตนได้กำลังเก็บกวาดห้องของลูกสาว พบ

อุปกรณ์ใช้สารเสพติด คือ กระจกอลูมิเนียม และ ผงสีขาว ซึ่งคาดได้ว่าจะเป็นยาไอซ์ หลังจากนั้น จึงได้สอบถาม ผู้ป่วย ID 2 เพิ่มเติม จึงได้ทราบว่าข้อสันนิษฐานของตนนั้นเป็นเรื่องจริง โดยสาเหตุมา จากค่านิยมในกลุ่มเพื่อนของ ผู้ป่วย ID 2 ที่เชื่อว่าจะทำให้ผิวขาว และ ผอมสวย ผู้ให้ข้อมูล ID 2 จึง ตัดสินใจพา ผู้ป่วย ID 2 เข้ารับการรักษาที่ร.พ.บำบัดยาเสพติด แต่ผู้ป่วยก็มีอาการกำเริบบ่อย เนื่องจากแอบไปใช้ยาเสพติดอยู่บ่อยครั้งเมื่อออกนอกบ้าน จน ผู้ให้ข้อมูล ID 2 ต้องพา ผู้ป่วย ID 2 ไปลาออกจากการเรียนในชั้น ม.5 และตั้งใจที่จะรักษาผู้ป่วย ID 2 โดยพามารักษาต่อแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งใน กทม. ร่วมกับ ให้ ผู้ป่วย ID 2 เรียน กศน. โดยมีผู้ให้ข้อมูล ID 2 เรียนควบคู่กันไปด้วย (เดิม ID 2 จบ ม.ต้น) ซึ่งในช่วงอายุ 18 ปี ผู้ป่วย ID 2 ได้ตั้งครรภ้อย่างไม่ตั้งใจ กับแฟนหนุ่มซึ่งอายุห่างจาก ผู้ป่วย ID 2 ประมาณ 20 ปี ผู้ป่วย ID 2 จึงแยกออกจาก ID 2 ไปอยู่ ร่วมกับแฟนหนุ่ม และให้กำเนิดบุตรสาวในเวลาต่อมา ช่วงอายุ 18-19 ปี ผู้ป่วย ID 2 มีอาการทางจิต กำเริบมากยิ่งขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในช่วงปีดังกล่าวทั้งสิ้น 3 ครั้ง ต่อมา ประมาณ 3 เดือน ID 2 ได้ทราบข่าวจากครอบครัวของสามี ผู้ป่วย ID 2 ว่า สามีถูกจับข้อมือมียาเสพติดในครอบครอง และจำหน่าย ตนจึงทราบเหตุผลของอาการกำเริบซ้ำที่เกิดขึ้นบ่อยของบุตรสาวนั้น เกิดจาก การใช้สารเสพติด ผู้ให้ข้อมูล ID 2 จึงรับ ผู้ป่วย ID 2 และหลานมาดูแลต่อที่บ้าน จนเป็นผล ให้ผู้ให้ข้อมูล ID 2 นั้นไม่ออกไปพบปะกับเพื่อนสมัยม.ต้น เนื่องจาก ช่วงที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่ร่วมกันที่ บ้านนั้น ในช่วงแรก ผู้ป่วย ID 2 มีอาการหวาดระแวงพ้อเลี้ยง คิดว่า ทำคุณไสยใส่ตน ประกอบกับ ผู้ป่วย ID 2 แอบนำเงินที่ได้จากมรดกและญาติ ไปซื้อสารเสพติด จึงเกิดอาการทางจิตซ้ำอยู่บ่อยครั้ง ผู้ให้ข้อมูล ID 2 และสามี จึงตัดสินใจ จัดเตรียมอุปกรณ์ผูกมัดไว้เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบและมี พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่น โดยเตรียม เทปกาว และหนังไก่ ถึงแม้ว่า ผู้ป่วย ID 2 จะเข้าออก โรงพยาบาลจิตเวชอยู่บ่อยครั้ง แต่ ผู้ให้ข้อมูล ID 2 นั้น ก็ยังคงดูแล และ ผู้ป่วย ID 2 ต่อ เพราะคิดว่าเป็น หน้าที่ของตนที่ต้องคอยดูแลในฐานะคนเป็นแม่ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า เมื่อผู้ป่วย ID 2 อาการทางจิตสงบ นั้น เป็นบุคคลที่ดีมาก อธิษาศัยดีกับบุคคลรอบข้าง ตนมีความสุขที่ได้ใช้เวลาร่วมกับครอบครัวในช่วง ที่ ผู้ป่วย ID 2 อาการทางจิตสงบ บางครั้ง ID 2 จะทำขนมและน้ำผลไม้จำนวนมาก เพื่อเตรียมให้ ผู้ป่วย ID 2 รับประทาน เพราะมีเชื่อว่า ผู้ใช้สารเสพติดนั้น จะหิวโหยของหวาน ตนจึงต้องเตรียมไว้ ก่อนที่ผู้ป่วย ID 2 จะออกไปใช้ยาเสพติด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วย ID 2 ยังมีการใช้สารเสพติดอยู่ แต่ ความถี่ลดน้อยลง ซึ่ง ID 2 นั้น มีการปรับความคิดต่อ การใช้สารเสพติดของ ผู้ป่วย ID 2 ต่อจากนี้ว่า แม้จะไม่เลิก แต่ก็สบายใจที่ เห็น ผู้ป่วย ID 2 ลดจำนวนการใช้ลง คิดว่า ยังไง ผู้ป่วย ID 2 ก็คงเลิกใช้ ยาเสพติดไม่ได้อีกแล้ว

ผู้ป่วย ID 2 เพศหญิง อายุ 29 ปี จบชั้น ม.6 (กศน.) ปัจจุบันทำงานอยู่ในห้างสรรพสินค้า แห่งหนึ่ง ใน กทม. มีบุตรสาว 1 คน ปัจจุบันสามียังถูกดำเนินคดีอยู่ในเรือนจำ ผู้ป่วย ID 2 ให้ข้อมูล ว่าตน เริ่มใช้ไอซ์ เพราะเพื่อนชักชวนให้ลอง ในขณะนั้น ตนมีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัว จึงคิดว่า หาก

ลองใช้จะไม่หิวข้าวและระบบเผาผลาญดีขึ้น ทำให้น้ำหนักตัวลดลง จึงได้นำเงินค่าขนมที่มารดา และ ย่าให้ไปใช้ซื้อยา ผู้ป่วย ID 2 เล่าว่า ตนเองใช้พรอย (กระดาษอลูมิเนียม) ท่อยาไอซ์จูดสูบล้างบูหรี และ ให้ข้อมูลต่อว่า ตนนั้นได้ใช้ไอซ์บ่อยและถึขึ้น ในช่วงที่ยังเรียน ม.5 จนตนเองมีอาการหลอน โดย ได้ยินเสียงในศีรษะ เป็นเสียงผู้ชายและผู้หญิงพูดคุยกันจับใจความไม่ได้ ต่อมา ถูกมารดาจับไปรักษาที่ สถาบันบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่ง ผู้ป่วย ID 2 เล่าว่า ในตอนนั้น ตนก็ยังไม่มีความคิดที่จะเลิกใช้ยา มักจะไปขอใช้ยาไอซ์กับแฟนหนุ่มของตนเอง ซึ่งในขณะนั้นรู้จักกันจากการซื้อขายยาไอซ์จาก คำแนะนำของเพื่อน จนต่อมา ตนได้มีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเพื่อนที่ใช้ยากลุ่มเดียวกันอยู่บ่อยครั้ง เพราะคิดระแวงว่าเพื่อนจะมาแย่งแฟน จนถูกเรียกเข้าห้องปกครองบ่อยครั้ง จนมารดาต้องให้ตน ลาออกในช่วง ม.5 จะขึ้น ม.6 ในตอนนั้น ผู้ป่วย ID 2 ให้ข้อมูลว่า ไม่ได้รู้สึกเสียใจ เพราะตนเป็นคน เรียนไม่เก่งอยู่แล้ว ซึ่งผู้ป่วย ID 2 ได้ย้ายมารักษาต่อที่ รพ.จิตเวชแห่งหนึ่งใน กทม. ซึ่งใกล้บ้านตน มากขึ้น ร่วมกับเรียนต่อ กศน. โดยมีมารดาเรียน เป็นเพื่อนด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วย ID 2 ก็ยังมีการ ติดต่อกับ แฟนหนุ่มอย่างต่อเนื่อง และต่อมา ตนได้ทราบว่า ตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ แต่ก็เปิดเผยให้ มารดาทราบ และ ย้ายไปอยู่บ้านสามีจนคลอดลูก จากนั้นจึงเรียนต่อ จนจบ กศน. ในช่วงที่ตั้งครรภ์ ตนนั้นไม่ได้ใช้ยาเสพติด แต่ที่บางครั้งก็ แอบสูบบุหรี่บ้าง แต่หลังจาก ครบให้นมบุตร ได้ 3 เดือน ตน ก็กลับไปใช้ยาไอซ์ซ้ำ อีก แต่ลดปริมาณลง เหลือ สัปดาห์ละครั้ง เมื่อตนเองรู้สึกเครียดหรือต้องการ พักผ่อน ปัจจุบันทำงานที่ห้าสรรสินค้าแห่งหนึ่ง มีรายได้ประมาณ 18,000 บาท โดยจะฝากเงิน ประจำให้กับลูกสาว เดือนละ 5000 บาท

ผู้ให้ข้อมูล ID 3 เพศหญิง อายุ 55 ปี ประกอบอาชีพ ค้าขาย สามีและลูกชาย 1 คนจบชั้น ประถมศึกษาปีที่สี่โดยสามีทำงานเป็นทหารยศสัญญาบัตร ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า เดิมลูกชายจะทำงานเป็น พนักงานขายรถ โดยทำมาประมาณ 4 บริษัทหลังจากเรียนจบในระยะเวลา 2 ปี จนกระทั่ง เมื่อลูก ชายอายุ 25 ปี ตนได้ทราบว่า ลูกชายติดพนันออนไลน์ ไม่ยอมนอน ต่อมา เริ่มมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน ร่วมงาน เพราะคิดว่า ลูกเพื่อนใส่ร้าย ลูกชายมีการสะสมอาวุธ เช่นมีด และค้อนไว้ ตนจึงตัดสินใจพา ลูกชายมารับการรักษาแผนกผู้ป่วย ID3นอก โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง โดยอ้างว่า จะพามารับการ รักษาเรื่องการนอนหลับ และในการเข้ารับรักษาในครั้งนั้นทำให้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ได้รับยาต่อเนื่องในเวลาต่อมาผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าผู้ป่วย ID3นั้นเข้าออกโรงพยาบาลอยู่บ่อยครั้งจนตนเอง ต้องลาออกให้กับผู้ป่วย ID3โดยครั้งล่าสุดอ้างกับผู้ป่วย ID3ว่าเพื่อให้ผู้ป่วย ID3นั้นรักษาตัวให้ดีกว่า ก่อน แม้ว่าในใจจะรู้ว่าผู้ป่วย ID3อาจจะไม่กลับมาเป็นเหมือนเดิมก็ตามโดยยาที่รักษา ช่วงแรกนั้นไม่ค่อย ได้ผลเพราะผู้ป่วย ID3มีอาการกำเริบบ่อยมักมีความคิดว่าตนเองมีเงินเยอะเป็นเศรษฐีร่ำรวยจึงต้องมึ การปรับยาอยู่หลายครั้งแพทย์ได้ลงความเห็นให้ผู้ป่วย ID3ใช้ยานอกบัญชียาหลัก (olanzapine) ซึ่ง ได้ผลดีกับอาการทางจิตของผู้ป่วย ID3เพราะทำให้ความคิดเหล่านั้นลดลงแต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วย ID3 ก็ยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้เพราะเนื่องจากผู้ป่วย ID3นั้นมีอาการง่วงระหว่างวันมารดาจึง

ตัดสินใจที่จะให้ผู้ป่วย ID3 อยู่แต่บ้านอย่างเดียวในการใช้ยานอกบัญชียาหลักนั้นจะต้องมีการจ่ายเงิน ส่วนรับประทานค่ายาซึ่งจากรายได้ของผู้ให้ข้อมูลที่ได้ระบุไว้ว่าได้จากการค้าขายของในตลาดโดยตนเองจะไปขายได้เพียงแค่เสาร์อาทิตย์ในช่วงที่สามไม่ได้ไปทำงาน เพราะหากปล่อยผู้ป่วย ID3 ไว้ที่บ้านเพียงลำพังก็เกรงว่าผู้ป่วย ID3 จะมีอาการกำเริบและทำร้ายผู้อื่นอีกบางครั้งการหาแพทย์ตามนัดตนเองต้องขอหยิบยืมเงินเพื่อนที่รู้จักกันเพื่อใช้ในค่ายานอกบัญชียาหลักแต่ถึงกระนั้นผู้ให้ข้อมูลก็ยังคงยืนยันว่าจะให้ผู้ป่วย ID3 ใช้ยานี้ต่อไปเพราะใช้แล้วเกิดผลดีผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า บางครั้งตนเองรู้สึกเครียดเหนื่อยและท้อแท้จนไม่อยากเล่าเรื่องที่ทุกข้อใจให้กับใครฟังเพราะรู้ว่ามีเพียงแค่นั้นที่ตัวเองต้องทำงานบางทีก็มีความคิดอยากฆ่าตัวตายให้มันจบไปแต่เมื่อมองกลับมาก็พบว่าหากตนเองตายไปลูกและสามีของตนเองจะลำบากภายหลังจากการที่สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยได้ส่งต่อข้อมูลและพาผู้ให้ข้อมูลเพื่อพบพยาบาลที่โอพีดีต่อไปในการดูแลรักษา เรื่องของผลกระทบด้านจิตใจต่อไป

ผู้ป่วย ID 3 อายุ 29 ปี ปัจจุบัน ว่างงาน จบ ปี.ตรี สาขาการตลาด มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง เคยรักษาแผนกผู้ป่วย ID3 ในโรงพยาบาลจิตเวช มา 6 ครั้ง ในระยะเวลา 5 ปี โดยในครั้งที่ผ่านมามีท่านให้ข้อมูลว่าตนเองนั้นถูกมารดาบังคับให้มาอนโรงพยาบาลเพราะว่าตอนนั้นตนเองมีหูแว่ว เป็นเสียงเพื่อนที่ทำงานเก่ามาพูดว่าตนว่าเป็นคนบ้าแต่ตนเองนั้นไม่ได้มีความคิดอยากจะทำร้ายใครแค่แสดงอารมณ์โกรธออกมาเฉยๆ อย่างไรก็ตามท่านคิดว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยของตนเองในครั้งนี้เกิดจากการที่ที่ตนเคยทำงานหนักและอดหลับอดนอนประกอบกับเคยไปดื่มสุราร่วมกับเพื่อนซึ่งในตอนนั้นเพื่อนมีการใส่ยาลงไปที่ตนไม่ได้สติและคิดโทษเพื่อนที่ทำให้ตนเองเป็นเช่นนี้ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ มารดาและบิดาโดยแท้จริงนั้นตนเองก็อยากออกไปทำงานตามวุฒิการศึกษาที่ได้เล่าเรียนแต่เนื่องจากประวัติการลาออกของตนเองในที่ทำงานต่างๆค่อนข้างเยอะจึงทำให้ถูกพิจารณาเมื่อไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งในหลายที่ตนเองก็ถูกปฏิเสธเพราะจำเป็นต้องใช้ไปรับรับรองแพทย์เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชร่วมด้วยเรื่องของการรับประทานยาวันดาเป็นคนจัดยาให้ผู้ป่วย ID3 รับประทานอยู่เสมอโดยที่ประกอบไปด้วยมือเช้าและก่อนนอนด้วยตนเองและจะต้อง กลืนต่อหน้าและอ้าปากให้มารดาดูเสมอในช่วงเสาร์อาทิตย์ตนเองต้องอยู่กับบิดาบางครั้งมีปากเสียงกันบ้างเพราะว่าบิดานั้นชอบเปิดวิทยุเสียงดังตนเองไม่ชอบเสียงของวิทยุ แต่ทุกครั้งทีทะเลาะกันบรรดาก็จะมาเป็นคนห้ามอยู่เสมอ ความคาดหวังต่อการเจ็บป่วยท่าน ให้ข้อมูลว่าตนเองอยากหายป่วยไวๆจะได้กลับไปทำงานและช่วยดูแลมารดาไม่ให้ต้องมาลำบากเพราะมารดาใกล้จะ 60 ปีแล้ว

ผู้ให้ข้อมูล ID 4 เพศหญิง อายุ 61 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นมารดา ปัจจุบันประกอบอาชีพเก็บของเก่าขาย และรับจ้างทั่วไป รายได้ต่อเดือนประมาณ 9,000 บาท ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในแต่ละเดือน อาศัยอยู่ที่บ้านน้องชาย เดิมผู้ให้ข้อมูล ID 4 เคยอาศัยอยู่กับสามีที่จังหวัดอุทัยธานี มีบุตรคนเดียว ประกอบอาชีพขายอาหารตามสั่ง ต่อมาตัดสินใจหย่าร้างเนื่องจาก ถูกสามีทำร้ายร่างกายขณะดื่มสุราและของมีเมา ประกอบกับตนเองไม่มีที่ไป จึงไปอาศัยอยู่กับน้องชายที่ทำงาน

เป็นพนักงานโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ โดยครอบครัวของน้องชายประกอบด้วยน้องสะใภ้และหลานชาย 1 คน ผู้ให้ข้อมูล ID 4 เล่าว่า ที่อยู่อาศัยของตนเป็นลักษณะเพิงไม้สังกะสีต่อจากชายคาบ้าน ใช้ห้องน้ำร่วมกับน้องชาย ซึ่งสัมพันธ์ภาพระหว่างบุตรชายกับน้าชายนั้นไม่สู้ดีมากนัก เพราะผู้ป่วยมักมีอาการกำเริบอยู่บ่อยครั้ง เป็นเหตุมาจากผู้ป่วยสูบบุหรี่และใช้ยาเสพติด เกิดเป็นแรงกดดันของผู้คนโดยรอบ บ่อยครั้งที่ครอบครัวของน้องชายต่อว่าผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล ID 4 จนก่อให้เกิดความรู้สึกที่ว่าอยากจะหนีออกไปอยู่ที่อื่นแต่ก็ทำไม่ได้เนื่องจากตนนั้นไม่มีที่ไปแล้ว ผู้ให้ข้อมูล ID 4 ให้ข้อมูลว่า เมื่อผู้ป่วยอาการกำเริบ มักจะออกมาเดินพูดเสียงดังในละแวกบ้าน บางครั้งใช้มือหรือไม้ทุบสังกะสีข้างบ้าน ก่อเสียงดังมากเข้า ชาวบ้านในละแวกก็จะออกมาต่อว่าอยู่บ่อยครั้ง “เขาก็ไปทูปหลังคา หลังคาสังกะสีข้างบ้าน แล้วจะเดินเข้าไปชกคนในบ้าน เราก็เลยเรียก 191 เขาก็ตำรวจไม่ค่อยมา” โดยสาเหตุที่เจ้าหน้าที่ตำรวจไม่มาจัดการเหตุนี้ เกิดจากผู้ป่วยมีอาการบ่อย หากไม่มีการทำร้ายร่างกายใคร เจ้าหน้าที่ตำรวจก็จะไม่มา โดยผู้ให้ข้อมูล ID 4 ได้บอกเล่าเชิงตัดพ้อว่า “ไม่รู้มีกฎหมายจับเสพ คือโดนจับประมาณ 5-6 คน ไปวันนี้ พรุ่งนี้ปล่อย เราให้เขาให้ติดคุกหน่อยอีก 2 วัน เดี่ยวเกิดออกมาอีก เขาก็ยังปล่อย” จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูล ID 4 รู้สึกต่อการดูแลผู้ป่วย และหวาดกลัวด้วยในขณะเดียวกัน บ่อยครั้งที่ตนถูกผู้ป่วยขับไล่ออกจากบ้านในขณะที่มีอาการกำเริบ จนต้องไปแอบนอนอยู่ข้างบ้านของชาวบ้านในละแวก บ่อยครั้งที่ชาวบ้านสงสารผู้ให้ข้อมูล ID 4 บางครั้งมีการหยิบยื่นอาหารและที่พักให้แก่ผู้ให้ข้อมูล ID 4 ในช่วงที่ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบ

ผู้ป่วย ID 4 เพศชาย อายุ 32 ปี ปัจจุบันว่างงาน จบมัธยมศึกษาตอนต้นชั้นปีที่ 3 อาศัยอยู่กับมารดา โดยได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคจิตเภทตั้งแต่อายุ 27 ปี โดยก่อนหน้านั้น ตนได้บำบัดยาเสพติดที่ได้เริ่มใช้ ขณะมีอายุ 14 ปี อาการปัจจุบัน ผู้ป่วยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ยังมีหูแว่วอยู่บ้างเป็นเสียงผู้หญิงและผู้ชายจับใจความไม่ได้ จัดการกับเสียงหูแว่วโดยการไม่สนใจ ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่และใบจากอยู่ โดยจะสูบบุหรี่วันละ 1 ห่อ

ผู้ให้ข้อมูล ID 5 อายุ 64 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป จบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ID 5 เป็นมารดา โดยผู้ป่วย ID 5 อยู่กับมารดามาโดยตลอด ภูมิลำเนาเดิมอยู่จังหวัดลพบุรี แต่ย้ายมาอยู่กับสามีที่จ.ประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งผู้ป่วย ID 5 เริ่มป่วยตั้งแต่อายุ 23 ปี ซึ่งในขณะนั้นไม่ได้พามารักษา โดยตนเองคิดว่า สาเหตุนี้เกิดจากการที่ผู้ป่วย ID 5 ลาสึกษาเองขณะป่วย ซึ่งเป็นการกระทำที่ผิดกฎในการบวช จึงมีการพาผู้ป่วย ID 5 ไปรับการรักษายังสถานที่ต่างๆ เช่น หมอดู หมอคาถาปิดเป่า เป็นต้น ซึ่งหมดเงินไปจำนวนมากกับการประกอบพิธีกรรมต่างๆ ต่อมา มีเพื่อนมาแนะนำให้ลองให้พาผู้ป่วย ID 5 มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช โดยตนได้พาผู้ป่วย ID 5 ไปรับการรักษาหลายที่ แต่สุดท้ายก็มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งใน กทม. เนื่องจากมาทำงานรับจ้างร้านเสริมสวยเป็นลูกมือเจ้าของร้าน โดยบ้านที่เช่าอยู่กับผู้ป่วย ID 5 นั้น ห่างจากที่ทำงานมากต้องมีการต่อรถอยู่ 2 ช่วง โดยต้องพาผู้ป่วย ID 5 ออกไปทำงานด้วยเพราะเกรง

ว่า ผู้ป่วย ID 5 จะออกไปทำร้ายผู้อื่นอีก โดยขณะที่ตนทำงานนั้น ผู้ป่วย ID 5 จะนั่งอยู่หน้าร้านเสริมสวยบางครั้งเดินมาขอเงินค่าบุหรี่ปูกับตน หากไม่ได้ก็จะไปเก็บเศษบุหรี่ปูตามทางเข้ามาสูบ จนตนเองต้องออกมาห้ามอยู่บ่อยครั้ง ปัจจุบันผู้ป่วย ID 5 ยังคงว่างงานอยู่ โดยผู้ให้ข้อมูลนั้น ก็หวังว่าผู้ป่วย ID 5 จะสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่พอจะคุมสติของตนเองได้ จนสามารถกลับไปทำงานได้อย่างปกติ

ผู้ป่วย ID 5 เพศชาย อายุ 45 ปี ได้รับการวินิจฉัยอาการทางจิตแรกเริ่ม เป็น Substance used disorder โดยในตอนแรก ผู้ป่วย ID 5 ใช้น้ำยา ร่วมกับน้ำกระท่อม ต่อมาหลังจาก Loss F/U ประมาณ 5 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็น Schizophrenia ผู้ป่วย ID 5 มักจะขอเงินมารดาไปซื้อบุหรี่ปูสูบ หากทำได้ใช้มักจะมีอาการกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง บางครั้งมีการเก็บเศษบุหรี่ปูข้างทางมาใช้ด้วย ปัจจุบันกำลังมองหางานทำอยู่

ผู้ให้ข้อมูล ID 6 เพศหญิงอายุ 60 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ID 6 เป็นน้องสาว มีพี่น้องทั้งหมด 5 คนโดยตนเองเป็นลูกสาวคนที่ 4 ผู้ป่วย ID 6 นั้นเป็นพี่ชายคนที่ 2 ปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูล ID 6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ได้รับเงินจากลูกชายและสวัสดิการของรัฐ ประมาณ 4,000 - 5,000 บาท/เดือน รายได้ที่รับต่อเดือนไม่เพียงพอ ปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูล ID 6 ดูแลทั้ง พี่ชายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท และหลานชาย อายุ 11 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งลำไส้ ภูมิลำเนาเดิมเป็นคนกรุงเทพฯ ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านลูกชายคนโตที่จังหวัดชลบุรี โดยผู้ป่วย ID 6 นั้น ป่วยมานานถึง 34 ปี แต่ ผู้ให้ข้อมูล ID 6 รับผู้ป่วย ID 6 มาดูแลต่อจากมารดาที่เสียชีวิต เป็นระยะเวลา 20 ปี โดยมารดาของตนนั้น ได้สั่งเสียตนและพี่ๆให้ช่วยดูแลพี่ชายช่วงที่ป่วยหนัก ในตอนแรก ผู้ให้ข้อมูล ID 6 ไม่กล้ารับปาก เพราะเกรงว่าจะทำไม่ได้ แต่เพราะสงสารมารดาที่อาจจากไปด้วยจิตไม่สงบ ในวาระสุดท้าย ก่อนมารดาเสียชีวิต จึงได้เอ่ยปากว่า ตนจะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ID 6 เอง จากการเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ID 6 ลูกชายและคนรอบข้าง ต่างเป็นห่วง ผู้ให้ข้อมูล ID 6 เกรงว่าจะลำบาก เพราะต้องดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทุกอย่างของผู้ป่วย ID 6 ไม่ว่าจะเป็นอาบน้ำ หุงหาอาหาร จัดที่นอน ทำความสะอาดห้อง รวมถึงต้องพาผู้ป่วย ID 6 มาพบแพทย์ตามนัด ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วย ID 6 ยังมีอาการกำเริบบ่อย บางครั้งมีการขับไล่ และวิ่งกวด ผู้ให้ข้อมูล ID 6 และหลานๆ จนรู้สึกว่าการอยู่กับ ผู้ป่วย ID 6 นั้นอันตราย ตนจะพยายามนึกถึงรอยยิ้ม และการเล่นหยอกล้อกับลูกชายคนโตของตนในช่วงวัยเด็ก ก่อนที่ผู้ป่วย ID 6 จะมีอาการกำเริบเช่นนี้ บ่อยครั้งหลังจากที่รับผู้ป่วย ID 6 มาดูแล ลูกชายจะมาพูดกับ ผู้ให้ข้อมูล ID 6 เสมอว่า ทำไมแม่ต้องมาทำหน้าที่นี้คนเดียว หรือ ให้ผู้ป่วย ID 6 ไปอยู่ที่อื่นได้หรือไม่ เพราะเกรงว่าจะอันตรายต่อหลานๆ แต่ ผู้ให้ข้อมูล ID 6 เลือกที่จะไม่ตอบโต้อะไร ได้เพียงแค่ว่า เก็บความรู้สึกอดีตนั้นไว้ในใจ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูล ID 6 ก็ยินดีและยอมรับที่จะดูแลผู้ป่วย ID 6 ต่อไป แม้ว่าในใจจะรู้ว่า ผู้ป่วย ID 6 นั้นไม่อาจจะหายเป็นปกติได้

ผู้ป่วย ID 6 เพศชาย อายุ 66 ปี สถานะภาพโสด จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่ อายุ 32 ปี มีรายได้จากสวัสดิการรัฐจำนวนเงิน 1,400 บาท/เดือน

อาการปัจจุบัน ผู้ป่วย ID 6 รู้สึกตัวดี ถามตอบตรงประเด็นแต่มักจะนึกนาน ตอบช้า ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ต้องกระตุ้นกิจวัตรประจำวัน และต้องคอยช่วยเหลือเพราะ ผู้ป่วย ID 6 มักจะทำได้ไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถจดจ่อใส่ใจได้ เช่น หากปล่อยให้อาบน้ำเอง ก็จะอาบไม่สะอาด ผู้ป่วย ID 6 นั้น มักจะถูกกระตุ้นได้ง่ายจาก หากทำให้ขัดใจ เช่น เมื่อถูกห้ามดูโทรทัศน์ในช่วงกลางดึก

ผู้ให้ข้อมูล ID 7 อายุ 65 ปี เพศหญิง มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ID 7 เป็น มารดา ปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ เดิมประกอบอาชีพเป็น นักวิชาการสาธารณสุข โดยรายได้อยู่ที่ 30,000 บาท/เดือน มีรายได้พอมีเก็บ ซึ่ง ผู้ป่วย ID 7 นั้น จบวิศวะโยธา แต่ในช่วงที่ทำงานผู้ป่วย ID 7 มักจะมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานอยู่บ่อยครั้ง เพราะ ผู้ป่วย ID 7 มักเป็นคนพูดจาโดยไม่สนถึงความรู้สึกของผู้อื่นมากนัก ต่อมา ผู้ป่วย ID 7 มีการใช้สารเสพติดคือ กัญชา จนเกิด อาการหลอน พูดคนเดียว เมื่อตรวจร่างกายประจำปีของหน่วยงานแล้วพบว่าผู้ป่วย ID 7 มีสารเสพติดในปัสสาวะ หน่วยงานดังกล่าวจึงต้องให้ผู้ป่วย ID 7 พ้นสภาพจากการทำงาน ในช่วงเวลานั้น ผู้ให้ข้อมูล ID 7 จึงได้ตัดสินใจให้ผู้ป่วย ID 7 อยู่แต่บ้าน โดยที่ผู้ป่วย ID 7 ให้ช่วยเพียงทำความสะอาดช่วยงานบ้านเท่านั้น บ่อยครั้งที่ผู้ป่วย ID 7 มาตัดพ้อบอกว่าตนเองรู้สึกเป็นภาระของมารดา แต่ตนเองก็ตอบกลับไปว่า สิ่งที่คุณคาดหวังเพียงแค่อยากให้ผู้ป่วย ID 7 นั้นช่วยงานบ้านไม่สร้างภาระเพิ่มก็พอแล้ว อย่างไรก็ตามในช่วงที่ผู้ให้ข้อมูล ID 7 ยังไม่ได้เกษียณอายุราชการ เมื่อผู้ป่วย ID 7 อาการกำเริบ ผู้ให้ข้อมูล ID 7 ต้องขอลางานกลับมาบ้านก่อนเสมอ แล้วพาผู้ป่วย ID 7 ไปรับยาชนิดเช่น Valium ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน จนกระทั่งเกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วย ID 7 เอาไม้ตำข้าวไปไล่ฟัน แม่ค้าขายอาหารตามสั่งหน้าบ้านเพราะมีความคิดที่ว่า แม่ค้าเคาะกระทะประชดตนเอง ผู้ให้ข้อมูล ID 7 ถูกชาวบ้านต่อว่า ตนเองในฐานะที่เป็นมารดาที่ละเลยต่อการดูแลลูก อีกทั้งยังเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลายเป็นจุดเปลี่ยนให้ตัดสินใจพาผู้ป่วย ID 7 มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในกทม. และเกษียณอายุก่อน 60 ปี เพื่อมาดูแลลูกที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วย ID 7 เองนั้นก็มีการเข้าออกโรงพยาบาลอยู่บ่อยครั้ง โดยมีอยู่เหตุการณ์หนึ่งที่ตนเคยถูกเรียกร้องค่าเสียหายจากผู้ถูกกระทำ โดยถูกผู้ป่วย ID 7 ใช้มีดแทงบริเวณหลัง ซึ่งก็จบลงโดยการจ่ายค่าทำขวัญและประณิประนอมเพื่อไม่ให้เกิดคดีความ อย่างไรก็ตามจากพฤติกรรมรุนแรงที่ผู้ให้ข้อมูล ID 7 เล่ามา ผู้ให้ข้อมูล ID 7 ก็ยังมีการให้ความหมายต่อการเป็นผู้ดูแลหลักว่าต้องเป็นการอดทนอยู่ตลอดชีวิตไม่ว่าจะเกิดสิ่งเลวร้ายใดเกิดขึ้นมาอีกก็ตาม

ผู้ป่วย ID 7 เพศชาย อายุ 43 ปี สถานภาพ โสด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิศวกรรมโยธา ได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวชครั้งแรกเป็น Substance used disorder with substance induce psychosis เมื่ออายุ 28 ปี โดยครั้งแรกนั้น คือ กัญชา จากคำแนะนำของเพื่อนในสมัยเรียน เพราะในช่วงดังกล่าวตนมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ และเครียดจากงานที่ต้องคอยระวังเพื่อนร่วมงาน โดยให้ข้อมูลว่า บรรยากาศในที่ทำงานไม่เป็นมิตร อาจเกิดการใส่ร้ายเรื่องการโกงเงินกันได้ ต่อมา ตนเองรู้สึกหุดใช้กัญชาไม่ได้ และยังมีการใช้ยาบ้าร่วมด้วย เพื่อให้คลายความรู้สึก

เครียดได้มากยิ่งขึ้น มีอาการหลอนได้ยินเสียงคนมาพูดในหัว ไม่ทราบเนื้อหา ปัจจุบันยังมีการหูแว่ว อยู่บ้างแต่นานครั้ง จนกระทั่งผู้ป่วย ID 7 ถูกตรวจปัสสาวะจากการตรวจร่างกายประจำปีในที่ทำงาน พบว่า Methamphetamine Positive จึงต้องถูกไล่ออกจากงาน ผู้ป่วย ID 7 มักจะพยายามขอ มารดาไปสมัครงานที่ใหม่ แต่ก็มักจะถูกมารดาห้ามอยู่เสมอ เพราะเกรงว่าผู้ป่วย ID 7 จะกลับไปใช้สาร เสพติดอีก นอกจากนี้ ผู้ป่วย ID 7 ยังถูกพามารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วย ID 7 ก็กลัวการเข้ามานอนในโรงพยาบาลมาก เพราะแต่ละครั้งที่มานอน จะมีระยะเวลาอยู่นานประมาณ 1 – 3 เดือน ปัจจุบันผู้ป่วย ID 7 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง สิ้นหน้าเรียบเฉยสัมพันธ์กับ เรื่องราวที่เล่า ยอมรับว่ายังใช้บุหรี่อยู่ประมาณ 5- 10 มวนต่อวัน คิดว่าไม่เป็นอันตรายหรือมีผลต่อ การดำเนินโรค (Precontemplation) มีความคิดว่า สักวันหนึ่งตนเองจะหายและออกไปทำงาน ช่วยเหลือตนเอง ได้เช่นดั้งเดิม

ผู้ให้ข้อมูล ID 8 เพศชาย อายุ 51 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพหย่าร้าง ประกอบอาชีพ คนดูแลสวน ณ หมู่บ้านจัดสรรแห่งหนึ่ง โดยดูแลผู้ป่วย ID 8 ตั้งแต่อายุ 27 ปี หลังจาก ที่มารดาเสียชีวิต ส่วนบิดากับมารดาแยกทางไปตั้งแต่ ผู้ให้ข้อมูล 8 ยังเด็ก โดยผู้ป่วย ID 8 นั้น มี อาการทางจิตตั้งแต่อายุ 19 ปี ซึ่งในขณะนั้น ผู้ป่วย ID 8 มีการทำงานในโรงงานในการทำหน้าที่ตัด เศษผ้า เมื่อผู้ป่วย ID 8 เห็นเพื่อนร่วมงานตีหมาแพะและเครื่องตีหมูกำลัง ผู้ป่วย ID 8 ก็จะไปตีตาม ทำให้มีอาการกำเริบอยู่บ่อยครั้ง จนเรียกได้ว่า 1 ปี ผู้ป่วย ID 8 มีอาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิต เวชแห่งหนึ่งใน กทม. ทั้งการเข้ารับการรักษาแบบ ผู้ป่วย ID 8 ใน และการรับยาชนิด จนผู้ให้ข้อมูล 8 รู้สึกว่า ผู้ป่วย ID 8 นั้นเป็น “เคสดีอียา” โดยแต่ละครั้งที่ผู้ป่วย ID 8 มาโรงพยาบาลนั้น ผู้ให้ข้อมูล 8 มักจะได้รับคำถามในเชิงตำหนิว่า ทำไมจึงปล่อยให้ผู้ป่วย ID 8 ไปตีหมหรือรับประทานสิ่งกระตุ้น อัน เป็นของต้องห้ามเช่น กาแฟ หรือ เครื่องตีหมูกำลัง จนทำให้ผู้ให้ข้อมูล 8 ตัดสินใจให้ผู้ป่วย ID 8 ลาออกจากงาน โดยตนเองรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูล 8 เคยขอรับการ ช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์ในการส่งผู้ป่วย ID 8 ไปสถานสงเคราะห์ แต่อย่างไรก็ตาม จาก อาการทางจิตของผู้ป่วย ID 8 ที่ไม่ให้ความร่วมมือต่อสถานสงเคราะห์ จึงถูกส่งกลับมายังผู้ให้ข้อมูล 8 ให้ดูแลต่อ ผู้ให้ข้อมูล 8 ให้ข้อมูลว่า ตนเองนั้นรู้สึกว่าเป็นเวรกรรมที่ตนเองต้องมาเผชิญ จากการ สอบถามเพิ่มเติมกับ ผู้ให้ข้อมูล 8 การหย่าร้างในอดีตที่ผ่านมาของผู้ให้ข้อมูล 8 ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ID 8 จิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ผู้ป่วย ID 8 เพศหญิง อายุ 49 ปี ว่างาน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่อายุ 19 ปี มี ประวัติการเข้าการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 14 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งผู้ป่วย ID 8 จะมาด้วยอาการหู แว่ว ถืออาวุธทำร้ายผู้คนในชุมชน โดยในปัจจุบัน ผู้ป่วย ID 8 สิ้นหน้าเรียบเฉยปฏิเสธเสียงหูแว่วหรือก ภาพหลอน ถ้ามตอบตรงประเด็นเป็นคำสั้นๆ ต้องคอยกระตุ้นกิจวัตรประจำวัน และคอยกำกับ

กิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง เช่น การหุงข้าว หากไม่กำกับติดตามก็จะไม่สามารถหุงข้าวได้เสร็จ

ผู้ให้ข้อมูล ID 9 เพศหญิง อายุ 28 ปี สถานภาพสมรส ปัจจุบันประกอบธุรกิจส่วนตัวร่วมกับครอบครัว และรับงานดูดวงไฟยิปซี เคยแต่งงานมาแล้ว 1 ครั้งและมีลูกติดมาด้วย 1 คน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ID 9 เป็นภรรยา มีบุตรด้วยกัน 1 คน โดยผู้ให้ข้อมูล ID 9 ให้ข้อมูลว่า เดิมนี้ตนกับผู้ป่วย ID 9 เคยเป็นเพื่อนสมัยเรียนมหาวิทยาลัยกันมาก่อน พอจะทราบมาก่อนว่า ผู้ป่วย ID 9 นั้นมีปัญหาสุขภาพจิต แต่ในตอนนั้นไม่มั่นใจว่าได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอะไร โดยคิดว่าเป็น โรคซึมเศร้า หลังจากนั้น ต่างฝ่ายต่างแยกย้ายกันหลังจากเรียนจบ จากนั้นตนได้ไปแต่งงานกับสามีคนแรก และ แยกทางกันหลังจากแต่งงานได้ 2 ปี ผู้ให้ข้อมูล ID 9 จึงได้กลับมาคบหากับผู้ป่วย ID 9 อีกครั้ง จนกระทั่งทราบว่าตั้งครรภ์ จึงได้ย้ายมาอยู่ร่วมกันที่คอนโดมิเนียมส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล ID 9 หลังจากที่อยู่ร่วมกันผู้ให้ข้อมูล ID 9 ให้ข้อมูลว่า “ชีวิตไม่ได้เป็นเหมือนอย่างที่คิดไว้” เพราะผู้ให้ข้อมูล ID 9 ไม่เคยได้รับรู้ในด้านของผู้ป่วย ID 9 ที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยครั้งแรกเกิดจากการที่ตนกับผู้ป่วย ID 9 พุดเล่นหยอกล้อกัน แต่ผู้ให้ข้อมูล ID 9 เผลอไปพูดเรื่องครอบครัวของผู้ป่วย ID 9 จากนั้นผู้ป่วย ID 9 จึงแสดงออกซึ่งแววตาของความโกรธ ทำลายข้าวของ ซึ่งในขณะนั้นผู้ให้ข้อมูล ID 9 ยังตั้งครรภ์อยู่ แต่ก็ยังคงอยากที่จะแยกตัวออกมาใช้ชีวิตคู่กับผู้ป่วย ID 9 อยู่ เนื่องจาก ช่วงที่ผู้ป่วย ID 9 อารมณ์สงบนั้น ผู้ป่วย ID 9 ก็เป็นคนดีคนหนึ่ง จึงยอมรับในตัวของผู้ป่วย ID 9 แม้ว่า ในหลายๆครั้ง ผู้ป่วย ID 9 จะโมโหร้าย จนกระทั่งมีจุดเปลี่ยนหลังจากลูกชายที่คลอดออกมานั้น อายุ 1.6 ปี ผู้ป่วย ID 9 มักจะโมโหร้ายมากขึ้นเมื่อเห็นว่าลูกดื้อ หรือชน จนมีการตีลูกอย่างไรเหตุผล หากห้ามไม่ให้ตี ผู้ป่วย ID 9 ก็กระแสบกระสายอยู่เสมอ ผู้ให้ข้อมูล ID 9 ก็จะพยายามเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย ID 9 เพื่อให้ใจเย็นลง จากนั้นผู้ให้ข้อมูล ID 9 จึงตัดสินใจที่จะย้ายกลับมาอยู่บ้านของตนเอง เนื่องจากที่บ้านนั้นมีผู้คนอยู่จำนวนมาก เนื่องจากใช้ที่อยู่อาศัยเป็น office ด้วย หากผู้ป่วย ID 9 มีพฤติกรรมรุนแรงจะได้มีคนช่วยเหลือตนเองได้ทัน ภายหลังผู้ให้ข้อมูล ID 9 ได้ใช้การสวดมนต์มาดูแลผู้ป่วย ID 9 และทำให้ตนเองนั้นก็ได้ใช้การสวดมนต์ นั่งสมาธิมาบำบัดประคับประคองจิตใจของตนเองด้วย จนผู้ให้ข้อมูล ID 9 มองว่า การมาเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ID 9 จิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น ทำให้ชีวิตของตนเปลี่ยนไปเป็นคนที่ดีขึ้น จนได้กลับมาใช้ธรรมชาติจิตใจตน ยอมรับได้เสมอไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์เลวร้ายใดเกิดขึ้นกับตนเอง

ผู้ป่วย ID 9 เพศชาย อายุ 29 ปี ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ได้รับการวินิจฉัยเป็น Acute Psychosis เมื่ออายุ 21 ปี หลังจากที่ทะเลาะกับเพื่อนร่วมงานเนื่องจากมีเสียงหูแว่ว และความคิดหวาดระแวง จนต่อมา อายุ 27 ปี ผู้ป่วย ID 9 ได้รับการวินิจฉัยใหม่เป็น Schizophrenia โดยจุดเริ่มต้นที่ผู้ป่วย ID 9 คิดว่า เป็นสาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวช เกิดจากการเลี้ยงดูของบิดาที่มักจะทุบตีตนเองอยู่บ่อยครั้ง ประกอบกับเมื่อผู้ป่วย ID 9 อายุได้ 16 ปี บิดาของตนตัดสินใจฆ่าตัวตาย

เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาทางเศรษฐกิจ ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ตนเองนั้น นอนฝันร้ายอยู่บ่อยครั้ง อารมณ์รุนแรง และโกรธง่าย แต่ไม่ได้รับการรักษาที่ไหน ปัจจุบันผู้ป่วย ID 9 ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้เอง ปฏิเสธหิวแหว่ภาพหลอน แต่ยังมีความรู้สึกโกรธได้ง่าย เมื่อเห็นลูกชายดื้อ หรือ ตนเองยอมรับว่า ยังรู้สึกโกรธบิดาของตนเองอยู่ว่าเหตุใดจึงใช้ความรุนแรงกับตน จนอยากจะขุดศพของบิดาออกมาเขย่าถาม มีความคิดว่า ตนเองจะต้องประสบความสำเร็จมากกว่าบิดาของตนที่เคยทำไว้ในอดีต

ผู้ให้ข้อมูล ID10 เพศชาย อายุ 64 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ID 10 เป็น บิดา สถานภาพหย่าร้าง ปัจจุบันประกอบอาชีพเป็นนาคหน้าค่าที่ดิน และ ปล่อยที่ดินให้เช่า รายได้เฉลี่ยเดือนละ 30,000 บาท รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายและมีเงินเก็บ โดยแต่เดิมนั้น ผู้ป่วย ID 10 เป็นเด็กที่เรียนเก่งมาก แต่เมื่อเข้าเรียนต่อในระดับปริญญาตรีนั้น ผู้ป่วย ID 10 มีพฤติกรรมติดเพื่อน และได้ถูกชักจูงไปใช้ยาบ้า โดยต่อผู้ป่วย ID 10 ได้มีอาการคลุ้มคลั่ง กลัวคนจะทำร้าย เก็บตัวอยู่แต่ในห้องพัก โดยไม่ออกไปเรียนหนังสือ จนถูกทางมหาวิทยาลัยให้พ้นสถานภาพนักศึกษา ตนจึงได้พาลูกชายกลับมาอยู่บ้านและพยายามหาที่บำบัดรักษายาเสพติด แต่ก็พบว่า มีการรอคิวเข้ารับการบำบัดที่ยาวนาน ประกอบกับขณะนั้น ผู้ป่วย ID 10 ก็มีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทั้งมีอาการตาขวาง ต่าหยาบคาย ไม่นอน เดินออกไปทุบตีกำแพงบ้านของคนในชุมชน บางครั้ง เมื่อ ผู้ให้ข้อมูล ID10 นอนหลับ ก็ต้องคอยระวังสายโทรศัพท์ที่อาจโทรเข้ามาแจ้งว่า ผู้ป่วย ID 10 ไปก่อความวุ่นวายกับผู้อื่น ซึ่งผู้ให้ข้อมูล ID10 ได้รับคำแนะนำให้พาผู้ป่วย ID 10 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วย ID 10 มีการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วย ID 10 ในอยู่หลายครั้ง โดยในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วย ID 10 มีการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วย ID 10 ในถึง 3 ครั้ง จนต้องมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ลงมาดูแล ผู้ให้ข้อมูล ID10 เล่าว่า ถูกเจ้าหน้าที่คนดังกล่าวต่อว่า ถึงสาเหตุของอาการเจ็บป่วยของบุตรชายเกิดจากครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์บิดาแยกทางกับมารดา บิดาปล่อยปะละเลย จนเป็นภาระให้กับหน่วยงานราชการ ผู้ให้ข้อมูล ID10 บอกว่า ตนเองนั้นรู้สึกโกรธมากที่ถูกต่อว่าเช่นนี้ จนบางครั้งไม่อยากจะดูแลผู้ป่วย ID 10 อีกแล้ว เพราะว่า ผู้ป่วย ID 10 นั้นมีอาการกำเริบบ่อย จนนำมาซึ่งความเดือดร้อนใจแก่ตนเองอยู่เสมอ

ผู้ป่วย ID 10 ชาย อายุ 41 ปี จบระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันยังว่างงานอยู่ ได้รับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันจากบิดาเป็นเงินเดือน ประมาณ 10,000 บาท มักจะนำเงินที่ได้ไปใช้ซื้อข้าว เสื้อผ้า และซื้อบุหรี่สูบ โดยสูบบุหรี่วันละ 10 – 20 มวน/วัน โดยอาการปัจจุบันนั้น ผู้ป่วย ID 10 รู้สึกตัวดี ถามตอบตรงประเด็นเป็นคำสั้นๆ หลบสายตาขณะพูด ปฏิเสธอาการหิวแหว่ ภาพหลอน ไม่มีอาการหลงผิด

ผู้ให้ข้อมูล ID 11 อายุ 60 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นพี่สาว โดยภูมิลำเนาเดิมเป็นคนนครศรีธรรมราช แต่หลังจากที่แต่งงานจึงย้ายมาทำงานร้านอาหารตามสั่งใน กทม. นอกจากการดูแลน้องชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่า

เป็นโรคจิตเภทแล้ว ผู้ให้ข้อมูล ID 11 ยังได้ดูแลบิดาอีก 1 คนซึ่งป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมองตีบ โดยผู้ให้ข้อมูล ID 11 เล่าว่า ตนนั้น มีพี่น้องทั้งสิ้น 7 คน โดยที่ตนเป็นลูกคนที่ 3 และผู้ป่วยนั้นเป็นน้องคนสุดท้อง แต่สาเหตุที่ผู้ให้ข้อมูล ID 11 รับหน้าที่มาเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยนั้น เกิดมาจาก คำสั่งเสียของมารดาที่ก่อนตาย แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 คนไปพร้อมกัน จะเป็นเรื่องยากลำบากแต่ผู้ให้ข้อมูล ID 11 ก็ไม่เคยขอความช่วยเหลือจากใคร เพราะคิดว่าพี่น้องคนอื่นไม่มีใครมาช่วยตนได้ แต่บางครั้ง ก็มีความคิดที่ว่า ถ้าหากไม่มี ผู้ป่วยชีวิตของตนนั้นคงลำบากเช่นนี้ เพราะบ่อยครั้งนั้น ผู้ป่วยมักจะใช้คำพูดตำหนิตนเองอย่างไม่มีสาเหตุ แม้ว่าจะผ่านมาจะไม่เคยพูดเช่นนั้นก็ตาม อีกทั้ง ผู้ให้ข้อมูล ID 11 ยังมองว่า ผู้ป่วยนั้น ไม่ต่างกับ “คนที่ไม่มีความสามารถ” หมายถึง ตนนั้นต้องรับผิดชอบดูแลกิจวัตรที่ทุกอย่างให้กับผู้ป่วยแม้ว่า ผู้ป่วยจะทำเองได้ แต่บ่อยครั้งก็กลับไม่ทำ เช่น การรับประทานอาหารเอง เป็นต้น

ผู้ป่วย ID 11 เพศชาย อายุ 45 ปี สถานภาพโสด ว่างงาน ได้รับเงินจากสวัสดิการรัฐ 800 บาท (สิทธิ์คนพิการ) ปัจจุบันมีสีหน้าเรียบเฉย ไม่สอดคล้องกับเรื่องที่พูด ทำที่ช้า ถ้ามองไม่ตรงประเด็น พูดวกวน ปฏิเสธหูแว่วภาพหลอน ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง แต่ไม่สำเร็จ เช่น หากปล่อยให้อาบน้ำเองก็จะไม่สะอาด

ผู้ให้ข้อมูล ID 12 เพศชาย อายุ 63 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขารัฐศาสตร์ ปัจจุบัน ประกอบอาชีพขับมอเตอร์ไซด์รับจ้าง ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ID 12 เป็น ลุง โดยรับหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ID 12 เนื่องจากในบ้านมีเพียงตนเองเท่านั้นที่เป็นผู้ชาย ประกอบกับ ผู้ป่วย ID 12 มักมีอาการกำเริบอยู่บ่อยครั้ง เช่น จะจุดไฟเผาบ้าน ดังนั้น ในฐานะลุงและผู้ชายในครอบครัว ตนจึงต้องคอยใช้กำลังในการห้ามปรามผู้ป่วย ID 12 อยู่บ่อยครั้ง โดยสาเหตุของอาการกำเริบ ผู้ให้ข้อมูล ID 12 เล่าว่า เกิดจากที่ผู้ป่วย ID 12 มีการใช้กัญชา ยิ่งในปัจจุบันที่กัญชาและกระท่อมสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น ก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วย ID 12 มีอาการกำเริบอยู่บ่อยครั้ง และรุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งโดยปกติที่ผ่านมาหากจะควบคุมตัวผู้ป่วย ID 12 มาโรงพยาบาล ผู้ป่วย ID 12 มักจะไม่ขัดขืน จนกระทั่งครั้งล่าสุด ผู้ป่วย ID 12 มีการต่อสู้กับผู้ให้ข้อมูล ID 12 จนเกิดแผลที่ศีรษะ ผู้ให้ข้อมูล ID 12 ให้ข้อมูลว่า ต่อให้ผู้ป่วย ID 12 จะทำร้ายตนเองมากเท่าไรก็ไม่เป็นไร แต่ห้ามทำร้ายยาย (มารดา) ของตนเด็ดขาด หากสิ้นมารดาแล้ว ตนตั้งใจว่า จะเลิกเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ID 12 อีก

ผู้ป่วย ID 12 เพศชาย อายุ 27 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ผู้ป่วย ID 12 มักจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยมีลุงเป็นคนพามา โดยส่วนมากผู้ป่วย ID 12 มักจะมาด้วยอาการได้ยินเสียงคนสั่งให้จุดไฟเผาบ้าน โดยมีประวัติการเผาบ้านสำเร็จ 2 ครั้ง แต่ไม่มีใครได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ดังกล่าว ปัจจุบัน ผู้ป่วย ID 12 สีหน้าเรียบเฉย ยังมีพูดคนเดียวบางครั้ง ปฏิเสธเสียงหูแว่วภาพหลอน สีหน้าไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่ตนเองเล่าอยู่ โดยมักจะหัวเราะออกมาไม่สมเหตุสมผล ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้ดี

ผู้ให้ข้อมูล ID 13 เพศหญิง อายุ 51 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปัจจุบันประกอบอาชีพเป็นแม่ค้าขายกล้วยทอด สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น มารดาบุญธรรม โดยผู้ให้ข้อมูล ID 12 เชื่อว่า ตนเองมีปัญหาเกี่ยวกับมดลูกทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ ประกอบกับ ญาติของตนเองนั้นตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผู้ให้ข้อมูล ID 12 จึงได้ตัดสินใจรับเป็นแม่บุญธรรมหลังจากที่มารดาของผู้ป่วยได้คลอดออกมา โดยในช่วงแรกนั้น ผู้ป่วยเหมือนเด็กปกติโดยทั่วไป แต่เมื่อถึงในช่วงวัยเรียน ผู้ให้ข้อมูล ID 12 ได้รับข้อมูลจากครูประจำชั้นว่า ผู้ป่วยนั้นมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กในวัยเดียวกัน จนกระทั่ง ผู้ป่วยอายุ 12 ปี ก็เริ่มมีอาการทางจิต โดยผู้ป่วยจะกรี๊ดร้องไม่มีสาเหตุ บ่นปวดหัว ไม่อยากไปโรงเรียน จนผู้ให้ข้อมูล ID 12 ต้องพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ตามความเชื่อของตนเอง แต่ก็ไม่เป็นผล จนกระทั่งเมื่อผู้ป่วยอายุ 16 ปี ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้านว่า ให้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในกทม. แต่มีระยะทางไกลจากบ้านมาก โดยในแต่ละครั้งที่พามาพบแพทย์ ผู้ให้ข้อมูล ID 12 จะเสียค่าน้ำมัน ค่าทางด่วนไปกลับ ประมาณ 500 – 1,000 บาท/ครั้ง ยิ่งไปกว่า ผู้ป่วยมักจะมีพฤติกรรมรุนแรงในช่วงกลางดึกอยู่บ่อยครั้ง โดยจะเดินออกจากบ้านเก็บเสื้อผ้าใส่กระเป๋าเพื่อไปประเทศเกาหลีไปตามหาดารานางเอกตัวเองต้องคอยเฝ้าให้ผู้ป่วยกลับบ้านอยู่บ่อยครั้ง บางครั้งก็ถูกลูกหลงจากผู้ป่วยโดยการขีดข่วน บางครั้งก็ต้องเรียกให้สามีและคนข้างบ้านมาช่วยจับอีกด้วย ผู้ให้ข้อมูล ID 12 มองว่า การที่ได้อยู่กับผู้ป่วยนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้ตนมีความสุข จนไม่เคยคิดที่จะทอดทิ้งผู้ป่วย แม้ว่าจะผ่านเหตุการณ์รุนแรงจากผู้ป่วยมากเพียงใด

ผู้ป่วย ID 13 เพศหญิง อายุ 22 ปี ว่างงาน จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตั้งแต่อายุ 16 ปี ผู้ป่วยมักจะชอบดู YouTube และ TikTok ในเวลาที่ว่าง มารดามักจะนำตัวของผู้ป่วยไปขายกล้วยทอดด้วยในช่วงกลางวัน อาการปัจจุบัน สีหน้าเรียบเฉย ท่าที่สงบ ถามตอบเป็นคำสั้นๆ ไม่สบตา มักจะนั่งเขยาะขาทั้งสองข้างขณะสัมภาษณ์ ปฏิเสธอาการหูแว่วหรือเห็นภาพหลอน

ผู้ให้ข้อมูล ID 14 เพศหญิง อายุ 58 ปี จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพขายกล้วยทอด มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ID 14 เป็นยาย โดยผู้ป่วย ID 14 นั้นเป็นลูกสาวของลูกคนโต ซึ่งตนนั้นรับผู้ป่วย ID 14 มาดูแลตั้งแต่อายุ 3 ขวบ ผู้ให้ข้อมูล ID 14 เล่าว่า ตอนเด็กๆนั้น ผู้ป่วย ID 14 เป็นเด็กผู้หญิงที่สวย และเรียนเก่งมาโดยตลอดจนกระทั่งช่วงมัธยมศึกษาปีที่ 4 ผู้ป่วย ID 14 เริ่มมีปัญหาทางจิตที่ปรากฏเห็น โดยผู้ป่วย ID 14 มักจะบ่นกับผู้ให้ข้อมูล ID 14 ว่าไม่อยากไปโรงเรียนแล้ว เพราะคิดว่าตนเองไม่สวยและถูกล้อเลียน (Bully) เรื่องหน้าตา รูปร่าง โดยมักจะได้ยินเสียงเพื่อนร่วมชั้นเรียนหัวเราะเยาะตนอยู่ตลอดเวลา จนผู้ป่วย ID 14 เก็บตัวอยู่แต่ในห้องไม่ยอมไปโรงเรียน สุดท้ายผู้ให้ข้อมูล ID 14 จึงตัดสินใจให้ผู้ป่วย ID 14 ลาออก และเริ่มต้นเรียนใหม่ในสายอาชีพแทน ซึ่งผู้ป่วย ID 14 ก็มักจะบ่นปวดหัว ปวดท้อง และลาเรียนอยู่บ่อยครั้ง แต่ก็ยังสามารถเรียนต่อได้จนจบ ปวส. จากนั้น ผู้ป่วย ID 14 ได้คบหากับแฟนหนุ่มที่เป็นทหาร และเริ่มมีพฤติกรรมที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น เช่น

ต่ำขึ้นมาโดยไม่มีสาเหตุ กรีดร้อง เก็บตัวอยู่ในห้องมากขึ้น หากวันใดที่ผู้ป่วย ID 14 มีอาการกำเริบมาก ผู้ให้ข้อมูล ID 14 จะตัดสินใจปิดร้าน เพราะเกรงว่าลูกค้าที่จะหวาดกลัว อีกทั้ง ยังเคยมีเหตุการณ์ที่ผู้ป่วย ID 14 เคยกระโดดมาบีบคอผู้ให้ข้อมูล ID 14 จนทำให้รู้สึกหวาดกลัว แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูล ID 14 ยังพยายามที่จะนึกถึงช่วงเวลาที่ดีที่ตนเคยมีกับผู้ป่วย ID 14 ก็เป็นดั่งน้ำหล่อเลี้ยงที่ยังคงประคับประคองการเป็นผู้ดูแลหลักต่อไปได้

ผู้ป่วย ID 14 เพศหญิง อายุ 21 ปี จบการศึกษาระดับ ปวส. ปัจจุบันยังว่างงานอยู่ ผู้ป่วย ID 14 ได้รับการวินิจฉัยเป็นจิตเภทตั้งแต่ อายุ 16 ปี โดยในตอนนั้น มีอาการหูแว่วเป็นเสียงเพื่อนร่วมชั้น มีวาทะถาวร เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ไม่ยอมรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วย ID 14 มักจะนอนเล่นโทรศัพท์อยู่ในห้องตลอดเกือบทั้งวันโดยส่วนใหญ่จะเล่นสื่อ Social และมักจะมีอาการตำบุดคอกในสื่ออย่างไม่มีสาเหตุอยู่บ่อยครั้ง อาการปัจจุบัน ผู้ป่วย ID 14 ทำที่ไม่สงบ นั่งไม่นิ่ง ถามตอบเป็นคำสั้นๆ หวนๆ ตรงประเด็น ปฏิเสธหูแว่วหรือเห็นภาพหลอน การทำกิจวัตรประจำวันสามารถทำได้เองแต่ต้องกระตุ้นอยู่บ่อยครั้ง มักมีปากเสียงกับคุณตาและน้องชายอยู่บ่อยครั้ง

ผู้ให้ข้อมูล ID 15 เป็นหญิงสูงวัยอายุ 74 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีลูกสาว 2 คน ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร มีเพียงเงินที่ได้จากสวัสดิการของรัฐสวัสดิการและบางครั้งก็ได้รับเงินจากลูกสาวคนที่ 2 โดยความสัมพันธ์กับผู้ป่วยนั้นเป็นมารดา ปัจจุบันอาศัยอยู่ในพื้นที่บ้านของลูกสาวคนที่ 2 ร่วมกับผู้ป่วยและลูกของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูล ID 15 เล่าว่า ตนเองรู้สึกกลัวต่อการที่อยู่กับผู้ป่วย โดยดูจากข่าวแล้วนั้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูล ID 15 ต้องคอยเก็บอุปกรณ์มีคมอยู่เสมอ โดยผู้ให้ข้อมูล ID 15 เล่าว่า เคยมีเหตุการณ์ในอดีตที่ผู้ป่วยเคยกระทำคือ ผู้ป่วยเคยใช้มีดปลอกผลไม้ปาดคอหลานซึ่งเป็นลูกของลูกสาวคนเล็ก (ไม่เสียชีวิต) เพราะมีเสียงหูแว่วสั่งให้ทำ จากเหตุการณ์นั้นยิ่งทำให้ลูกทั้งสองไม่ลงรอยกัน เป็นผลทำให้ผู้ให้ข้อมูล ID 15 มีความกังวลใจเป็นอย่างยิ่ง ว่าหากตนเองต้องจากโลกนี้ไป จะมีใครดูแลผู้ป่วยแทนตนเองหรือไม่

ผู้ป่วย ID 15 เพศหญิง อายุ 60 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สถานภาพหย่าร้าง มีบุตรชาย 1 คน เริ่มมีอาการทางจิตเวชหลังจากคลอดบุตรชายตอนอายุ 28 ปี หลังพบว่าสามีของตนนั้นได้นอกใจไปมีผู้หญิงอื่น ผู้ป่วยไม่ยอมให้นมบุตร ต่ำหายบคาย และแก้ผ้าเดินออกนอกบ้าน ต่อมาได้มีการพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี ก่อนที่มารดาจะรับมาดูแลเองและย้ายสิทธิ์การรักษามารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในกทม.แทน โดยการมาแต่ละครั้งจะต้องมีการพบนักสังคมสงเคราะห์เพื่อขออนุญาตเรื่องค่าใช้จ่ายการรักษา ส่วนเกินอยู่เสมอ ปัจจุบัน สีหน้าเรียบเฉย ทำที่สงบ ถามตอบตรงประเด็น ปฏิเสธอาการหูแว่วภาพหลอน ช่วยเหลือกิจวัตรดูแลช่วยเหลือตนเองได้

ผู้ให้ข้อมูล ID 16 เพศหญิง อายุ 51 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ภูมิลำเนาเดิมเป็นคนจังหวัดขอนแก่น ปัจจุบันประกอบอาชีพเป็นพนักงานทำความสะอาด

สะอาดในมูลนิธิแห่งหนึ่งใน กทม. มีบุตรชาย 2 คน โดยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นมารดา
ดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่เกิด โดยผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชตั้งแต่อายุ 19 ปีหลังจากที่
พบว่าผู้ป่วยแอบเสพยาบ้าร่วมกับเพื่อนในมหาวิทยาลัย จนมีอาการหลอน และต่อมาอีก 4 ปี ก็ได้รับ
การวินิจฉัยใหม่ว่าเป็น จิตเภท โดยเหตุการณ์ที่เป็นพฤติกรรมรุนแรงที่สุดในความทรงจำของ ผู้ให้
ข้อมูล ID 16 คือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว หวาดระแวง และใช้มีดสปาด่าไปฟันที่หน้าของ
คู่กรณี เพราะหน้าคล้ายคู่กรณีเก่าที่เคยมีปัญหาไม่ลงรอยกันเรื่องส่วนแบ่งของยาบ้า จนถูกเรียกร้อง
ค่าเสียหายหลายแสนบาท อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูล ID 16 นั้นก็ไม่มีเงินเก็บมากพอที่จะนำเงิน
ดังกล่าวไปชดใช้คู่กรณี จึงคิดว่าคงต้องปล่อยให้ผู้ป่วยถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย ภายหลังเข้ารับการ
รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในกทม. ผู้ให้ข้อมูล ID 16 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการ
ทางกฎหมายจากหน่วยงานนิติจิตเวช ทำให้สามารถประนีประนอมกับคู่กรณีได้ในที่สุด ณ ปัจจุบัน
ผู้ป่วยมีอาการที่สงบขึ้นมากในช่วง 3 เดือนหลังจากนี้ ผู้ให้ข้อมูล ID 16 ให้ข้อมูลว่า ตนรู้สึกสบายใจ
อย่างยิ่งต่ออาการในปัจจุบันของผู้ป่วย

ผู้ป่วย ID 16 เพศชาย อายุ 32 ปี ว่างาน สถานภาพหย่าร้าง มีบุตรสาวกับภรรยาเก่า 1 คน
โดยในปัจจุบัน ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่สงบ ท่าที่เป็นมิตร น้ำเสียงสัมพันธ์กับเรื่องที่เล่า ปฏิเสธอาการ
หูแว่วภาพหลอน ปฏิเสธการใช้ยาเสพติด แต่ยังคงมีการใช้บุหรี่อยู่โดยสูบบุหรี่ประมาณวันละ 10 – 20 มวต่อ
วัน

ตารางที่ 7 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 16 ราย ระยะเวลาครั้งละไม่เกิน 60 นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล	วันที่สัมภาษณ์	เวลาที่สัมภาษณ์	ระยะเวลาที่สัมภาษณ์	สถานที่
ID 1	20 /ก.ค./66	9.50 – 10.30 น.	40 นาที	OPD ห้องตรวจ 12
ID 2*	20/ ก.ค./66	11.05 – 12.04 น.	59 นาที	OPD ห้องตรวจ 11
ID 3	24/ก.ค./66	9.50 – 10.34 น.	44 นาที	OPD ห้องตรวจ 11
ID 4	24/ก.ค./66	10.44 – 11.35 น.	51 นาที	OPD ห้องตรวจ 11
ID 5	25/ก.ค./66	10.12 – 11.10 น.	58 นาที	OPD ห้องตรวจ 12
ID 6	26/ก.ค./66	9.45 – 10.31 น.	46 นาที	OPD ห้องตรวจ 11
ID 7*	26/ก.ค./66	10.33 – 11.25 น.	52 นาที	OPD ห้องตรวจ 11
ID 8	26/ก.ค./66	11.32 – 12.14 น.	42 นาที	OPD ห้องตรวจ 12
ID 9	27/ก.ค./66	10.30 – 11.19 น.	49 นาที	OPD ห้องตรวจ 11
ID 10	27/ก.ค./66	11.22 – 12.06 น.	44 นาที	OPD ห้องตรวจ 11
ID 11	3/ส.ค./66	9.50 – 10.37 น.	47 นาที	OPD ห้องตรวจ 11
ID 12	3/ส.ค./66	10.45 – 11.21 น.	41 นาที	OPD ห้องตรวจ 12
ID 13*	4/ส.ค./66	8.42 – 9.20 น.	38 นาที	OPD ห้องตรวจ 11
	7/ส.ค./66	9.00 – 9. 20 น.	20 นาที	ทางโทรศัพท์
ID 14	4/ส.ค./66	9.45 – 10.26 น.	41 นาที	OPD ห้องตรวจ 11
ID 15	4/ส.ค./66	10.33 – 11.24 น.	51 นาที	OPD ห้องตรวจ 12
ID 16	4/ส.ค./66	11.28 – 12.08 น.	40 นาที	OPD ห้องตรวจ 11

หมายเหตุ * ผู้ให้ข้อมูลที่ช่วยการตรวจสอบข้อมูล (Member checking)

ตารางที่ 8 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	ข้อความ	การใช้รหัส
1	เขานอนไม่หลับ ตัวเองก็คือนอนไม่ได้	ID1P7L19-21
2	ต้องตื่นมาคิดว่า เขาทำอะไรบ้าง หลับๆตื่นๆ เลยไม่ได้นอนไปด้วย	ID1P7L22-23
3	ก็พยายามให้เขาท้องนะโม พุทโธ พุทโธ	ID1P7L11-12
4	ครอบครัวใหญ่ไม่มีความเป็นส่วนตัว เลยแยกตัวออกมา	ID1P3L27
5	ถ้าเขามีอาการ คนในบ้านจะได้ไม่เห็น เพราะว่าไม่ยอมให้ใครรู้	ID1P4L2-3
6	แยกกันอยู่สักพักหนึ่ง ถ้าไม่ดีขึ้น	ID1P5L1-2
7	อาการเขาดีขึ้น ก็กลับมาขอโทษ	ID1P5L5
8	ให้อภัยไว้ก่อน แล้วก็ดูว่าจะเป็นอีกไหม	ID1P5L14
9	ทะเลาะกัน มีการตบตี	ID1P5L7
10	ถ้าขาดผู้ดูแลหลักไปคงไม่รู้จะไปไหน อาจจะฆ่าตัวตาย	ID1P5L19-20
11	อาจจะหย่าร้างกันถ้าอาการไม่ดี	ID1P5L23
12	พยายามทำให้เป็นปกติ	ID1P6L5
13	ตั้งขอตกลงร่วมกัน	ID1P6L10
14	สังครรอบข้างตีตรา	ID1P8L18-19
15	ไม่สนใจ ที่ถูกมอง	ID1P8L19
16	อาการกำเริบมากขึ้นกว่าเดิม	ID1P3L20
17	ต้องการความเป็นส่วนตัว	ID1P3L26
18	รู้สึกโมโหผู้ป่วย	ID2P5L1-2
19	ช่วงที่ผู้ป่วยเป็นแรก ๆ รู้สึกเครียด	ID2P2L21-22
20	เครียดเรื่องค่าใช้จ่าย	ID2P5L5
21	ต้องคอยแบ่งรับแบ่งสู้	ID2P6L10-11
22	โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเมื่อออกนอกบ้าน	ID2P6L14
23	เป็นเวอร์กรรมที่ตนเคยทำมา	ID2P8L22
24	กล่าวโทษตัวเอง	ID2P2L28
25	ถูกคนรอบข้างกล่าวโทษ	ID2P8L19
26	เหนื่อยล้าที่ต้องดูแลผู้ป่วย	ID2P8L25
27	หยุดงานเพื่อคอยสังเกตอาการผู้ป่วย	ID2P4L22
28	ต้องหยุดงานอยู่บ่อยครั้ง	ID2P4L23

ตารางที่ 8 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	ข้อความ	การใช้รหัส
29	เตรียมอุปกรณ์ผู้ก้มตัวผู้ป่วย	ID2P5L6
30	ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด อาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย	ID2P5L17
31	ถ้าปล่อยผู้ป่วยไปก็จะเป็นภาระของสังคม	ID2P5L18
32	ผู้ป่วยเป็นเหมือนของขวัญในชีวิต	ID2P5L18-19
33	ฝึกใช้งานSocial media เพื่อติดตามผู้ป่วย	ID2P6L15
34	ติดตามผู้ป่วย คอยจดเบอร์โทรแปลก ๆ	ID2P6L16
35	เสียใจที่ถูกผู้อื่นตีตรา	ID2P8L21
36	ขอความช่วยเหลือจากญาติ ในช่วงที่ป่วยช่วงแรก	ID2P4L26
37	ใช้วิธีการรุนแรงจัดการพฤติกรรมผู้ป่วย	ID2P6L20
38	ตั้งข้อตกลงการเสพสารเสพติดร่วมกับผู้ป่วย	ID2P3L11-12
39	ผู้ป่วยเป็นคนดี หากอาการทางจิตสงบ	ID2P7L14-15
40	อยากให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น	ID2P1L10
41	ทะเลาะวิวาทกับผู้ป่วย	ID2P1L15
42	ได้รับลูกหลงจากการห้ามผู้ป่วย	ID2P1L18-19
43	ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม	ID2P1L21
44	ผู้ป่วยพูดหยาบคายใส่ผู้ดูแลหลัก	ID2P1L22
45	เหนื่อยที่ต้องทะเลาะกับผู้ป่วย	ID2P8L17
46	ยอมรับอาการป่วย ถ้าใครมีประสบการณ์คล้ายกันยินดีช่วยเหลือ	ID2P8L20-21
47	พยายามหลีกเลี่ยงการปะทะ	ID3P1L2
48	รับรู้ว่าห้ามผู้ป่วยไม่ได้	ID3P5L29
49	พยายามพูดดีกับผู้ป่วยช่วงที่มีพฤติกรรมรุนแรง	ID3P5L8
50	ต้องยอมผู้ป่วยในบางครั้ง ไม่ขัดใจ	ID3P5L9 – 10
51	สังเกตเห็นว่า ผู้ป่วยเก็บรวบรวมอาวุธไว้	ID3P2L25
52	หน้าที่การดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของแม่	ID3P6L24
53	ยอมเสียเงินเยอะขึ้นกับยานอกบัญชียาหลักที่ใช้แล้วได้ผลดี	ID3P3L26
54	เครียดจนนอนร้องไห้คนเดียว	ID3P4L7-8
55	ปัญหาจะจบลงถ้าตนเองตายไป	ID3P4L13
56	เครียดเรื่องค่าใช้จ่ายและการรักษา	ID3P4L10

ตารางที่ 8 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	ข้อความ	การใช้รหัส
57	ท้อจนอยากยอมแพ้	ID3P5L10
58	เสียใจที่ต้องบังคับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล	ID3P7L22-23
59	กลัวว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมรุนแรงเหมือนในข่าว	ID3P3L3
60	กลัวผู้ป่วยจะไปทำร้ายคนอื่นหรือคนอื่นทำร้ายผู้ป่วย	ID3P3L16 -17
61	อยากให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองกลับมาใช้ชีวิตทำงานได้เหมือนเดิม	ID3P5L24
62	อาการทางจิตหนักขึ้นเพราะผู้ป่วยอดนอน กินเหล้า และขาดยา	ID3P2L5
63	เครียดจนปิดกั้นความรู้สึก	ID3P4L8
64	ถูกผู้ป่วยไล่ให้ไปนอนข้างบ้าน	ID4P5L10
65	อาการผู้ป่วยไม่คงที่จนไม่ได้นอนหลับ	ID4P5L13
66	กลัวผู้ป่วยจะฆ่าตนเอง	ID4P5L15-16
67	ต้องคอยทำตามคำร้องขอของผู้ป่วย	ID4P9L22
68	ไม่ได้นอน ทั้งเดือน	ID4P5L13
69	คิดว่าผู้ป่วยไม่มีทางหายเป็นปกติได้	ID4P14L19
70	ห้ามผู้ป่วยเสพยาไม่ได้	ID4P14L22
71	อาการเดี๋ยวดีเดี๋ยวร้าย	ID4P14L18
72	มีปัญหาด้านการเงิน	ID4P10L15
73	กังวลว่าผู้ป่วยจะลำบากหลังจากที่ผู้ดูแลหลักตาย	ID4P12L16
74	ไม่มีใครคิดจะรับดูแลผู้ป่วยแทนตน	ID4P12L18-19
75	อาการของผู้ป่วยเป็นปัญหากับคนรอบข้าง	ID4P13L18-19
76	ขอความช่วยเหลือจากตำรวจเมื่อผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง	ID4P13L21
77	คนรอบข้างกลัวผู้ป่วยอาละวาด	ID4P13L22
78	ผู้ดูแลหลักไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย	ID4P14L1-2
79	รู้สึกสงสารผู้ป่วย	ID4P13L20
80	หนีไปอยู่บ้านผู้อื่นเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง	ID4P5L16
81	ขัดใจผู้ป่วยไม่ได้ มักมีพฤติกรรมรุนแรงบ่อยครั้ง	ID4P2L10
82	ผู้ป่วยทุพหลังคาบ้านผู้อื่น	ID4P2L19-20
83	เมื่ออาการสงบ ผู้ป่วยช่วยดูแลนวดขาให้ผู้ดูแลหลัก	ID4P6L17-18
84	ทำท่าเอามือตี ตาหลบหัน	ID4P12L20

ตารางที่ 8 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	ข้อความ	การใช้รหัส
85	ผู้ป่วยได้รับทั้งยารับประทาน ยาฉีด แต่อาการไม่ดีขึ้น เข้ารับการรักษาหลายที่	ID5P1L12-13
86	รู้สึกกลัวผู้ป่วยทำร้าย	ID5P5L19-20
87	เลือกวิธีการรักษาโดยใช้แพทย์ทางเลือก	ID5P10L4-5
89	สรรหาวิธีทำอย่างไรให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ	ID5P4L13
90	รู้สึกอับอายจากพฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วยในที่สาธารณะ	ID5P2L3
91	ออกจากโรงพยาบาลได้ไม่นาน แล้วมีอาการกำเริบซ้ำ	ID5P2L12-13
92	ดู เพื่อเรียกสติผู้ป่วย	ID5P2L3-4
93	กังวลหากต้องเดินทางออกจากบ้าน ไม่กล้าให้ผู้ป่วยอยู่บ้านลำพัง	ID5P2L13
94	ต้องพาผู้ป่วยไปด้วยทุกที่	ID5P8L5-6
95	ถูกผู้ป่วยพูดตะคอกใส่	ID5P3L16-17
96	ผู้ป่วยหงุดหงิด แม้ว่าจะพยายามจะพูดดีด้วย	ID5P10L21-22
97	พยายามใจเย็นกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย	ID5P11L2-3
98	ผู้ดูแลหลักต้องคอยดูแลกิจวัตรประจำวันในทุกๆด้าน	ID5P4L10-11
99	สังคนรอบข้างกลัวว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ	ID5P4L20-21
100	อยากให้ผู้ป่วยมีงานทำ แต่ไม่มีใครรับเข้าทำงาน	ID5P9L24-25
101	อดหลับอดนอน จนปวดหัว	ID5P10L20-22
102	ผู้ป่วยตื่นกลางดึกบ่อยครั้ง	ID5P7L20-22
103	ต้องดูแลผู้ป่วยเพราะเป็นสัญญาตามกฎหมายของคนเป็นแม่	ID5P9L10-11
104	หากไม่ดูแลผู้ป่วยอาการของผู้ป่วยจะยิ่งแย่ลง	ID5P9L20-21
105	กลัวโทษผู้ป่วยที่ทำให้ชีวิตของตนลำบาก	ID5P9L17
106	รู้สึกเครียดอยากให้ผู้ป่วยหายดี	ID5P11L8
107	เครียดกับการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง	ID5P11L10-11
108	อยากหนีปัญหาโดยการฆ่าตัวตาย	ID5P11L8-10
109	พูดข่มขู่ให้ผู้ป่วยอาการสงบลง	ID5P2L7
110	ทำข้อตกลงการใช้ยาเสพติดร่วมกับผู้ป่วย	ID5P2L18-19
111	ผู้ป่วยขโมยเสื้อผ้าไปขาย เอาเงินมาซื้อเหล้าดื่ม	ID5P2L25
112	อยู่ดูแลผู้ป่วยทั้งวันจนรู้สึกเครียด	ID6P2L14-15

ตารางที่ 8 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	ข้อความ	การใช้รหัส
113	เครียดจนเพลอพูดเสียงดังใส่ผู้ป่วย	ID6P2L21-22
114	ฝึกสมาธิ เพื่อผ่อนคลายความเครียด	D6P12L2-3
115	ส่งสารผู้ป่วยที่เป็นเช่นนี้	ID6P7L14-15
116	รู้สึกยินดีที่จะดูแลผู้ป่วย	ID6P12L17
117	ไม่สนใจว่าใครคิดกับตัวผู้ดูแลหลักอย่างไร	ID6P12L21-22
118	รู้สึกยินดีที่ดูแลผู้ป่วยแทนมารดา	ID6P13L5-8
119	ไม่เคยคิดรังเกียจผู้ป่วย อยากดูแลเพราะผู้ป่วยเป็นคนดี	ID6P9L22
120	ให้คำมั่นสัญญาต่อมารดาที่จะดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต	ID6P10L3-5
121	อยากให้มารดาได้พักผ่อน จึงรับปากที่จะดูแลผู้ป่วยต่อ	ID6P10L7-8
122	ดูแลผู้ป่วยด้วยตัวคนเดียว	ID6P10L10
123	คิดว่าปัญหาที่เผชิญนั้นเกิดจากเวรกรรม	ID6P12L6-8
124	สังครรอบข้างกีดกันผู้ป่วยและผู้ดูแลออกจากสังคม	ID6P13L19-21
125	ผู้ดูแลหลักไม่พอใจที่ผู้ป่วยถูกเรียกว่าคนบ้า	ID6P2L8-9
126	พยายามแยกตัวเองออกจากสังคม	ID6P9L4-5
127	เคยถูกผู้ป่วยตวาดและไล่ออกจากบ้าน	ID6P4L18-19
128	พยายามดูแลผู้ป่วยอย่างดี มั่ว่าจะรู้ว่าผู้ป่วยไม่มีทางหายเป็นปกติ	ID6P8L9-10
129	รู้สึกสบายใจช่วงที่ผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ	ID6P1L19-21
130	รู้สึกกลัวพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย	ID6P4L6
131	ท้อแท้ จากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานาน	ID7P7L16-17
132	ต้องดูแลผู้ป่วย ไม่อยากให้เป็นภาระของสังคม	ID7P7L19-20
133	เครียดในช่วงที่ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบ	ID7P7L22
134	เครียดแต่พยายามเงียบเฉย	ID7P8L3-4
135	คิดว่าความทุกข์เดียวมันก็ผ่านไป	ID7P8L6-7
136	ต้องเป็นเสาหลักสำหรับครอบครัว	ID7P8L9
137	รู้สึกผิดหวังในตัวของผู้ป่วย	ID7P9L4-6
138	กังวลหากตนเองตายจากโลกนี้ไปก่อนผู้ป่วย	ID7P9L14-15
139	ถูกเรียกร้องค่าเสียหายจากการที่ผู้ป่วยไปทำร้ายผู้อื่น	ID7P4L16-17
140	กังวลว่าผู้ป่วยจะเอาผิดไปเดือนค่อผู้อื่นซ้ำ	ID7P8L15

ตารางที่ 8 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	ข้อความ	การใช้รหัส
141	อยากให้ผู้ป่วยทำตัวดี ๆ ช่วยดูแลงานบ้าน	ID7P7L1-2
142	ให้ผู้ป่วยถือศีลห้า เพื่อควบคุมพฤติกรรม	ID7P7L4-5
143	ถูกผู้ป่วยกล่าวหาว่าเข้าไปยุ่งวายในพื้นที่ส่วนตัว	ID7P7L11-14
144	ทำข้อตกลงร่วมกับผู้ป่วยในการพามาพบแพทย์	ID7P5L22-24
145	จัดการพฤติกรรมรุนแรงโดยจะให้ไปอยู่สถานสงเคราะห์	ID7P8L15-17
146	คิดว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงคือการอดทนตลอดชีวิต	ID7P9L10-11
147	ผู้ป่วยอาการกำเริบบ่อยในแต่ละปีจนรู้สึกท้อ	ID8P1L21-26
148	รับรู้ว่ามีชีวิตไม่มีทางเลือก ไม่มีใครช่วยเหลือตนได้	ID8P3L18-25
149	ถูกกีดกันให้ใช้รถโดยสารสาธารณะขณะผู้ป่วยมีอาการกำเริบ	ID8P3L1-15
150	ไม่คิดทอดทิ้งกัน รับผิดชอบต่อการเป็นพี่ชาย	ID8P4L11-16
151	พยายามพูดจาด้วยถ้อยคำนุ่มนวลขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง	ID8P5L9-15
152	ผู้ป่วยเป็นซ้าอยู่บ่อยๆเพราะใช้สารเสพติด	ID8P1L21-25
153	ไม่อยากทอดทิ้งผู้ป่วยเกรงว่าจะเป็นการบาปกรรม	ID8P4L11-16
154	เป้าหมายที่ต้องรับดูแลผู้ป่วยมาเนิ่นนาน	ID8P3L18-25
155	ตกเตือนผู้ป่วยเรื่องการใช้สารเสพติดเมื่ออาการทางจิตสงบ	ID8P2L15-18
156	ขอความช่วยเหลือจากมูลนิธิขณะผู้ป่วยอาการกำเริบ	ID8P2L21-22
157	ปล่อยวาง มองว่าความทุกข์ใจอยู่ไม่นาน	ID8P3L1-4
158	สังเกตสัญญาณอันตรายจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง	ID8P2L12-14
159	ให้ความช่วยเหลือ ดูแลด้วยความกรุณา	ID8P5L9-10
160	ต้องใจเย็นขึ้น ไม่แสดงออกซึ่งความรู้สึกโกรธ	ID8P5L14-15
161	ถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจกล่าวหาว่าปล่อยปะละเลย การดูแลผู้ป่วย	ID8P4L24-29
162	เป็นเหมือนผู้ให้คำปรึกษา คอยพูดคุยรับฟังผู้ป่วย	ID9P1L13-22
163	นั่งเฝ้าเพิกเฉยต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย	ID9P3L12-19
164	รับรู้ว่าการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยนั้นเป็นอันตราย ไม่เหมือนที่คาดคิดไว้	ID9P1L23-24
165	รู้สึกกลัวผู้ป่วยเมื่ออาการทางจิตกำเริบ โดยไม่มีสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้น	ID9P3L1-15
166	ดูแลให้ผู้ป่วยสวดมนต์ทำสมาธิก่อนนอนเพื่อให้จิตใจสงบลง	ID9P3L12-19
167	เดิมผู้ดูแลหลักเป็นคนอารมณ์ร้ายแต่ต้องสงบสติตนเองเพื่อลดการปะทะกัน	ID9P3L6-8
168	ยอมรับได้ในความดีของผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะเคยก่อพฤติกรรมรุนแรง	ID9P10L1-8

ตารางที่ 8 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	ข้อความ	การใช้รหัส
169	กลัวผู้ป่วยจะทำร้ายหากอยู่ลำพัง ต้องย้ายกลับเข้ามาอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนมาก	ID9P7L1-5
170	การที่ดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลหลักได้ฝึกการสวดมนต์ทำให้จิตใจสงบขึ้น	ID9P10L1-8
171	ผู้ดูแลหลักมีการวางข้อตกลงร่วมกับผู้ป่วยเรื่องการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมรุนแรง	ID9P9L20-24
172	คอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น	ID9P5L1-5
173	ถูกผู้ป่วยตำ ตวาดใส่ด้วยถ้อยคำหยาบคาย เสียงดัง	ID9P6L6-11
174	ช่วงที่ผู้ป่วยอาการกำเริบ ผู้ดูแลหลักมีความเครียดมากที่สุด	ID10P7L1-7
175	เครียด กลัวผู้ป่วยจะก่อพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ แล้วไปรบกวนคนอื่น	ID10P9L29-31
176	พยายามหาสถานที่บำบัดผู้ป่วยยาเสพติด แต่มีน้อย หาได้ยาก	ID10P5L8-10
177	พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแพทย์ทางเลือก	ID10P5L14-18
178	คิดว่าเดี๋ยวก็กลับมาอยู่โรงพยาบาลอีก จะพูดอย่างไร ก็เตือนผู้ป่วยไม่ได้	ID10P9L6-11
179	ไม่รู้จะทำอย่างไรดี เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง	ID10P7L4-5
180	ถูกเจ้าหน้าที่ ต่อว่าตนเอง ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมาจากปัญหาในครอบครัว	ID10P8L12-16
181	ถูกผู้ป่วยรีดไถเงินอย่างต่อเนื่อง	ID10P2L28-30
182	ถูกผู้ป่วยตำว่าด้วยคำหยาบคายแม้ปกติจะไม่เคยพูดมาก่อน	ID11P3L15-19
183	นอนไม่หลับ เพราะผู้ป่วยมักตื่นมาร้องตะโกนตอนดึก	ID11P3L21-24
184	ไม่คิดจะถอดทิ้งผู้ป่วย เป็นหน้าที่ของพี่สาว	ID11P3L1-12
185	คิดถึงคำสั่งเสียของแม่ก่อนเสียชีวิต จึงต้องดูแลผู้ป่วย	ID11P8L16-21
186	ทำใจไม่ได้ หากให้ผู้ป่วยไปอยู่สถานสงเคราะห์	ID11P8L11-15
187	ไม่เคยคิดจะปรึกษาใคร เพราะคิดว่าไม่มีใครช่วยได้	ID11P6L26-30
188	รู้สึกว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีนกระทบต่อการดำเนินชีวิต	ID11P6L16-19
189	รับรู้ว่าคุณป่วยเป็นจิตเภทมานาน มีแต่อาการจะเสื่อมถอยลง ไม่มีทางที่ดีขึ้นได้	ID11P8L1-10
190	ถูกทำร้ายร่างกาย ขณะผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง	ID12P4L12-15
191	ผู้ดูแลหลักไม่คิดว่าจะถูกทำร้าย แต่ด้วยอายุที่มากขึ้นจึงสู้แรงไม่ไหว	ID12P3L7-11
192	เหนื่อยล้าที่ต้องพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่บ่อยครั้ง	ID12P9L6-9

ตารางที่ 8 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	ข้อความ	การใช้รหัส
193	โกรธ และไม่อดทนต่อการถูกทำร้ายร่างกาย จนตอบกลับด้วยวิธีรุนแรง	ID12P7L9-14
194	ขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างหากตนเองไม่สามารถจัดการได้	ID12P8L12-16
195	ผู้ป่วยเผาบ้าน และทำลายข้าวของ จนผู้ดูแลหลักเกิดโทสะ	ID12P3L16-23,P4L1-6
196	รู้สึกโกรธจนไม่อยากเป็นผู้ดูแลหลักอีกต่อไป	ID12P6L1-4
197	เบื่อหน่ายที่ต้องดูแลผู้ป่วย แต่ต้องอดทนเพราะคำขอร้องของมารดา	ID12P6L1-4
198	ถูกผู้ป่วยตำท้อขณะพามาโรงพยาบาล	ID12P4L12-15
199	ทำข้อตกลงร่วมกับผู้ป่วยมิให้ก่อพฤติกรรมรุนแรงกับผู้สูงอายุในครอบครัว	ID12P4L16-20
200	รู้สึกให้อภัยเมื่อผู้ป่วยมาขอโทษตนในช่วงที่อาการทางจิตสงบ	ID12P6L1-3
201	ผู้ป่วยเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย จึงอยากที่จะหายเป็นปกติ	ID12P8L22-23
202	ขณะผู้ดูแลหลักเข้าไปห้ามปรามผู้ป่วย ถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วยโดยไม่ตั้งใจ	ID13P2L24-29
203	ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านขณะผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ	ID13P2L24-29
204	ได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา	ID13P3L8-14
205	ไม่ออกไปขายของ เพื่อหยุดมาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด	ID13P4L7-8
206	ผู้ดูแลหลักนอนไม่หลับในช่วงที่ผู้ป่วยไม่นอนช่วงกลางดึก	ID13P4L 9-11
207	เพิกเฉยต่อผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่ยอมนอนหลับติดต่อกันหลายวัน	ID13P4L12-13
208	พยายามหลีกเลี่ยงการปะทะ ช่มไว้ซึ่งความรู้สึกโกรธ	ID13P4L14-16
209	รู้สึกเบื่อหน่าย ตั้งคำถามต่อการเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย	ID13P4L17-22
210	รู้สึกผูกพันกับผู้ป่วย อยู่ด้วยกันแล้วรู้สึกไม่โดดเดี่ยว	ID13P4L17-26
211	พยายามหาแนวทางการรักษาทางเลือก แม้ว่าจะรู้ว่า เป็นเพียงการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วยก็ตาม	ID13P5L12-22
212	ถูกบุคลากรทางการแพทย์ ตำหนิถึงการเลี้ยงดูบุตร	ID13P3L1-3
213	สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าเดินทางที่เยอะ เพราะอาการกำเริบบ่อย	ID13P3L8-14
214	การเป็นผู้ดูแลหลักต้องใช้ความอดทนระงับความโกรธมากกว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัว	ID14P4L12-17
215	รู้สึกสงสารผู้ป่วยที่เป็นเช่นนี้ อยากดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด	ID14P5L1-3
216	รู้สึกเหนื่อยล้าที่ผู้ป่วยอาการกำเริบอยู่บ่อยครั้ง	ID14P5L4-12

ตารางที่ 8 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	ข้อความ	การใช้รหัส
217	ข้อแก้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยมาเป็นนาน	D14P6L14-15
218	ต้องหยุดขายของในช่วงที่ผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบ โดยเกรงว่าลูกค้าจะตื่นกลัว	ID14P5L15-20
219	รู้สึกสิ้นหวังที่ผู้ป่วยไม่ได้เรียนหนังสือต่อจนจบมาจึงงานทำตามผู้ดูแลหลักคาดหวัง	ID14P7L11-20
220	เมื่อสิ่งเหตุถึงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เช่นพูดคนเดียว จะหลีกเลี่ยงการพาไปในที่สาธารณะ	ID14P6L15-20
221	ถูกผู้ป่วยต่ออย่างไม่มีสาเหตุน่า แม้ว่าก่อนหน้านี้ผู้ป่วยจะยังอารมณ์ดี	ID14P4L12-17
222	นึกถึงช่วงเวลาผู้ป่วยอาการสงบแล้วรู้สึกมีความสุข	ID14P6L18-19
223	ถูกผู้ป่วยบีบคอโดยไม่มีสาเหตุน่า	ID14P3L12-15
224	ตรวจสอบการรับประทานยาอย่างเข้มงวด เพราะได้รับคำแนะนำจากร.พ.	ID14P3L21-23
225	ระแวงว่าผู้ป่วยจะก่อพฤติกรรมรุนแรงอีกเมื่อไหร่ ไม่อยากให้เกิดอันตรายต่อตนเองและคนอื่นๆในครอบครัว	ID14P3L11-16
226	คาดเดาอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ยาก ไม่รู้ว่าจะเกิดอันตรายต่อตนเองในวันใด	ID15P2L7-13
227	หลีกเลี่ยงการออกนอกบ้าน กังวลว่าผู้ป่วยจะก่อเหตุรุนแรงซ้ำ	ID15P3L14-18
228	ต้องการที่จะดูแลผู้ป่วยไปตลอดชีวิตหากตนสามารถทำได้	ID15P7L1-6
229	กลัวว่าผู้ป่วยจะทำอันตรายตนเองและบุคคลในครอบครัว	ID15P7L7
230	จัดเก็บอุปกรณ์ของมีคม กลัวว่าจะเกิดอันตรายตามที่เกิดขึ้นในสื่อต่างๆ	ID15P3L19-20
231	รับรู้ว่ามีสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นจัดการไม่ได้ ต้องปล่อยวางความวิตกกังวลลง	ID15P3L14-16
232	การดูแลผู้ป่วยเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ	ID15P3L18
233	ผู้ดูแลเลือกที่จะเก็บความรู้สึกของตนเองไว้ คิดว่าไม่มีใครเข้าใจตนเอง	ID15P5L20-24,P6L1-7
234	ผู้ดูแลหลักถูกเรียกร้องค่าเสียหาย จากเหตุการณ์รุนแรงที่ผู้ป่วยได้กระทำกับบุคคลอื่น	ID16P2L20-26
235	กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องขอใช้คู่มือ หากไม่สามารถหามาได้จะยอมให้ผู้ป่วยติดคุก	ID16L4P19-28
236	กังวลกลัวว่าผู้ป่วยจะก่อเหตุรุนแรงซ้ำ	ID16P2L20-26

ตารางที่ 8 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	ข้อความ	การใช้รหัส
237	ในช่วงที่ผู้ป่วยนั้นก่อเหตุรุนแรงผู้ดูแลหลักมักจะรู้สึกเครียดอยู่เสมอ	ID16P2L27-29
238	สูญเสียรายได้จากการต้องหยุดทำงานที่รับไว้ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ	ID16P3L1-4

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์

ID 1 วันที่ 20/ก.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1.การรับรู้ผลกระทบ	1.1 ปัญหาด้านสุขภาพ - นอนไม่หลับ - ถูกทำร้ายร่างกาย 1.2 ด้านสังคม - แยกออกมาเป็นส่วนตัว - ถูกตีตรา
2.การจัดการพฤติกรรมรุนแรง	2.1 วิธีการจัดการ: สวดมนต์ 2.2 เพิกเฉย 2.3 ตั้งข้อตกลงร่วมกัน
3 การรับรู้เชิงบวก	3.1 ผูกพัน 3.2 ความรับผิดชอบต่อการเป็นผู้ดูแล

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 2 วันที่ 20/ ก.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1.การรับรู้ผลกระทบ	1.1 ผลกระทบด้านจิตใจ - โกรธ - เครียด - เศร้า - ถูกตวาด/ด่าทอยาคาย 1.2 ผลกระทบด้านร่างกาย:

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
	<ul style="list-style-type: none"> - เหนื่อยล้า - ถูกทำร้ายร่างกาย 1.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ <ul style="list-style-type: none"> - หยุดงาน
2. การรับรู้เชิงลบ	2.1 คิดว่าเป็นเวรกรรม 2.2 กล่าวโทษตัวเอง
3.การจัดการพฤติกรรมรุนแรง	3.1 จัดเก็บสิ่งแหวดล้อมให้ปลอดภัย 3.2 คอยติดตามผู้ป่วย 3.3 ขอความช่วยเหลือ 3.4 ใช้วิธีรุนแรง 3.5 ตั้งข้อตกลงการใช้ยาเสพติด
4.การรับรู้เชิงบวก	4.1 การรับผิดชอบต่อหน้าที่ 4.2 นึกถึงสิ่งดีที่ผู้ป่วยทำ 4.3 ยอมรับในตัวของผู้ป่วย

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 3 วันที่ 24/ก.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1.การจัดการพฤติกรรมรุนแรง	1.1 ประณีประนอม 1.2 จัดสิ่งแหวดล้อมให้ปลอดภัย 1.3 แสวงหาการรักษา
2.การรับรู้เชิงบวก	2.1 รับผิดชอบต่อหน้าที่การเป็นผู้ดูแลหลัก 2.2 หวังว่าอาการทางจิตจะดีขึ้น
3.การรับรู้ผลกระทบ	3.1 ผลกระทบด้านจิตใจ <ul style="list-style-type: none"> - ซึมเศร้า - เครียด - ท้อแท้ - วิตกกังวล - กดทับความรู้สึก 3.2 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
	- ค่ายรักษา - หยุดงาน
4.การรับรู้เชิงลบ	4.1 หวาดกลัว

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 4 วันที่ 24/ก.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1.การตีความของการเป็นผู้ดูแลหลัก	1.1 อาการผู้ป่วยไม่คงที่ 1.2 ยากในการหาทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น 1.3 เป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเอง
2.การรับรู้ผลกระทบ	2.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ - กลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้น - รู้สึกท้อแท้ต่อปัญหา 2.2 ผลกระทบทางด้านร่างกาย - นอนไม่หลับ - ถูกทำร้ายร่างกาย 2.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ - หยุดงาน 2.4 ผลกระทบด้านสังคม - สังคมรอบข้างกีดกัน
3.การรับรู้เชิงบวก	3.1 รับผิดชอบต่อหน้าที่การเป็นผู้ดูแลหลัก 3.2 การดูแลด้วยความกรุณา 3.3 การรับรู้สิ่งดีๆที่ผู้ป่วยทำ
4.การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย	4.1 การแสวงหาการรักษาแบบต่างๆ

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 5 วันที่ 25/ก.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1.การจัดการพฤติกรรม	1.1 การแสวงหาการรักษาแบบต่างๆ

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
รุนแรงของผู้ป่วย	1.2 การเรียกสติ 1.3 การประณิประณอม 1.4 ควบคุมอารมณ์โกรธ 1.5 ดุ/ชู้ 1.6 ตั้งข้อตกลงการใช้สารเสพติด
2.การรับรู้ผลกระทบ	2.1 ผลกระทบด้านสังคม - อับอาย - ถูกสังคมตีตรา 2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ - กังวล - ท้อแท้ - เบื่อหน่าย - เครียด 2.3 ผลกระทบด้านร่างกาย - ปวดศีรษะ - นอนไม่หลับ 2.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ - ถูกขโมยของ
3.การรับรู้ในเชิงบวก	3.1 การรับผิดชอบต่อหน้าที่การเป็นผู้ดูแล

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 6 วันที่ 26/ก.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1 การรับรู้ผลกระทบ	1.1 ผลกระทบด้านจิตใจ - เครียด - ถูกตำ/ถูกขี้ไล่ - หวาดกลัวอันตราย 1.2 ผลกระทบด้านสังคม - ถูกคนรอบข้างกีดกัน - ถูกตีตรา

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
2 วิธีการจัดการความรู้สึก ของตนเอง	2.1 สวดมนต์ทำให้จิตใจสงบ 2.2 คิดว่าเป็นเพราะเวรกรรม
3 การตีความประสบการณ์	3.1 ยินดีที่จะดูแลผู้ป่วย
4 การรับรู้เชิงบวก	4.1 รับผิดชอบต่อหน้าที่ผู้ดูแลหลัก 4.2 นึกถึงสิ่งที่ดีที่ผู้ป่วยทำในช่วงที่อาการสงบ
5.วิธีการจัดการพฤติกรรม รุนแรงของผู้ป่วย	5.1 หลบหนี

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 7 วันที่ 26/ก.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1.การตีความประสบการณ์	1.1 เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายต่อชีวิต 1.2 การต่อสู้ที่ต้องอดทนตลอดชีวิต
2 การรับรู้ผลกระทบ	2.1 ผลกระทบด้านจิตใจ - ท้อแท้/สิ้นหวัง - เครียด - ถูกด่าทอ 2.2 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ - ถูกเรียกรื้องค่าเสียหาย
3.วิธีการจัดการความรู้สึก ของตนเอง	3.1 คิดว่าเป็นเวรกรรม 3.2 เก็บความรู้สึกเอาไว้ในใจ
4.การรับรู้เชิงบวก	4.1 การรับผิดชอบต่อหน้าที่การเป็นผู้ดูแลหลัก
5.การจัดการพฤติกรรม รุนแรงของผู้ป่วย	5.1 ให้ผู้ป่วยสวดมนต์/รักษาศีลห้า 5.2 พูดคุยกับผู้ป่วย 5.3 พูดชมเชยผู้ป่วย

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 8 วันที่ 26/ก.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1.การรับรู้ผลกระทบ	1.1 ผลกระทบด้านจิตใจ

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
	<ul style="list-style-type: none"> - ท้อแท้ - เบื่อหน่าย 1.2 ผลกระทบด้านสังคม - ถูกกีดกันจากสังคม - ถูกสังคมตีตรา 2.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ - ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา
2.การตีความประสบการณ์ชีวิต	2.1 ชีวิตที่มีแต่อุปสรรค
3.การรับรู้เชิงบวก	3.1 รับผิดชอบต่อการทำหน้าที่ผู้ดูแลหลัก
4.การจัดการต่อพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> 4.1 ประนีประนอม 4.2 ควบคุมพฤติกรรมการใช้สารเสพติด 4.3 แสวงหาการดูแลผู้ป่วยรูปแบบต่าง ๆ 4.4 คอยสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง 4.5 ดูแลผู้ป่วยด้วยความกรุณา
5.การจัดการต่อความรู้สึกของตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> 5.1 มองว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม 5.2 เลือกที่จะปล่อยวางต่อปัญหาที่เผชิญ 5.3 ควบคุมความรู้สึกโกรธ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 9 วันที่ 27/ก.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1.วิธีการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> 1.1 พุดคุย/รับฟัง 1.2 นิ่งเงียบ เพิกเฉย 1.3 ให้สวดมนต์ทำสมาธิ 1.4 ป้องกันก่อนเกิดอันตราย <ul style="list-style-type: none"> - เปลี่ยนที่อยู่อาศัยกลับมาอยู่ในครอบครัวตัวเอง - จัดเก็บอุปกรณ์ที่อาจเป็นอันตราย 1.5 ทำข้อตกลงร่วมกับผู้ป่วย 1.6 คอยสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
2. ทัศนคติความประสพการณ์ชีวิต	2.1 พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อชีวิต 2.2 ยอมรับต่อทุกสิ่งที่เกิดขึ้น
3. การรับรู้ผลกระทบ	3.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ - หวาดกลัว - ถูกवाद/ต่าหยาบคาย
4. วิธีการจัดการความรู้สึกของตนเอง	4.1 ควบคุมความรู้สึกโกรธ
5. การรับรู้ในเชิงบวก	5.1 นึกถึงสิ่งที่ดีที่ผู้ป่วยเคยได้ทำไว้

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 10 วันที่ 27/ก.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1. การรับรู้ผลกระทบ	1.1 ผลกระทบด้านจิตใจ - เครียด - กังวล 1.2 ผลกระทบด้านสังคม - ถูกตีตรา 1.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ - ถูกผู้ป่วยรีดขอเงิน
2. การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย	2.1 แสวงหาแนวทางการรักษา
3. การทัศนคติความประสพการณ์ชีวิต	3.1 ชีวิตที่ไม่แน่นอนเพิ่มเติมไปด้วยอุปสรรค
4. การจัดการความรู้สึกของตนเอง	4.1 ทำใจ/ปล่อยวาง

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 11 วันที่ 3/ส.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1. การทัศนคติความประสพการณ์	1.1 ยอมรับได้ในสิ่งที่เกิดขึ้น

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
ชีวิต	1.2 ชีวิตที่เต็มไปด้วยอุปสรรค
2. การรับรู้ผลกระทบ	2.1 ผลกระทบด้านจิตใจ - ถูกตำ/ตวาด - เบื่อหน่าย - ยอมแพ้ 2.2 ผลกระทบด้านร่างกาย - นอนไม่หลับ
3. การรับรู้เชิงบวก	3.1 รับผิดชอบต่อการทำหน้าที่ผู้ดูแลหลัก

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 12 วันที่ 3/ส.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1.การรับรู้ผลกระทบ	1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย - ถูกทำร้ายร่างกาย - เหนื่อยล้า 1.2 ผลกระทบทางจิตใจ - เบื่อหน่าย - ถูกผู้ป่วยตำ/ตวาด - ท้อแท้
2. การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย	2.1 ทำร้ายร่างกายผู้ป่วย 2.2 แสวงหาแนวทางการดูแล/ช่วยเหลือ 2.3 ทำข้อตกลงร่วมกับผู้ป่วย
3. การรับรู้ทางบวก	3.1 การรับผิดชอบต่อหน้าที่ผู้ดูแลหลัก 3.2 พยายามนึกถึงสิ่งดีๆที่ผู้ป่วยเคยทำ

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 13 วันที่ 4/ส.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1.การรับรู้ผลกระทบ	1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย - ถูกทำร้ายร่างกาย

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
	<ul style="list-style-type: none"> - นอนไม่หลับ 1.2 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ - หงุดหงิด -แบกรับค่าใช้จ่ายที่สูงในการรักษา 1.3 ผลกระทบด้านจิตใจ -เบื่อหน่าย 1.4 ผลกระทบด้านสังคม -ถูกตีตรา
2.การจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> 2.1 แสวงหาแนวทางการรักษา/ขอความช่วยเหลือ 2.2 เพิกเฉยต่อพฤติกรรมรุนแรง 2.3 ประณิประนอม เลี่ยงปะทะ
3.การจัดการต่อความรู้สึกของตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> 3.1 ไม่แสดงออกซึ่งความรู้สึกโกรธ
4.การรับรู้เชิงบวก	<ul style="list-style-type: none"> 4.1 การรับรู้ถึงความรักความผูกพัน 4.2 พยายามนึกถึงสิ่งดีๆที่ผู้ป่วยทำ

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 14 วันที่ 4/ส.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1.การจัดการความรู้สึกของตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> 1.1 การไม่แสดงออกซึ่งความรู้สึกโกรธ
2.การรับรู้เชิงบวก	<ul style="list-style-type: none"> 2.1 ต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความกรุณา 2.2 พยายามนึกถึงสิ่งดีๆที่ผู้ป่วยเคยทำ
3. การรับรู้ผลกระทบ	<ul style="list-style-type: none"> 3.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย -เหนื่อยล้า -ถูกทำร้ายร่างกาย 3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ - ท้อแท้ -ถูกผู้ป่วยตำหนิ 3.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
	-หยุดงาน/ปิดร้าน
4.การจัดการพฤติกรรม รุนแรงของผู้ป่วย	4.1 การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย 4.2 ตรวจสอบอย่างเข้มงวดขณะผู้ป่วยรับประทานยาทางจิตเวช
5.การตีความประสบการณ์ ชีวิต	5.1 ชีวิตที่เต็มไปด้วยอันตรายอย่างไม่คาดคิด

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 15 วันที่ 4/ส.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1.การตีความประสบการณ์ ชีวิต	1.1 ชีวิตที่เต็มไปด้วยอันตรายอย่างไม่คาดคิด 1.2 อุปสรรคเกิดขึ้นได้เสมอ
2.การรับรู้ผลกระทบ	2.1 ผลกระทบด้านสังคม -แยกตัวออกจากสังคม 2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ - กังวล
3.การรับรู้เชิงบวก	3.1 การรับผิดชอบต่อหน้าที่ผู้ดูแลหลัก
4.การจัดการพฤติกรรม รุนแรงของผู้ป่วย	4.1 เก็บอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย
5.วิธีการจัดการความรู้สึก ของตนเอง	5.1 ปล่องวางสิ่งที่เกิดขึ้น 5.2 กัดทับความรู้สึกไว้ไม่บอกใคร

ตารางที่ 9 ประเด็นหลักและประเด็นรองที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ID 16 วันที่ 4/ส.ค./66

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
1.การรับรู้ผลกระทบ	1.1 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ - ถูกเรียกร้องค่าเสียหาย -หยุดงาน 1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ -กังวล -เครียด
2.การตีความประสบการณ์	ชีวิตที่เต็มไปด้วยอันตรายอย่างไม่คาดคิด

ประเด็นหลัก	ประเด็นรอง
ชีวิต	
3.การรับรู้เชิงบวก	3.1 การรับผิดชอบต่อนหน้าที่ผู้ดูแลหลัก
4.การจัดการความรู้สึกของตนเอง	4.1 คิดว่าเป็นเพราะเวรกรรม

ตารางที่ 10 การตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

วันที่ตรวจ	รายการการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย
13/ธ.ค./65	คณะกรรมการบริหารหลักสูตร พิจารณาอนุมัติหัวข้อและโครงร่างวิทยานิพนธ์ (สังเขป)
11/ก.พ./66	ส่งบทที่ 1-3 ที่ปรับแก้เพิ่มเติมให้อาจารย์ที่ปรึกษา
18/เม.ย./66	ส่งแนวทำถาถามการสัมภาษณ์ พร้อมรับข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
6/พ.ค./66	ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ ลงในระบบ CU-ITHESES
11/พ.ค./66	ส่งเอกสารแนวคำถามการสัมภาษณ์และเครื่องมือการวิจัยแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ
22/พ.ค./66	สรุปข้อเสนอแนะพร้อมทั้งปรับปรุงแนวคำถามการสัมภาษณ์และเครื่องมือการวิจัยแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ
24/พ.ค./66	ส่งเอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
16/มิ.ย./66	รับทราบผลการพิจารณาโครงร่างการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง พร้อมข้อเสนอแนะการปรับแก้ ครั้งที่ 1
22/มิ.ย./66	ดำเนินการส่งโครงร่างการวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการปรับแก้ตามคำแนะนำของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันฯ
4/ก.ค./66	ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันฯ
7/ก.ค./66	ขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
19/ก.ค./66	ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ร่วมกับแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนแจ้งตารางการลงพื้นที่รวบรวมข้อมูล
20/ก.ค./66	ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย รายที่ 1-2
21/ก.ค./66	พบอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ส่งบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล Try-out รายที่ 1-2 เพื่อปรับปรุงแนวคำถาม
24/ก.ค./66	นำแนวคำถามที่ได้รับการปรับปรุงใช้ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

วันที่ตรวจ	รายการการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย
27/ก.ค./66	ส่งบทสัมภาษณ์ (Transcription) รายที่ 1-5 พร้อมทั้งรับฟังข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับเทคนิคการรวบรวมข้อมูลจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
15/ส.ค./66	ส่งบทสัมภาษณ์ (Transcription) แก่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2, 7 และ 13 เพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล (Member checking)
17/ส.ค./66	ส่งบทสัมภาษณ์ (Transcription) ทั้งหมด รวมทั้งส่งการให้รหัส (Coding) ในรายที่ 1-7 พร้อมทั้งรับฟังข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับให้รหัส (Coding) และการจัดกลุ่มข้อมูล (Categories) อีกทั้ง อาจารย์ที่ปรึกษาได้เสนอแนะให้ดำเนินการเขียนประเด็นหลัก (Theme)
25/ ส.ค./66	พบอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับข้อเสนอแนะการจัดกลุ่มข้อมูล (Categories) พร้อมทั้งการค้นหาประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นรอง (Subtheme) ร่วมกับรับฟังข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินการทำบทที่ 4
11/ก.ย./66	ดำเนินการส่งการจัดกลุ่มข้อมูล (Categories) พร้อมทั้งการค้นหาประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นรอง (Subtheme) ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งรับฟังข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษา
26/ก.ย./66	ส่งบทที่4 การวิเคราะห์ข้อมูลแก่อาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งรับฟังข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษา
18/ต.ค./66	ดำเนินการส่งบทที่4 การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตรวจสอบข้อมูลความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) ที่เชี่ยวชาญงานวิจัยเชิงคุณภาพ 3 ท่าน
24/ต.ค./66	ส่งบทที่ 4 ที่ได้รับการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญงานวิจัยเชิงคุณภาพ 3 ท่าน กับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งรับข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
25/ต.ค./66	ส่งบทที่ 1-5 พร้อมทั้งรับข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากอาจารย์ที่ปรึกษา
7/พ.ย./66	ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ในระบบ CU-IThesis
10/พ.ย./66	ส่งบทที่ 1-5 แก่ประธานและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
23/พ.ย./66	สอบวิทยานิพนธ์
13/ธ.ค./66	ส่งเล่มวิทยานิพนธ์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือการวิจัย

รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

อาจารย์ประจำหลักสูตร

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผศ.ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ

อาจารย์ประจำหลักสูตร

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นพ.นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์

จิตแพทย์เชี่ยวชาญ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

น.ส.วิวัฒนภรณ์ พิบูลย์อลักษณ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

นางรัชณี ธนวรรณ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัย

ผศ.ดร.ทวีศักดิ์ กสิผล

คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ดร.วิภาวี เผ่ากันทรากกร

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(ข้าราชการบำนาญ)

นางนาถนภา วงษ์ศีล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบึงน้ำรักษ์

อ.บางน้ำเปรี้ยว จ.ฉะเชิงเทรา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	อริสมันต์ ศิริลาภ
วัน เดือน ปี เกิด	17 กันยายน พ.ศ.2537
สถานที่เกิด	โรงพยาบาลแม่และเด็ก จังหวัดราชบุรี
วุฒิการศึกษา	มัธยมศึกษา : โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ปริญญาตรี : สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1) ปี พ.ศ.2561วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (สมทบคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล) ประวัติการทำงาน พ.ศ.2561 - 2564 พยาบาลวิชาชีพ สาขาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัย พยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พ.ศ.2564 - ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยในชายพัยบหมอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
ที่อยู่ปัจจุบัน	17/1 หมู่ 2 ต.วังไคร้ อ.ท่ายาง จ.เพชรบุรี

i