บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ตัวอย่างที่ศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต และสัมภาษณ์เชิงลึกตัวอย่างขณะอยู่ที่บ้าน คนละ 3 - 4 ครั้งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 - 60 นาที ช่วงระยะเวลาที่ศึกษาเริ่มตั้งแต่ 20 พฤศจิกายน ถึง 20 ธันวาคม 2540 รวม 1 เดือน ผลการศึกษานำเสนอข้อมูลในลักษณะของข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่างและผู้ป่วย นำเสนอด้วยการอธิบาย ประกอบตารางแจกแจงความถี่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระของญาติผู้ดูแล ที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เป็นการนำเสนอข้อมูลซึ่งได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบวิเคราะห์เนื้อหา โดยจัดและรวบรวมเป็นหมวดหมู่และมีข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แสดงให้เห็นถึงที่มาของหมวดหมู่นั้น ๆ สรุปจำนวนคำตอบที่ได้ในแต่ละหมวดหมู่ และนำเสนอสรุปเป็นตารางแจกแจงความถี่

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่างและผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ลักษณะตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (N = 10)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
เพศ	
ชาย	3
หญิง	7
อายุ (ปี)	
21 - 30 ปี	1
31 - 40 ปี	-
41 - 50 ปี	2
51 - 60 ปี	4
61 ปีขึ้นไป	3
ค่าสูงสุด = 79 ปี ค่าต่ำสุด = 24 ปี	
ค่าเฉลี่ย = 59.22 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 21.8	
สถานภาพสมรส	
โสด	1
คู่	4
หม้าย หย่าร้าง	5
ศาสนา	
พุทธ	9
คริสต์	1
อาชีพ	
ทำงานบ้าน	3
เกษตรกรรม	2
รับจ้าง	2
ค้าขาย	1

ตารางที่ 1 ลักษณะตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
รับราชการ รัฐวิสาหกิจ	1
รับราชการบำนาญ	1
การศึกษา	
ประถมศึกษาปีที่ 1 - 6	8
มัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3	-
มัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6	-
ปวส. หรือ อนุปริญญา	1
ปริญญาตรี	1
รายได้รวมของครอบครัว (บาท/เดือน)	
2000 - 3000	5
3001 - 5000	2
5001 - 7000	2
มากกว่า 7001 บาทขึ้นไป	1
ค่าสูงสุด = 9,000 บาท ค่าต่ำสุด = 2,000 บาท	
ค่าเฉลี่ย = 4,600 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2221.11	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
บิดา	2
มารดา	5
ภรรยา	1
สามี	1
พี่น้อง	1
ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล	
สุขภาพแข็งแรง	5
มีปัญหาด้านสุขภาพ	5

ตารางที่ 1 ลักษณะตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
ระยะเวลาที่ให้การดูแล (ปี)	
1 - 5 ปี	3
6 - 10 ปี	4
มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป	3
ค่าสูงสุด = 27 ปี ค่าต่ำสุด = 1.5 ปี	
ค่าเฉลี่ย = 9.25 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.11	

จากการศึกษาลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (ตารางที่ 1) พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาเป็นส่วนใหญ่ (จริยา วิทยะศุภร, 2539 ; จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น, 2536 ; ชนิดา มณีวรรณและคณะ, 2535 ; Greenberg. S. J, 1993) ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมไทยให้การยอมรับ และกำหนดบทบาทของมารดา ให้เป็นผู้ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่ได้ ส่วนความสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น เป็น บิดา สามีนั้นพบเพียงเล็กน้อย อายุของตัวอย่างพบมากที่สุดคือ อยู่ในช่วง 51 - 60 ปี เฉลี่ย 59.22 ปี และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่าร้าง รองลงมาเป็นสถานภาพสมรสคู่ และโสด ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ อาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านเพียงอย่างเดียว ที่เหลือนอกจากนี้มีอาชีพอื่นร่วมด้วย เช่น เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป จากการศึกษาพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ระหว่างชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 นับว่าตัวอย่างมีระยะการศึกษาโดยเฉลี่ยค่อนข้างต่ำคือ 4 ปี และพบว่ามีข้อมูลพื้นฐานบางประการที่น่าจะเป็นปัจจัยเสริมให้ตัวอย่างแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีข้อจำกัด และเกิดความรู้สึกยุ่งยากมากในการดูแล ได้แก่ การมีรายได้เฉลี่ยรวมของครอบครัวค่อนข้างต่ำเป็นส่วนใหญ่คือ 4,600 บาทต่อเดือน พบเพียงหนึ่งรายเท่านั้นที่มีรายได้ของครอบครัวสูงถึง 9,000 บาทต่อเดือน ซึ่งในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบันนี้ อาจถือได้ว่า ครอบครัวของตัวอย่างมีฐานะค่อนข้างยากจน อาจเป็นผลให้ตัวอย่างพบกับปัญหาการให้เวลาในการดูแลผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้ แม้ว่าในปัจจุบันรัฐบาลจะมีนโยบายการลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลจากการที่มีบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล หรือบัตรประกันสุขภาพแล้วก็ตาม แต่การนำผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ยังคงต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีก

เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าจ้างเหมารถ เป็นต้น ตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีสุขภาพในเกณฑ์ดี คือ สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ และครึ่งหนึ่งพบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาและอุปสรรคต่อการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ ประกอบกับระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น และจากการศึกษาระยะเวลาในการให้การดูแลของตัวอย่างพบว่า มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 1.5 - 27 ปี เฉลี่ย 9.25 ปี

ตารางที่ 2 ลักษณะผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
เพศ	
ชาย	9
หญิง	1
อายุ	
21 – 25 ปี	4
26 – 30 ปี	4
มากกว่า 31 ปี ขึ้นไป	2
อายุสูงสุด = 60 ปี อายุต่ำสุด = 21 ปี	
อายุเฉลี่ย = 25.87 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.74	
สถานภาพสมรส	
โสด	7
คู่	3
ศาสนา	
พุทธ	9
คริสต์	1
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาปีที่ 1 - 6	4
มัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6	4
อนุปริญญา	1
ปริญญาตรี	1

ตารางที่ 2 ลักษณะผู้ป่วยจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
อาชีพ (ก่อนป่วย)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6
รับจ้างทั่วไป	2
เกษตรกรรม	2
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	
1 - 5 ปี	3
6 - 10 ปี	4
11 - 15 ปี	-
16 - 20 ปี	1
มากกว่า 21 ปีขึ้นไป	2
ค่าสูงสุด = 27 ปี ค่าต่ำสุด = 1.5 ปี	
ค่าเฉลี่ย = 9.25 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.11	
เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (ครั้ง)	
1 - 5	7
6 – 10	1
มากกว่า 10	2
สูงสุด = 20 ครั้ง ต่ำสุด = 1 ครั้ง	
เฉลี่ย = 5.3 ครั้ง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.03	

ลักษณะผู้ป่วย (ตารางที่ 2) พบว่า ข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 10 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย พบว่ามีเพียงหนึ่งรายเท่านั้นที่เป็นเพศหญิง และเป็นผู้ใหญ่อายุเฉลี่ยเท่ากับ 25.87 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ต่ำสุด 21 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นโสด และอาศัยอยู่กับญาติผู้ดูแลที่เป็นมารดา มีเพียง 3 รายเท่านั้น ที่มีสถานภาพสมรสคู่และอาศัยอยู่กับคู่สมรส ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ พบเพียงหนึ่งรายเท่านั้นที่นับถือศาสนาคริสต์ ระดับการศึกษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีเพียง 2 รายเท่านั้นที่มีการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี และจากการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยบางรายต้องออกจากการ

ศึกษาก่อนกำหนด เนื่องจากมีอาการทางจิตจนเป็นผลให้ไม่สามารถศึกษาต่อได้ ดังนั้น จึงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ประกอบกับอาการทางจิตที่ยังคงปรากฏอยู่ในตัวผู้ป่วย จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลตัดสินใจไม่ให้ผู้ป่วยทำงานหรือประกอบอาชีพใด ๆ แต่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลืองานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เท่านั้น มีผู้ป่วยเพียงบางรายเท่านั้นที่จะไปรับจ้างทำงานนอกบ้านในบางครั้งเมื่ออาการทางจิตสงบลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย อยู่ในช่วง 6 – 10 ปี เฉลี่ย 9.25 ปี เคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 5.3 ครั้ง

4.2 บทบาทการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้ มิได้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาจำนวนของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน แต่เป็นการศึกษาเพื่อที่จะมุ่งหาคำอธิบายเกี่ยวกับการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์นี้ในสังคมไทย โดยเฉพาะสังคมชนบท ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเกี่ยวกับบทบาทของญาติผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย บทบาทการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป ซึ่งเป็นบทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ สวัสดิภาพของบุคคล การดูแลเหล่านี้จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก บทบาทการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเป็นบทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยเพื่อการส่งเสริม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถทำงานและใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคมได้ และบทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นจากภาวะการเจ็บป่วย หรือจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติ

ซึ่งผลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้ข้อสรุปที่ใกล้เคียงกันว่า ญาติผู้ดูแลมีการแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตามลักษณะอาการ 2 ลักษณะ คือ ลักษณะเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบและเมื่อผู้ป่วยกำลังมีอาการ พบดังรายงานดังนี้

4.2.1 บทบาทการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป

ผู้ป่วยจิตเภทจะพบว่ามีความเสื่อมในด้านบุคลิกภาพ ขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่ทั้งทางด้านการงานและชีวิตส่วนตัว ตลอดจนสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นบกพร่องไป (ดวงตา อุทุมพฤกษ์พร, 2533) มีระยะการดำเนินโรคที่มีอาการและอาการแสดงที่ชัดเจนสามารถสังเกตได้ โดยผู้ป่วยจะมีระยะกำเริบและระยะสงบของโรคที่ไม่อาจคาดคะเนได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด (Cluff,

1981 อ้างใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) จะเห็นได้ว่า บทบาทการดูแลตนเองของผู้ป่วยบกพร่องไป หรืออาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยขาดความสามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องในการที่จะดำรงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคอยู่ในระยะกำเริบ บทบาทการดูแลตนเองในเรื่องทั่ว ๆ ไปจะบกพร่องไป เช่น การรับประทานอาหาร น้ำ อากาศ การพักผ่อน การออกกำลังกายและการขับถ่าย เป็นต้น ดังนั้น สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ให้ได้รับอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง โดยแสดงบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องที่จำเป็นโดยทั่วไป โดยมีเป้าหมายในการดูแลที่สำคัญคือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินชีวิตทั้งด้านส่วนบุคคล และด้านสังคมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความสามารถของผู้ป่วยในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น พยาธิสภาพของโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ทักษะและพัฒนาการทางสังคม ก่อนเข้าสู่ภาวะการเจ็บป่วย เป็นต้น

จากการศึกษาด้วยการสังเกต และสัมภาษณ์เชิงลึกตัวอย่าง โดยการใช้คำถามเกี่ยวกับบทบาทการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป ทำให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งตัวอย่างได้กล่าวถึงบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้จัดหมวดหมู่ของข้อมูลเชิงคุณภาพออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ บทบาทการดูแลในด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการได้รับอากาศ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วย การพักผ่อนและการออกกำลังกาย โดยมีรายละเอียดของแต่ละหมวดดังนี้

4.2.1.1 การรับประทานอาหาร น้ำ และการได้รับอากาศ

การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประทานอาหาร น้ำ และได้รับอากาศอย่างเพียงพอ เป็นบทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งที่จะขาดเสียมิได้ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลหนึ่งที่พบว่าในบางครั้งผู้ป่วยขาดความสามารถหรือมีความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการได้รับอากาศ ซึ่งจะพบได้ทั้งในขณะที่มีอาการทางจิตสงบลงแล้วก็ตาม อาการที่หลงเหลืออยู่ที่อาจพบได้เสมอ คือ ความเฉื่อยชา แยกตัวเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมใด ๆ แม้กระทั่งการรับประทานอาหาร น้ำ หรือสภาพบรรยากาศที่ตนอาศัยอยู่ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านร่างกายดังกล่าว โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการได้รับอากาศได้ โดยการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ดี มีประโยชน์อย่างเพียงพอ ไม่มากหรือน้อยจนเกินไป และ

อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคจิตนั้นไม่มีเฉพาะ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิด ไม่มีอาหารแสลงสำหรับผู้ป่วย แต่ควรให้ถูกหลักสุขอนามัย และเมื่อถึงเวลารับประทานอาหาร ญาติผู้ดูแลอาจต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยมาร่วมรับประทานอาหารกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวหรืออาจจำเป็นต้องสร้างตารางกิจกรรมที่กระทำในแต่ละวันติดไว้ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เป็นแนวทางในการทำกิจกรรม เช่น ช่วงเวลาใดบ้างที่รับประทานอาหาร ดูแลความสะอาดของร่างกายและรับประทานยา เป็นต้น นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลยังต้องให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและมีอากาศถ่ายเทสะดวก น่าอยู่ ตลอดจนเฝ้าสังเกตอาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งในด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการได้รับอากาศ เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือต่อไป ดังรายงานของญาติผู้ดูแลดังนี้

จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) กล่าวถึงผู้ป่วยจิตเภทว่าผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร น้ำ ได้ดีอยู่แล้ว แต่จะพบว่า ผู้ป่วยมักจะแยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เฉื่อยชา ลืมเวลารับประทานอาหาร ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องแสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยในด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการได้รับอากาศของผู้ป่วย โดยมีบทบาท คือ เป็นผู้จัดซื้อ จัดเตรียม น้ำ รวมทั้งข้าวของเครื่องใช้ที่จำเป็นในครอบครัว ปรุงอาหาร หุงข้าว จากนั้นจะจัดเตรียมสำรับอาหารไว้สำหรับสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งผู้ป่วย เมื่อถึงเวลารับประทานอาหาร ญาติผู้ดูแลจะคอยเรียกผู้ป่วยให้มารับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวทุกครั้ง โดยให้เหตุผลว่า ถ้าไม่เรียกหรือเตือนให้ผู้ป่วยมารับประทานอาหาร ผู้ป่วยจะเฉย ไม่สนใจที่จะรับประทานอาหาร ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเก็บหรือจัดเตรียมอาหารไว้ให้ ญาติผู้ดูแลจะสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้โดยการนำเงินให้ผู้ป่วยซื้ออาหาร น้ำ รับประทานเอง ดังตัวอย่าง เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 1 ญาติผู้ดูแลอาศัยอยู่กับลูกชายซึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงลำพัง 2 คน ตั้งแต่หย่าขาดกับภรรยาได้ประมาณ 4 ปี ส่วนลูกชายอีก 2 คน มีครอบครัวและแยกครอบครัวไปอยู่ต่างจังหวัด นาน ๆ ครั้งจะมาเยี่ยมบิดาและผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลประกอบอาชีพรับจ้างขับรถสามล้อ ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน บางวันได้พอเหลือเก็บบ้าง 50 –60 บาท แต่บางวัน แทบจะไม่พอเพียงสำหรับค่าใช้จ่ายในแต่ละวัน ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงต้องให้เวลากับการไปรับจ้างมากขึ้น ประกอบกับการที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วย เป็นผลให้ญาติผู้ดูแลต้องตัดสินใจปล่อยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร แต่ญาติผู้ดูแลจะเป็นผู้จัดเตรียมอาหารแห้งหรือให้เงินผู้ป่วยไว้ซื้ออาหาร น้ำ รับประทานเอง ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ผมไปตลาด ซื้อทั้งอาหารสด อาหารแห้งมาเก็บไว้ ต้องทำกับข้าว หุงข้าว เก็บใส่ตู้ไว้ เมื่อถึงเวลาก็ทานด้วยกัน จะให้เขาทำกับข้าวร่วมด้วย บางครั้งผมไม่ว่าง ต้องรีบออกไปรับจ้าง ขับรถสามล้อแต่เช้ามืด ผมก็เลยไม่ได้ทำกับข้าวไว้ให้ ก็จะเอาเงินให้ไว้ซื้อกินเอง พอผมกลับมาดูอีกที เห็นเขากำลังต้มมาม่ากินครับ"

เมื่อผู้ป่วยกำลังมีอาการ ผู้ป่วยจะเริ่มไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หงุดหงิดโมโหง่าย แยกตัวมากขึ้น เก็บตัวอยู่ในห้องตลอด บางครั้งอาจพบว่ามีพฤติกรรมรุนแรง เอะอะโวยวาย สายตาขวางเดินไปเดินมา ทำลายข้าวของเครื่องใช้ เหล่านี้ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลหรือบุคคลอื่น ๆ ไม่กล้าเข้าใกล้ผู้ป่วย และเมื่อถึงเวลารับประทานอาหาร ญาติผู้ดูแลยังคงคอยช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประทานอาหาร น้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้รับประทานอาหาร น้ำ บ่อยครั้งมากขึ้น หรือจัดเตรียมสำรับอาหารสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะ พร้อมทั้งยกสำรับอาหารนั้นไปให้ผู้ป่วย และคอยเฝ้าสังเกตอยู่ห่าง ๆ เพื่อดูว่าผู้ป่วยจะรับประทานอาหารได้มากน้อยเพียงใด และครั้งใดที่ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประทานอาหาร น้ำ ญาติผู้ดูแลไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร จึงต้องปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 2 ครอบครัวของญาติผู้ดูแลประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัวหลายคน ส่วนใหญ่จะมีเวลารับประทานอาหารร่วมกัน คือในช่วงเช้าและตอนเย็นเท่านั้น ส่วนมื้อกลางวันจะแยกกันรับประทานอาหารเพราะสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนจะไปทำงานหรือธุระนอกบ้าน และทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยกำลังมีอาการ สมาชิกในครอบครัวทุกคนจะหลีกเลี่ยงจากผู้ป่วย ไม่กล้าที่จะเข้าใกล้หรือพูดคุยกับผู้ป่วยมากนัก เพราะเกรงว่าจะถูกผู้ป่วยทำร้าย หวาดกลัวในพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย สังเกตได้จาก เมื่อถึงเวลารับประทานอาหารญาติผู้ดูแลจะแยกสำรับอาหารไว้สำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"เวลาที่เขาอาการไม่ดี จะอยู่แต่ในห้องตลอด เดินไปเดินมา พูดบ่นคนเดียว ไม่รู้ว่าทำอะไร แต่บางครั้งก็นอนทั้งวัน ไม่กินข้าวกินปลา หลบหน้าหลบตาแม่ พี่น้องป้าก็ต้องกำกับตลอดแต่ก็เป็นบางครั้งเท่านั้น เอาข้าวให้กิน ก็ไม่ยอมกิน แสดงว่าอาการป้ายังมีอยู่เดี๋ยวเขาหิวก็ทานเองแหละครับ เราก็ไม่กล้าเข้าไปใกล้ พูดมากเขาก็ยิ่งจะหงุดหงิดมากขึ้น แล้วแต่เขาจะกินหรือไม่กินก็ได้ ไม่รู้จะทำยังไงแล้ว "

นอกจากนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า มีญาติผู้ดูแลรายหนึ่งได้กล่าวถึง การรับประทานอาหาร น้ำของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยไม่ว่าจะมีอาการสงบหรือกำลังมีอาการ จะรับประทานอาหาร น้ำ รวมทั้งขนมผลไม้ต่าง ๆ ได้มากทุกมื้อ โดยไม่ต้องกระตุ้นใด ๆ และจะหิวบ่อยมาก ร้องขอกับญาติผู้ดูแลบ่อย

ครั้ง ซึ่งญาติผู้ดูแลจะพูดสอน แนะนำ ผู้ป่วยเสมอเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มากหรือน้อยจนเกินไป และถ้ายังไม่ถึงเวลารับประทานอาหาร ญาติผู้ดูแลจะไม่ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารระหว่างมื้อ หรือวันหนึ่งบ่อยครั้ง แต่จะพยายามดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตรงตามเวลาอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งให้เหตุผลกับผู้ป่วยทุกครั้งว่า การรับประทานอาหารที่มากเกินไป จะก่อให้เกิดผลเสียอย่างไรบ้าง ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยจะรับฟังและไม่รับฟังแต่ญาติผู้ดูแลจะพยายามให้รับประทานในหนึ่งวันเพียง 3 มื้อเท่านั้น แม้ว่าผู้ป่วยจะร้องขอเท่าใดก็ตาม และเมื่อถึงเวลารับประทานอาหาร ญาติผู้ดูแลจะเป็นผู้จัดเตรียมและนำสำรับอาหารที่จัดเตรียมเสร็จแล้วไปวางในห้องของผู้ป่วย พร้อมทั้งเตือนให้ผู้ป่วยมารับประทาน จากนั้นจะปิดประตูล็อกไว้ทันที โดยไม่ได้เฝ้าสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่อย่างใด เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารได้หมดทุกมื้อที่จัดให้ และเมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารเสร็จเรียบร้อย ญาติผู้ดูแลจะเก็บถ้วยชามไปล้างทำความสะอาดด้วยตนเองทุกครั้ง ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 4 ญาติผู้ดูแลอายุ 79 ปี อาศัยอยู่กับบุตรชายที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท เพียงลำพัง 2 คน ญาติผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ภายในบ้านจะได้รับจากบุตรชายคนโต ซึ่งแยกครอบครัวออกไปอยู่ต่างจังหวัด และทุกครั้งที่บุตรชายคนโตกลับมาเยี่ยมจะจัดซื้ออาหารแห้ง และข้าวของเครื่องใช้ที่จำเป็นต่าง ๆ ไว้ให้เสมอ แต่ในบางครั้ง ญาติผู้ดูแลจะเป็นผู้จัดซื้อ จัดหาของใช้ที่จำเป็นด้วยตนเองเมื่อพบว่าหมดหรือขาดหายไป โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะถูกขังไว้ในห้อง ดังนั้นในการรับประทานอาหาร ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจึงไม่ได้มีโอกาสรับประทานร่วมกัน ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล ที่ว่า

> *"ทำกับข้าวเสร็จแล้วก็ยกไปให้มันกิน มันกินของมันเอง ให้กิน 3 เวลาเท่านั้นแหละ พอกินข้าวเสร็จ ก็เอายาให้กิน มันกินหมดทุกอย่างที่เอาให้ กินเยอะ พอสักพักหนึ่งก็จะร้องเรียกจะกินอีก เป็นอย่างนี้ทุกวัน"*

สำหรับการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอากาศอย่างเพียงพอนั้น ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (8 ราย) กล่าวว่า ไม่ได้ให้การดูแลอะไรเพราะผู้ป่วยก็หายใจปกติดี นั่นย่อมแสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลสามารถประเมินและสังเกตความปกติหรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ในสภาวะที่ปกติ ญาติผู้ดูแลจะไม่ได้แสดงบทบาทของการเป็นญาติผู้ดูแลหรือให้การช่วยเหลือใด ๆ แต่ถ้าเมื่อใดที่ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ผิดปกติ ดังเช่น ญาติผู้ดูแลบางราย (2 ราย) กล่าวว่า ในบางครั้ง ผู้ป่วย จะมีปัญหาทางด้านการหายใจ เช่น หายใจได้ข้างเดียว หายใจไม่เต็มอิ่มบ้าง

เป็นต้น ซึ่งญาติผู้ดูแลจะให้การดูแลตามความสามารถที่มีอยู่ และบางครั้ง ถ้าเกินความสามารถของตน จะตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

สรุปบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการได้รับอากาศดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนของตัวอย่างจำแนกตามบทบาทการดูแลผู้ป่วยในด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการได้รับอากาศ (ญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีบทบาทการดูแลมากกว่า 1 อย่าง)

บทบาทการดูแล	อาการสงบ (n =10)	กำลังมีอาการ (n =10)
1. ผู้ช่วยเหลือ		
- จัดซื้ออาหาร น้ำ และของใช้ที่จำเป็น	10	10
- ปรุงอาหาร	10	10
- จัดสำรับอาหาร / อาหารแห้งไว้ให้	10	10
- เรียกผู้ป่วยให้มารับประทานอาหารร่วมกัน	9	-
- ให้เงินไว้ซื้ออาหาร น้ำ	9	-
2. ผู้จัดการดูแล		
- นำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล	-	2
3. ไม่แสดงบทบาทของการเป็นผู้ช่วยเหลือ ดูแลใด ๆ		
- ปล่อย / ไม่ได้ให้การดูแลใด ๆ	10	10

บทบาทการดูแลผู้ป่วยในด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการได้รับอากาศ (ตารางที่ 3) ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) จะแสดงบทบาทของการเป็นผู้จัดเตรียมอาหาร น้ำ รวมทั้งของใช้ที่จำเป็นต่าง ๆ ทำหน้าที่ปรุงอาหาร จัดสำรับอาหารหรือจัดเตรียมอาหารแห้งต่าง ๆ ไว้ให้ผู้ป่วย ตลอดจนเป็นผู้ที่คอยเรียกผู้ป่วยให้มารับประทานอาหารร่วมกัน และให้เงินผู้ป่วยไว้ซื้ออาหาร น้ำ รับประทานเอง เมื่อญาติผู้ดูแลไม่สามารถจัดเตรียมอาหารน้ำไว้ให้ได้ แสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เมื่อต้องอยู่เพียงลำพัง และในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังมีอาการ ญาติผู้ดูแล (10 ราย) ยังคงเป็นผู้จัดเตรียมอาหาร น้ำ และของใช้ต่าง ๆ ที่จำเป็น ทำหน้าที่ปรุงอาหาร จัดเตรียมสำรับอาหาร พร้อมทั้ง เป็นผู้ที่คอยกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้รับประทานอาหาร น้ำ ซึ่งผู้ป่วยจะรับฟังและไม่รับฟังบ้าง และเมื่อญาติ

ผู้ดูแลกระตุ้นเตือนแล้ว ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามญาติผู้ดูแลจะปล่อยไม่ได้ให้การดูแลใด ๆ นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลบางราย (2 ราย) จะแสดงบทบาทของการเป็นผู้จัดการดูแล โดยการนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเมื่อพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติมากขึ้น และปฏิเสธการรับประทานอาหารเป็นเวลานาน หรือมีความผิดปกติทางด้านการหายใจ และอื่น ๆ

4.2.1.2 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะของผู้ป่วยจิตเภท จะเป็นไปตามธรรมชาติและโดยอัตโนมัติ ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะสามารถดูแลตนเองในด้านการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะได้ดีอยู่แล้ว มีเพียงบางรายเท่านั้น อาจพบปัญหาในด้านการขับถ่ายได้ โดยเฉพาะในช่วงกำลังมีอาการ เช่น กลั้นปัสสาวะ ปัสสาวะไม่รู้สึกตัว และปัสสาวะลำบาก เป็นต้น ดังนั้นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ควรมีการสังเกตความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอ โดยการสังเกตลักษณะของอุจจาระและปัสสาวะ ความถี่บ่อยของการขับถ่าย ความรู้สึกตัวขณะขับถ่าย และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ญาติผู้ดูแลควรช่วยเหลือดูแล ในเรื่องการรักษาความสะอาดภายหลังผู้ป่วย ขับถ่ายตลอดจนให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ได้รับความสะดวกสบาย เมื่อต้องการขับถ่าย เช่น การนำผู้ป่วยไปห้องน้ำ และดูแลช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ กระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้มีการขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะนิสัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย และคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติต่อไป เป็นต้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวอย่าง เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ พบดังรายงานดังนี้

จากการศึกษาบทบาทการดูแลผู้ป่วยในด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) ไม่ได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะใด ๆ โดยให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี ไม่มีปัญหาในด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ จะมีเพียงบางครั้งเท่านั้น ที่ผู้ป่วยไม่สบาย ไม่สามารถเดินเข้าห้องน้ำได้เอง หรือบางครั้ง ผู้ป่วยมีอาการถ่ายเหลว ปัสสาวะเป็นเลือด ญาติผู้ดูแล (3 ราย) จึงต้องแสดงบทบาทของการเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการช่วยพยุงผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยในการขับถ่าย สังเกตลักษณะของอุจจาระและปัสสาวะที่ผิดปกติ พร้อมทั้งประเมินอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยโดยการให้นอนพักอยู่ที่บ้าน แต่ไม่ได้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล โดยให้เหตุผลว่า ต้องการที่จะรอดูอาการของผู้ป่วยก่อนว่า จะดีขึ้นหรือยังเหมือนเดิม

และเมื่อพบว่า อาการผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อย ๆ จึงตัดสินใจไม่นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล เพราะถ้าไปโรงพยาบาลแล้ว ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากเหมือนกัน ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 3 ญาติผู้ดูแลอายุ 54 ปี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นสามี ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ไม่เคยทะเลาะเบาะแว้งจนถึงขั้นรุนแรงแต่อย่างใด ดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วยดีเสมอมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อผู้ป่วยมีภาวะการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ญาติผู้ดูแลจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยและป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"มีช่วงที่เขาไม่สบาย ตอนนั้นความดันขึ้นและตาเขาก็มองไม่ค่อยชัดอยู่แล้ว ก็ต้องช่วยพยุงพาไปส่งที่ห้องน้ำ "

ญาติผู้ดูแลรายที่ 6 ญาติผู้ดูแลอายุ 56 ปี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ญาติผู้ดูแลมีอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งในแต่ละวันจะออกไปทำงานตั้งแต่เช้า จนกระทั่งมืดค่ำ ถึงกลับมาบ้าน แต่ถ้าเมื่อใด ญาติผู้ดูแลพบว่าผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือหรือพึ่งพาญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลจะให้เวลาสำหรับดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองเท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะทำได้ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยไปก่อเรื่องวุ่นวาย และได้รับอันตรายโดยถูกทำร้ายร่างกาย จนถึงขั้นเดินไม่ได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ตอนนั้นมันเดินไม่ได้อยู่ช่วงหนึ่ง ต้องประคองไปห้องน้ำแต่มันก็ล้างเอง ทำอะไรเองได้ บางครั้งท้องเสีย ปวดท้องขึ้นมา ป้าไม่รู้จะทำยังไงดี ก็ให้นอนพัก ไม่ได้พาไปหาหมอหรอก อีกพักใหญ่อาการก็ดีขึ้น"

นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่า มีญาติผู้ดูแล (1 ราย) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะขับถ่ายปัสสาวะรดที่นอนเป็นประจำทุกคืน ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีอาการสงบหรือกำลังมีอาการ ซึ่งญาติผู้ดูแลเองจะต้องคอยดูแลเรื่องความสะอาดของเครื่องนอนของผู้ป่วยอยู่เสมอ แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแล แสดงบทบาทของการเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ให้คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ดังตัวอย่าง เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 4 ญาติผู้ดูแลอายุ 79 ปี อาศัยอยู่กับบุตรชายวัยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เล่าถึงการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมักจะปัสสาวะรดที่นอนเป็นประจำทุกคืน แต่ช่วงกลางวันเข้าห้องน้ำได้เอง และญาติผู้ดูแลต้องดูแลทำความสะอาดเครื่องนอนผู้ป่วยอยู่เสมอ ซึ่งจากการสังเกตสภาพที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย พบว่า เป็นห้องเล็ก ๆ อยู่ใต้ถุนบ้านมีประตู

เหล็ก สภาพคล้ายห้องสำหรับขังนักโทษ ภายในห้องมีกลิ่นอับชื้นคล้ายกลิ่นปัสสาวะของผู้ป่วย ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ไม่ว่าจะอาการดีหรือไม่ดี กลางวันไม่มีปัญหาอะไรก็เป็นธรรมดา ถ่ายเป็นเวลาในห้องน้ำ แต่พอเวลากลางคืน มันชอบฉี่รดที่นอนเฉพาะเวลากลางคืนเท่านั้นแหละ ตรงไหนเปียกมันก็ขยับไปนอนอีกที่หนึ่ง ฉันก็เก็บผ้าห่มที่นอนออกมาซักให้หมด"

สรุปบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนตัวอย่างจำแนกตามบทบาทการดูแลด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ (ญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีบทบาทการดูแลมากกว่า 1 อย่าง)

บทบาทการดูแล	อาการสงบ (n = 10)	กำลังมีอาการ (n = 10)
1. ไม่ได้แสดงบทบาทการให้การดูแล / ช่วยเหลือใด ๆ	10	10
2. ผู้ช่วยเหลือ		
- พยุงเข้าห้องน้ำ	3	-
- ดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย	3	-

บทบาทการดูแลด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ (ตารางที่ 4) พบว่าญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) ไม่ได้แสดงบทบาทการให้การดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเลย ทั้งในช่วงอาการสงบและกำลังมีอาการ มีเพียงญาติผู้ดูแลบางราย (3 ราย) ที่แสดงบทบาทของผู้ช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยการช่วยพยุงผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ หรือดูแลความสะอาดหลัง ขับถ่ายให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย และคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติต่อไป

4.2.1.3 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วย

การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วยในที่นี้จะหมายรวมถึงการทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย เสื้อผ้า ห้องนอน และสิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัวต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งโดยทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภท อาจพบว่ามีความบกพร่องในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล

(ภัทรอำไพ พัฒนานนท์, 2539) และสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วยโดย ทั้งในช่วงอาการสงบและกำลังมีอาการ เช่น ไม่สนใจทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า ห้องนอน สิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัว แต่งตัวไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ หรือไม่สวมใส่เสื้อผ้า เป็นต้น เนื่องจากความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมต่าง ๆ (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, 2536) ประกอบกับการได้รับยารักษาอาการทางจิต ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบจากผลข้างเคียงของยา เช่น ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว ตาพร่ามัว คลื่นไส้ ปัสสาวะลำบาก ง่วงซึม อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2539) อาการที่เกิดจากยารักษาอาการทางจิตเหล่านี้ อาจเป็นผลให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังงาน และนำไปสู่ภาวะพร่องในการดูแลตนเองในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวได้ เหล่านี้อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้นกับการที่จะต้องให้การดูแลแทนผู้ป่วย เกิดความรู้สึกโกรธ อับอายเพื่อนบ้าน (เลอสรรค์ พุ่มซุศรี, 2531) และความรู้สึกเครียดทางอารมณ์อื่น ๆ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านร่างกายในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และความต้องการในด้านสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านร่างกาย คงไว้ซึ่งการมีสุขวิทยาส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่ดี สามารถดูแลตนเองทั้งในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวได้อย่างเหมาะสม ฉะนั้น ญาติผู้ดูแลอาจจำเป็นต้องแสดงบทบาทของการเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว เช่น กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยดูแลกิจวัตรประจำวันในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง มีการแต่งตัวที่เหมาะสม ถูกกาลเทศะ ให้คำยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยกระทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นได้ถูกต้องเหมาะสม ไม่วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นหรือมองว่าเป็นเรื่องขบขัน แต่ควรให้ข้อเสนอแนะ และสาธิตวิธีการที่จะส่งเสริมให้การทำกิจกรรมนั้นได้ดียิ่งขึ้น (Minister of Supply and Services Canada, 1991) ส่วนในด้านสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วยนั้น ญาติผู้ดูแลสามารถเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าให้กับผู้ป่วยได้ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่และสะดวกสบายสำหรับผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่ญาติผู้ดูแลพึงกระทำ เช่น การดูแลห้องนอนของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลควรจัดห้องนอนของ ผู้ป่วยให้เป็นสัดส่วน และเป็นส่วนตัวเพราะผู้ป่วยก็เช่นเดียวกับคนทั่ว ๆ ไปที่ต้องการสัดส่วนส่วนตัวในบางโอกาส มีการจัดห้องนอนเดี่ยวให้ผู้ป่วย มีหมอน ผ้าห่มที่เป็นของใช้ประจำตัว ไม่ปะปนกับคนอื่น ๆ มีตู้สำหรับเก็บข้าวของเครื่องใช้ส่วนตัวที่ไม่รวมกับสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว เช่นแปรงสีฟัน ผ้าเช็ดตัว สบู่ ยาสีฟันและเสื้อผ้า เป็นต้น (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2535 อ้างใน คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, 2535) และญาติผู้ดูแลควรสำรวจอยู่เสมอว่าเครื่องใช้ส่วนตัวของผู้ป่วยเหล่านี้ มีเพียงพอหรือไม่ อย่างไร ซึ่งถ้า

พบว่ามีไม่เพียงพอ ควรจัดหาและเตรียมเก็บไว้ให้สำหรับผู้ป่วยเสมอและไม่เพียงแต่ญาติผู้ดูแลจะเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล หรือกระทำให้ผู้ป่วยแล้ว ญาติผู้ดูแลควรสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวด้วยตนเอง โดยเฉพาะในช่วงที่อาการทางจิตสงบลง ซึ่งจากการสังเกตและสัมภาษณ์เชิงลึกตัวอย่าง พบดังรายงานดังนี้

จากการศึกษาบทบาทการดูแลในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) ไม่ได้แสดงบทบาทการให้การดูแลช่วยเหลือใด ๆ ในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วยในช่วงอาการสงบ โดยให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี เกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง เช่น อาบน้ำ แต่งตัวได้เอง เป็นต้น โดยที่ญาติผู้ดูแลไม่ต้องให้การช่วยเหลือ หรือกระตุ้นเตือนใด ๆ จะมีเพียงบางครั้งเท่านั้นที่ญาติผู้ดูแลต้องแสดงบทบาทของการเป็นผู้ช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สนใจดูแลความสะอาดของตนเอง แยกตัวอยู่ในห้องคนเดียว ไม่พูดคุยกับใคร เฉื่อยชา ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงต้องเป็นผู้จัดเตรียมน้ำ เสื้อผ้า ของใช้ที่จำเป็นต่าง ๆ ไว้ให้และให้ความเอาใจใส่ ดูแล ให้กำลังใจผู้ป่วย ตลอดจนเฝ้าสังเกตหรือกระตุ้นเตือนผู้ป่วยอยู่เสมอเกี่ยวกับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยจะรับฟัง และปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นด้วยดี แต่ถ้าครั้งใด ผู้ป่วยไม่รับฟังและปฏิบัติตามญาติผู้ดูแลไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร จะปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย แต่ก็ไม่ได้มีผลหรือเกิดปัญหาต่อผู้ป่วยแต่อย่างใด เพราะผู้ป่วยจะขาดความสนใจในการทำความสะอาดร่างกายเพียง 1-2 วันเท่านั้น ดังตัวอย่างคำกล่าวของญาติผู้ดูแล เช่น

"เขาทำเองได้หมดเลยครับ ไม่ต้องทำอะไรให้เลย"

"เขาทำเองหมด ชอบสะอาดเหมือนกัน สบู่ ยาสระผมหมดเร็วมาก 4-5 วันก็หมด แล้วป้าก็ต้องซื้อมาให้"

"เขาจะอาบน้ำ แปรงฟัน สระผมได้เองหมดทุกอย่าง"

มีญาติผู้ดูแลบางราย (1 ราย) กล่าวถึงบทบาทการดูแลผู้ป่วยในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยจะอาบน้ำ ดูแลความสะอาดร่างกายของตนเองได้เอง แต่ในการทำความสะอาดร่างกายนั้น ญาติผู้ดูแลไม่ได้นำสบู่หรือของใช้อื่น ๆ ให้กับผู้ป่วยไว้สำหรับทำความสะอาดร่างกายแต่อย่างใด โดยให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยจะชอบรับประทานสบู่ หรือยาสีฟันเสมอเมื่อพบเห็น ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงให้ผู้ป่วยอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายโดยปราศจากสบู่ ยาสีฟัน หรือใช้ยา

สระผม เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยรับประทาน มีเพียงแต่ช่วยจัดเตรียมน้ำสำหรับอาบ เสื้อผ้าไว้ให้เท่านั้น ดังตัวอย่าง เช่น

ผู้ป่วยรายที่ 4 ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่วัย 25 ปี มีระยะอาการกำเริบของโรคจิตเภทเป็นส่วนใหญ่ ญาติผู้ดูแลจึงต้องกักขังผู้ป่วยไว้ตลอดเวลา และจากการสังเกตลักษณะผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยจะมีกลิ่นตัวแรง ผิวหนังมีผื่นขึ้นเป็นจุดดำ ๆ ตามแขนขา เหล่านี้อาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยบกพร่องในการทำความสะอาดร่างกาย ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

> *"อาบน้ำ มันก็อาบอยู่ แต่มันไม่ได้ถูสบู่หรอก ไม่กล้าเอาสบู่หรือยาสีฟันให้เพราะมันจะกินหมด เคยเอาให้แล้วฉันก็ไม่กล้าเข้าไปถูให้มันกลัวมันตีเอา น้ำฉันก็ตักใส่ตุ่มไว้ให้เต็มตลอดตอนที่มันนอนหลับ เดี๋ยวมันร้อนมันก็ลุกไปอาบเอง"*

เมื่อผู้ป่วยกำลังมีอาการ พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (6 ราย) จะแสดงบทบาทของการเป็นผู้ช่วยเหลือ โดยกระตุ้นผู้ป่วยให้ทำความสะอาดร่างกายของตนเองไม่ว่าจะเป็นการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม หรือแต่งตัวให้เหมาะสมโดยการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยทำ ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามและความอดทนค่อนข้างมากในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง เพราะผู้ป่วยจะขาดความสนใจในตัวเอง แยกตัวมากขึ้น ไม่พูดคุยกับใคร หรือพฤติกรรมผิดปกติอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยจะรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของญาติผู้ดูแลในบางครั้งเท่านั้น และมีญาติผู้ดูแลบางรายรายงานว่า ในบางครั้งที่ผู้ป่วยกำลังมีอาการหรือมีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สนใจและปฏิบัติตามคำแนะนำของญาติผู้ดูแล แยกตัว พูดบ่นคนเดียว เดินไปเดินมา หงุดหงิดโมโหง่าย บางครั้งไม่สวมใส่เสื้อผ้าและเดินออกนอกบ้าน ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐานทางด้านร่างกายและลดความรู้สึกอับอาย และความตึงเครียดทางอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องแสดงบทบาทของการเป็นผู้ช่วยเหลือ โดยการกระทำให้ผู้ป่วยทั้งหมด เช่น อาบน้ำ สระผม แต่งตัวให้ เป็นต้น ดังตัวอย่าง เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 1 ญาติผู้ดูแลประกอบอาชีพรับจ้างขับรถสามล้อ เวลาส่วนใหญ่จะมุ่งที่การประกอบอาชีพมากกว่า ในบางครั้งอาจต้องปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพัง แต่ญาติผู้ดูแลจะมีการแบ่งเวลาสำหรับที่จะออกไปรับจ้างขับรถสามล้อ และให้เวลาสำหรับดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

> *"ต้องอาบน้ำให้เลย สระผมให้ ตัดเล็บให้ บังคับให้แต่งตัวก็มีเพราะเคยมีที่ว่าไม่สวมเสื้อผ้าแล้วเดินออกไปนอกบ้าน พอดีผมกลับมาเห็นจึงรีบนำเขากลับเข้าบ้านมาใส่เสื้อผ้า"*

ในบางครั้งจะพบว่า ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม เช่น แต่งตัวไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ ขโมยเสื้อผ้าของบิดาที่เป็นชุดข้าราชการต่าง ๆ มาสวมใส่ หรือชอบสวมใส่เสื้อผ้าเก่า ๆ ขาด ๆ และบางวัน พบว่าไม่ใส่เสื้อผ้าเดินตัวเปล่าออกนอกบ้าน เป็นต้น ญาติผู้ดูแลจึงต้องแสดงบทบาทของการเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการกระทำให้ผู้ป่วยด้วยตนเองทั้งหมด ดังตัวอย่าง เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 7 ญาติผู้ดูแลวัย 73 ปี สถานภาพสมรสหม้าย อาชีพเดิมรับราชการครู ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ เป็นข้าราชการบำนาญ อาศัยอยู่กับบุตรชายซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภท และบุตรเขย จากการสังเกตญาติผู้ดูแลขณะสัมภาษณ์ พบว่า ถึงแม้ญาติผู้ดูแลจะแสดงท่าที คำพูดที่บ่งบอกว่ามีความรู้สึกในทางลบกับผู้ป่วย แต่ญาติผู้ดูแลยังคงให้การดูแลและเอาใจใส่ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

> *"ชอบขโมยเสื้อผ้าของพ่อที่เป็นชุดสูท ชุดข้าราชการต่าง ๆ ไปสวมใส่ หรือบางวันนำเสื้อผ้าเก่า ๆ ขาด ๆ มาใส่ เราก็บอกเตือนให้แต่งตัวใหม่ให้เหมาะสม เขาก็เชื่อบ้างไม่เชื่อบ้าง และมีครั้งหนึ่งเขาไม่ใส่เสื้อผ้าเดินตัวเปล่าออกนอกบ้าน ผมก็รีบไปนำตัวมาบังคับให้ใส่เสื้อผ้า บอกสอนเท่าไหร่ก็ไม่จำหรอกครับ"*

สำหรับบทบาทการดูแลในด้านสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว ที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วย พบว่าญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) กล่าวถึงผู้ป่วยจิตเภทว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่สนใจทำความสะอาดห้องนอน เสื้อผ้า หรือของใช้ส่วนตัวของตนเอง ชอบทิ้งขยะ หรือวางทิ้งสิ่งของเกลื่อนกลาดเต็มห้องนอน วางสิ่งของไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย ดังนั้นญาติผู้ดูแลจะแสดงบทบาทของผู้ช่วยเหลือโดยการทำความสะอาดห้องนอน นำผ้าห่ม ปลอกหมอน ที่นอนของผู้ป่วยออกมาซักตาก ผึ่งแดดให้เมื่อเห็นว่าสกปรกมากแล้ว และซักเสื้อผ้าให้ แต่บางครั้งจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลสิ่งแวดล้อมของตนเอง เช่น ซักเสื้อผ้าเอง ปัดกวาดห้องนอนของตนเอง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะปฏิบัติตามบ้างไม่ปฏิบัติตามบ้าง ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของผู้ป่วย เมื่อใดที่กำลังมีอาการกำเริบหรือเริ่มที่จะมีอาการ ผู้ป่วยจะไม่รับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของญาติผู้ดูแลแต่อย่างใด ญาติผู้ดูแลจึงตัดสินใจกระทำแทนผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนข้าวของเครื่องใช้ที่จำเป็น เช่น สบู่ ยาสีฟัน แป้ง เป็นต้น ที่เป็นในส่วนของผู้ป่วย เมื่อหมดหรือขาดหายไป ญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะซื้อมาเก็บไว้ให้เสมอ ดังตัวอย่างคำกล่าวของญาติผู้ดูแล เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 2 ญาติผู้ดูแลวัย 58 ปี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ นอกจากเป็นแม่บ้านเพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงมีเวลาเพียงพอในการดูแลสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ของใช้ทุกอย่างในบ้านหมด เราก็ซื้อมาไว้ ไม่ให้ขาดหรอก"

"ซื้อมาไว้ให้ ป้าก็จะดูว่ามันใกล้จะหมดหรือหมดแล้วก็ไปซื้อมา ของใช้อันไหนเก่าจนใช้ไม่ได้ ป้าก็เปลี่ยนอันใหม่ให้"

ญาติผู้ดูแลรายที่ 1 ญาติผู้ดูแลวัย 54 ปี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และเป็นแม่บ้าน และจากการที่ญาติผู้ดูแลมีหลายบทบาท อาจเป็นผลให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาสำหรับให้การดูแลผู้ป่วยได้น้อย แต่ญาติผู้ดูแลยังคงให้ความใส่ใจ ดูแลความเป็นอยู่ของผู้ป่วยด้วยดีเสมอ ซึ่งสังเกตได้จากห้องนอนของผู้ป่วย มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด ไม่มีกลิ่นอับชื้น ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"เสื้อผ้าของเขาบางครั้งก็ซักเอง ถ้าอารมณ์ดี ๆ ก็ซักเองบ้าง บางครั้งป้าก็ต้องซักให้ เห็นมันสกปรกมากเราก็ทนไม่ได้ ห้องนอนก็รกรุงรังมีแต่อะไรไม่รู้ เป็นอาทิตย์ป้าถึงจะขึ้นไปดูที มีแต่เศษขนม เศษกระดาษเต็มไปหมด ป้าก็ไปกวาดถูให้เปิดหน้าต่างให้แดดส่องบ้าง เขาไม่สนใจหรอกคนพวกนี้"

สรุปบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วย ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนของตัวอย่างจำแนกตามบทบาทการดูแลผู้ป่วยในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วย (ญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีบทบาทการดูแลมากกว่า 1 อย่าง)

บทบาทการดูแล	อาการสงบ (n = 10)	กำลังมีอาการ (n = 10)
1. ผู้ช่วยเหลือ		
- จัดเตรียมน้ำ เสื้อผ้า / ของใช้ที่จำเป็น	10	10
- จัดสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่	10	10
- สังเกตพฤติกรรม / ซักถาม	10	10
- แนะนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง	10	9
- ให้ความเอาใจใส่	10	10

ตารางที่ 5 จำนวนของตัวอย่างจำแนกตามบทบาทการดูแลผู้ป่วยในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วย (ต่อ)

บทบาทการดูแล	อาการสงบ (n = 10)	กำลังมีอาการ (n = 10)
- ทำความสะอาดห้องนอน เสื้อผ้า และสิ่งของส่วนตัวอื่น ๆ ให้	10	10
- กระตุ้นเตือน / บังคับ	-	6
- อาบน้ำ สระผม แต่งตัวให้	-	6
2. ไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ		
- ปล่อยให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง	10	10

บทบาทการดูแลในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วย (ตารางที่ 5) พบว่า บทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ บทบาทผู้ช่วยเหลือ โดยญาติผู้ดูแลจะเป็นผู้จัดเตรียมน้ำ สำหรับทำความสะอาดร่างกาย จัดหาเสื้อผ้าหรือของใช้ที่จำเป็นไว้ให้ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวของตนเอง เฝ้าสังเกตพฤติกรรมหรือคอยซักถามผู้ป่วยอยู่เสมอ แสดงออกซึ่งความเอาใจใส่ ดูแล พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยให้ความสนใจดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง แนะนำให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ พบว่าในบางครั้ง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใดๆ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีและเหมาะสมแล้ว ญาติผู้ดูแลจึงปล่อยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและเมื่อผู้ป่วยกำลังมีอาการ บทบาทที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ บทบาทผู้ช่วยเหลือโดยการกระตุ้นเตือนหรือบังคับ ตลอดจนกระทำแทนผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ สระผม แต่งตัวให้ผู้ป่วยด้วยตนเอง ทำความสะอาดห้องนอน ซักเสื้อผ้าให้ เป็นต้น

4.2.1.4 การพักผ่อนและการออกกำลังกาย

การพักผ่อนและการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่สำคัญกิจกรรมหนึ่งที่บุคคลทุกคนมีความต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อพบว่าร่างกายเกิดความเหนื่อยล้า หรือเกิดความตึงเครียดต่าง ๆ ซึ่งกิจกรรมการพักผ่อนและการออกกำลังกาย ในการศึกษาครั้งนี้ จะหมายรวมถึง การนอนหลับ การพักผ่อนหย่อนใจทั้งขณะอยู่ที่บ้านและนอกบ้าน ตลอดจนกิจกรรมการออกกำลังกายทั้งที่มีแบบแผนและไม่มีแบบแผน ผู้ป่วยจิตเภทก็เช่นเดียวกัน ยังคงมีความต้องการ

การพักผ่อนดังเช่นคนปกติทั่วไป เช่น ต้องการนอนหลับ การไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจทั้งขณะอยู่ที่บ้านและการไปเที่ยวนอกสถานที่ การออกกำลังกาย และกิจกรรมการพักผ่อนอื่น ๆ เป็นต้น แต่เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดแปลกไป เช่น การพูดบ่นคนเดียว แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หมกมุ่นครุ่นคิดอยู่ในโลกส่วนตัว มีความผิดปกติในด้านการเคลื่อนไหว อยู่ไม่สุข กลางคืนไม่นอน เป็นต้น เหล่านี้ล้วนเป็นผลให้ผู้ป่วยจิตเภทบกพร่องในการพักผ่อนทั้งในด้านการนอน และการออกกำลังกายได้ ดังนั้นในด้านการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทนั้น อาจพบว่ามีทั้งการนอนหลับได้มาก และนอนได้น้อย หรือนอนไม่หลับเลย เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น เกิดจากพยาธิสภาพของโรค การได้รับยาทางจิต และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เป็นต้น ญาติผู้ดูแลควรมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอในเวลากลางคืน อย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมง เนื่องจากผลเสียของการอดนอนบ่อย ๆ หรือนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบได้ ญาติผู้ดูแลจึงควรเฝ้าสังเกตพฤติกรรมการนอนของผู้ป่วย กระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้นอนหลับ พักผ่อน ตลอดจนหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เมื่อพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการนอนที่ผิดปกติไปจากเดิม นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลควรมีการวางแผนที่จะนำผู้ป่วยออกไปพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้านในแต่ละสัปดาห์ เช่น การไปขับรถเที่ยว เดินเล่นในสวนสาธารณะและไปซื้อของ เป็นต้น (Minister of Supply and Services Canada, 1991)

จากการศึกษาบทบาทการดูแลด้านการพักผ่อน ในส่วนของการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงอาการสงบ พบว่า ญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) แสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ โดยการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเมื่อพบว่าผู้ป่วยไม่นอนหรือนอนดึก พร้อมทั้งพูดเตือนให้ผู้ป่วยเข้านอน ซึ่งผู้ป่วยจะรับฟังบ้างเป็นบางครั้ง หากผู้ป่วยไม่รับฟังคำแนะนำของญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ โดยให้เหตุผลว่าไม่ทราบว่าจะทำอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ ดังนั้นจึงตัดสินใจปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยก็ไม่ได้สร้างความเดือดร้อน หรือรบกวนสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านมากนัก ส่วนกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจในช่วงกลางวัน ทั้งขณะอยู่ที่บ้านและนอกบ้าน ญาติผู้ดูแลทั้งหมดไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมแต่อย่างใด ดังตัวอย่าง เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 9 ญาติผู้ดูแลวัย 62 ปี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทโดยเป็นมารดา ต้องเฝ้าสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยเกือบทุกคืน เพราะผู้ป่วยมักจะนอนดึกหรือไม่ได้นอนเลยในบางวัน ตลอดจนพูดเตือนหรือแนะนำผู้ป่วยให้เข้านอน แต่ถ้าครั้งใด ญาติผู้ดูแลพูดเตือนหรือแนะนำแล้ว

ผู้ป่วยไม่รับฟังหรือปฏิบัติตาม ญาติผู้ดูแลจะปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย โดยไม่ได้ให้การดูแลใด ๆ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"นอนดึก วัน ๆ ไม่รู้ทำอะไรกว่าจะนอนได้ก็ดึก นอนดึกทุกคืนป้าก็สงสัย มองไปเห็นไฟเปิดอยู่ทุกคืน ป้าก็ไม่ได้ทำอะไร แอบมองอยู่ มันดึกป้าก็เลยเข้านอน"

ญาติผู้ดูแลรายที่ 5 ญาติผู้ดูแลวัย 47 ปี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทโดยเป็นมารดา ต้องเฝ้าสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยและพูดเตือน แนะนำผู้ป่วยให้เข้านอนเสมอ เมื่อพบว่า ผู้ป่วยไม่นอนหรือนอนดึก ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"บางครั้งก็ต้องบอกว่า นอนได้แล้ว ดึกมากแล้ว"

"แล้วแต่เขาอยากนอนก็นอนเอง บางวันก็นอนแต่หัวค่ำโดยไม่ต้องบอก"

เมื่อผู้ป่วยกำลังมีอาการ พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (8 ราย) แสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือโดยการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อญาติผู้ดูแลประเมินว่า ผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น ไม่นอน เดินไปเดินมา ร้องเพลง เปิดวิทยุเสียงดัง บางรายเอะอะอาละวาดทุบตีฝาผนังบ้าน เป็นต้น ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรมที่ผิดปกตินั้น โดยการพูดห้ามปรามผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยไม่รับฟังและไม่ปฏิบัติตาม ญาติผู้ดูแลไม่ทราบว่าจะทำอย่างไรจึงเฝ้าสังเกตเท่านั้น นอกจากนี้มีญาติผู้ดูแล 2 ราย กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่นอนหลายวันจะตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล หลังจากประเมินแล้วว่าไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ดังตัวอย่าง เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 7 ญาติผู้ดูแลวัย 73 ปี สถานภาพสมรสหม้าย เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา ต้องเฝ้าสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยและระมัดระวังตัวอยู่เสมอ ไม่กล้าเข้าใกล้หรือพูดเตือนผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยกำลังมีอาการ และมีพฤติกรรมที่ไม่นอน เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะมาทำร้ายตน ซึ่งเดิมเคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายมาแล้วถึง 2 ครั้ง และจากการสังเกตญาติผู้ดูแลขณะเล่าพบว่าญาติผู้ดูแลแสดงออกถึงความรู้สึกในทางลบกับผู้ป่วย สังเกตได้จากน้ำเสียง สีหน้า ที่แสดงออกถึงความเบื่อหน่ายในพฤติกรรมผู้ป่วย ตลอดจนคำพูดที่บ่งบอกถึงความไม่ต้องการที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยแต่อย่างใด ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"บางคืนนะมันจะเดินทั้งคืน เดินไปเดินมา มันกินเหล้านั่นแหละถึงเป็นอย่างนั้น ตาก็ไม่ได้ทำอะไร แล้วแต่มันจะเป็นไป ปล่อยมันไว้อย่างนั้นแหละ ถ้ามันอยากนอนมันก็นอนเอง"

ญาติผู้ดูแลรายที่ 4 ญาติผู้ดูแลวัย 79 ปี สถานภาพสมรสหม้าย เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา อาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบเป็นส่วนใหญ่ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ทั้งคำพูดและการกระทำ ญาติผู้ดูแลจะพูดเตือนให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรมที่ผิดปกตินั้น แต่ถ้าครั้งใดผู้ป่วยไม่รับฟัง หรือไม่ปฏิบัติตามคำเตือนนั้น ญาติผู้ดูแลจะปล่อย ไม่ได้ให้การดูแลใด ๆ และพบว่าในบางครั้ง เพื่อนบ้านใกล้เคียงโยนก้อนหินมาใส่หลังคาบ้าน เนื่องจากถูกรบกวนจากผู้ป่วย ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"มันนอนดึก พูดเสียงดัง ชาวบ้านเขาหนวกหูเขาเลยโยนก้อนหินมาใส่หลังคาบ้าน มันก็ยังไม่ยอมนอน ฉันก็รำคาญ"

ญาติผู้ดูแลรายที่ 5 ญาติผู้ดูแลวัย 47 ปี สถานภาพสมรสหม้าย เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา อาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภทเพียงลำพัง 2 คน ทุกครั้งที่ผู้ป่วยกำลังมีอาการ ญาติผู้ดูแลจะโทรศัพท์ติดต่อขอความช่วยเหลือจากอดีตสามี เพื่อช่วยควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล ดังเช่น เมื่อผู้ป่วยไม่นอนหลายวัน ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ตอนนั้น เห็นลูกไม่ยอมนอนหลายคืน เดินไปเดินมา เปิดวิทยุเสียงดัง พูดเตือนเท่าไหร่ไม่ยอมฟัง แต่บางครั้งก็ซึมเศร้า ไม่พูดเลยทั้งวัน พี่เป็นห่วงลูกมาก แต่ก็ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรดี เราก็ตัวคนเดียว พี่ก็เลยโทรศัพท์ไปหาพ่อเขา ให้มาช่วยนำเขาไปส่งโรงพยาบาล ตอนนั้นพาไปโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพราะโรงพยาบาลทางจิตที่นี่ยังไม่มี ได้ยามาทานก็ดีขึ้น นอนหลับได้เร็วขึ้นกว่าเดิม"

ส่วนในด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยจิตเภทสามารถออกกำลังกายได้เหมือนคนปกติทั่วไป ซึ่งการออกกำลังกายนั้น อาจพบลักษณะที่เป็นการออกกำลังกายแบบมีแบบแผน หรือไม่มีแบบแผน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และไม่มีเวลาสำหรับการคิดหมกมุ่นอยู่ในโลกส่วนตัวของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดียิ่งขึ้น ตลอดจนเป็นการเสริมสร้างสมรรถนะทางด้านร่างกายของผู้ป่วยให้แข็งแรง สมบูรณ์ เกิดภูมิต้านทานต่อโรคภัยไข้เจ็บที่อาจจะเกิดขึ้น (วิโรจน์ คงทน, 2530 อ้างใน เอกสารการสอน มสธ., 2533) ดังนั้น ญาติผู้ดูแลควรมีบทบาทของผู้ให้การสนับสนุน ให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยการพูดคุย ให้คำแนะนำ และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายในเวลาที่เหมาะสม ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวอย่าง เกี่ยวกับบทบาทการดูแลด้านการออกกำลังกาย พบดังรายงาน ดังนี้

จากการศึกษาบทบาทการดูแลในด้านการออกกำลังกายพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (9 ราย) ไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ จะปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย พบเพียงหนึ่งรายเท่านั้นที่ญาติผู้ดูแลให้การช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

สรุปบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในด้านการพักผ่อน และการออกกำลังกาย ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนของตัวอย่างจำแนกตามบทบาทการดูแลด้านการพักผ่อนและการออกกำลังกาย (ญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีบทบาทการดูแลมากกว่า 1 อย่าง)

บทบาทการดูแล	อาการสงบ (n=10)	กำลังมีอาการ (n=10)
1. ผู้ช่วยเหลือ		
- สังเกตพฤติกรรม / ซักถาม	10	9
- กระตุ้น / แนะนำผู้ป่วยให้ได้รับการพักผ่อน	10	10
- กระตุ้น / ส่งเสริมผู้ป่วยให้มีการออกกำลังกาย	1	-
- ห้ามปรามให้หยุดพฤติกรรมที่ผิดปกตินั้น	10	9
2. ผู้จัดการดูแล		
- นำส่งโรงพยาบาล	-	2
3. ไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ		
- ปล่อย แล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย	10	9

บทบาทการดูแลด้านการพักผ่อนและการออกกำลังกาย (ตารางที่ 6) ที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออาการสงบ พบว่า ญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) จะปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย แต่ในบางครั้ง ญาติผู้ดูแล จะเฝ้าสังเกตพฤติกรรมและซักถาม พร้อมทั้งกระตุ้นแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อน นอนหลับและมีการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ และเมื่อผู้ป่วยกำลังมีอาการ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (9 ราย) จะแสดงบทบาทของการเป็นผู้ช่วยเหลือ โดยเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าทำอะไร อย่างไร พร้อมทั้งกระตุ้นผู้ป่วยให้ได้รับการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยการพยายามพูดเตือนหรือห้ามปรามผู้ป่วยให้หยุดพฤติกรรมที่ผิดปกตินั้น ซึ่งผู้ป่วย

จะรับฟังและไม่รับฟังเป็นบางครั้ง และเมื่อครั้งใดที่ผู้ป่วยไม่รับฟังและปฏิบัติตามคำเตือนของญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร จึงตัดสินใจปล่อย แล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย แต่มีญาติผู้ดูแลบางราย (2 ราย) จะเป็นผู้จัดการดูแล โดยการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม และไม่นอนเป็นเวลานานหลายวัน ส่วนในด้านการออกกำลังกายนั้น ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (9 ราย) ไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ พบเพียงหนึ่งรายเท่านั้นที่กระตุ้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย

4.2.2 บทบาทการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความเสื่อมของบุคลิกภาพ ความคิด ความจำ การรับรู้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2540) ดังนั้นในการสังเกตและศึกษาพัฒนาการของผู้ป่วยจิตเภทว่า เหมาะสมตามพัฒนาการด้านต่าง ๆ หรือไม่อย่างไรนั้น อาจทำให้ไม่ชัดเจนในคำตอบที่ได้ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะในส่วนของความสามารถและพัฒนาการในด้านการทำงานสัมพันธภาพ และการเข้าสังคมของผู้ป่วยเท่านั้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.2.2.1 สัมพันธภาพและการเข้าสังคม

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ อาจพบว่ามีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทั้งในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและกำลังมีอาการ ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยประกอบกับพยาธิสภาพทางจิตที่เกิดขึ้น เป็นผลให้ผู้ป่วยขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม แยกตัว ไม่เกี่ยวข้องกับใคร หรือมีพฤติกรรมรุนแรง อาจส่งผลให้บุคคลใกล้ชิดไม่กล้าที่จะเข้าใกล้และหลีกหนีผู้ป่วย ดังนั้นบทบาทการให้การดูแลด้านสัมพันธภาพและการเข้าสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญที่ญาติผู้ดูแลพึงตระหนักและให้ความสำคัญ ตลอดจนหาแนวทางช่วยเหลือ เพราะการแยกตัวเองจากสังคมมากเกินไปก็อาจทำให้อาการที่เรื้อรังพัฒนาขึ้นมาได้เช่นกัน (เลอสรรค์ พุ่มชูศรี, 2531) ญาติผู้ดูแลควรมีการสนับสนุน ส่งเสริมผู้ป่วยให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น รู้จักการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว หรือกิจกรรมอื่น ๆ ทางสังคม แต่ไม่ใช่การผลักดัน เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยไปร่วมรับประทานอาหารเย็นกับเพื่อน ๆ และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ควรมีการพูดคุยให้ความเป็นเพื่อนกับผู้ป่วย ชักชวนผู้ป่วยไปดูภาพยนตร์หรือร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ (Minister of Supply and Services Canada, 1991) ตลอดจนตระหนักและเอาใจใส่ในความรู้สึกของผู้ป่วยอยู่เสมอ พร้อมทั้งหาแนวทางช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งจาก

การสัมภาษณ์เชิงลึกตัวอย่าง เกี่ยวกับบทบาทการดูแลด้านสัมพันธภาพ และการเข้าสังคมของผู้ป่วย พบดังรายงาน ดังนี้

จากการศึกษาบทบาทการดูแลในด้านสัมพันธภาพและการเข้าสังคม ที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วย จิตเภททั้งในช่วงอาการสงบและกำลังมีอาการ พบว่า ญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) ไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือ หรือให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยให้เหตุผลว่าแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย แต่มีญาติผู้ดูแลรายหนึ่งให้เหตุผลว่าไม่ต้องการให้ผู้ป่วยไปคบหาสมาคมกับเพื่อน ๆ รุ่นเดียวกันที่เคยคบกันมา เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะไปเสพสารเสพติดอีก ดังนั้น จึงต้องคอยควบคุม กำกับ โดยการพูดห้ามปรามผู้ป่วยอยู่เสมอ และจะปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วยว่าต้องการไปมาหาสู่หรือพูดคุยกับใครบ้าง ดังตัวอย่าง เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 1 ญาติผู้ดูแลประกอบอาชีพขับรถสามล้อรับจ้าง อาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภทวัย 21 ปี ในแต่ละวันทั้งในช่วงกลางวันและกลางคืน ญาติผู้ดูแลต้องออกไปประกอบอาชีพ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องปล่อยผู้ป่วยไว้เพียงลำพังที่บ้านและผู้ป่วยเดิมจะเป็นคนชอบเข้าสังคม มีเพื่อนมาก ซึ่งกลุ่มเพื่อนนี้จะเป็นกลุ่มเพื่อนที่เสพสารเสพติด จึงเป็นผลให้ญาติผู้ดูแลห้ามไม่ให้ผู้ป่วยเข้าไปพูดคุยหรือไปมาหาสู่กับเพื่อนดังกล่าว ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

> *"ไม่ได้แนะนำแล้วแต่เขา อยากไปก็ไป แต่บางครั้งผมห้ามเขาไม่ให้ไปเล่นหรือพูดคุยกับเด็ก ๆ พวกนั้นเพราะพวกมันดมกาว สูบซาบ้าง กลัวว่าเขาจะติดอีกครับ ถ้ากลับไปติดอีก อาการบ้าก็จะเป็นมากขึ้น"*

ญาติผู้ดูแลรายที่ 6 ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นครอบครัวขยาย และภายในครอบครัวนั้นประกอบด้วยสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอีก 1 คน ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นพี่สาว ทั้งสองคนจะมีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อย มารดาของผู้ป่วยจะรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลบุตรซึ่งป่วยด้วยโรคจิตถึง 2 คน ประกอบกับการที่จะต้องประกอบอาชีพ เป็นผลให้ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

> *"ไม่เคยบอก ก็เห็นเพื่อนมาเล่นด้วยเยอะ ช่วงที่มีอาการเขาก็อยู่คนเดียวไม่มีใครมาหาหรอก เขาก็คงรังเกียจมัน พวกป้าก็ไปทำงานกันหมด ตอนเย็น ๆ ถึงจะได้กลับมาบ้าน ปล่อยให้มันอยู่คนเดียว พี่น้องเขาก็ไม่ค่อยอยากจะคุยกับมันหรอก มันน่ะไม่ถูกกันกับน้องกับพี่หรอก ทะเลาะกันบ่อย ป้าต้องคอยห้ามตลอด"*

นอกจากนี้ มีญาติผู้ดูแล (3 ราย) กล่าวถึง การดูแลในด้านสัมพันธภาพและการเข้าสังคมของผู้ป่วยว่า มีเพียงบางครั้งเท่านั้นที่เห็นผู้ป่วยซึม เฉยเมย แยกตัวอยู่ในห้องคนเดียวมากขึ้น ไม่สนใจพูดคุยกับใครแต่อย่างใด แม้แต่ญาติผู้ดูแล ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงต้องแสดงบทบาทของการเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยการพูดแนะนำให้ไปมาหาสู่กับเพื่อน ๆ หรือชวนให้ไปร่วมงานบุญประเพณีต่าง ๆ ของชุมชนที่อาศัยอยู่ ซึ่งผู้ป่วยรับฟังและปฏิบัติตามบ้างเป็นบางครั้ง ดังตัวอย่างคำกล่าวของญาติผู้ดูแล เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 9 ญาติผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ นอกจากแม่บ้านเพียงอย่างเดียว โดยส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจะชอบเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน มีเพื่อนน้อย นาน ๆ จะมีเพื่อนมาเยี่ยม 1-2 คน แม้แต่พี่น้องในครอบครัวผู้ป่วยจะปฏิเสธที่จะพูดคุยด้วย และบ่อยครั้งที่ญาติผู้ดูแลชวนผู้ป่วยไปร่วมงานบุญ ประเพณีต่าง ๆ ผู้ป่วยมักจะปฏิเสธที่จะไป มีน้อยครั้งที่ไปพร้อมกับญาติผู้ดูแล ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

> *"ก็เคยบอกให้ไปเล่นกับเพื่อน ๆ แต่เขาไม่ค่อยไป บางครั้งก็ไปบางครั้งก็ไม่ไป นอนอยู่แต่ในห้องนั่นแหละ และบางครั้งเราไปร่วมงานที่ไหนก็ชวนเขาไปด้วย แต่เขาไม่ค่อยอยากจะไปกับเรา"*

สรุปบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านสัมพันธภาพและการเข้าสังคม ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนของตัวอย่างจำแนกตามบทบาทการดูแลในด้านสัมพันธภาพและการเข้าสังคม (ญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีบทบาทการดูแลมากกว่า 1 อย่าง)

บทบาทการดูแล	อาการสงบ (n=10)	กำลังมีอาการ (n=10)
1. ไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ		
- ปล่อย / แล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย	10	10
2. ผู้ให้การช่วยเหลือ		
- พูดแนะนำ ให้ไปเล่นกับเพื่อน ๆ	3	-
- ชักชวนให้ไปร่วมงานสังคมด้วย	3	-

บทบาทการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านสัมพันธภาพและการเข้าสังคมของผู้ป่วย (ตารางที่ 7) พบว่าญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) ไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ จะปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย และในบางรายพบว่าญาติผู้ดูแลจะห้ามไม่ให้ผู้ป่วยไป

มาหาสู่กับเพื่อน ๆ หรือบุคคลอื่นเช่นเคย เนื่องจากกลัวว่าผู้ป่วยจะไปก่อเรื่องวุ่นวาย หรือสร้างความรำคาญให้กับบุคคลอื่นได้ มีเพียงญาติผู้ดูแลบางราย (3 ราย) ที่แสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น โดยการพูดแนะนำให้ผู้ป่วยไปมาหาสู่กับเพื่อน ๆ และชักชวนให้ผู้ป่วยไปร่วมงานสังคมต่าง ๆ ที่ชุมชนจัดขึ้น

4.2.2.2 การทำงาน

ในการศึกษาบทบาทการดูแล ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านการทำงานครั้งนี้ รวมถึงการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้และการช่วยเหลืองานบ้าน ซึ่งการทำงานของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ส่วนใหญ่พบว่า สามารถทำงานได้ อาจรับผิดชอบงานที่เคยทำได้ดีเช่นเดิม (วัชนี หัตถพนมและคณะ, 2535) แต่เนื่องจากพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคที่เกิดขึ้นอย่างไม่แน่นอน อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่ออาชีพ การงานได้ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลที่บ้านจึงควรค้นหาข้อมูลว่าผู้ป่วยเคยได้รับประสบการณ์การฟื้นฟูอาชีพ หรือทำงานอะไรบ้าง ขณะอยู่ที่โรงพยาบาลสามารถทำงานนั้นได้หรือไม่ อย่างไร จากนั้นจัดสรรงานอาชีพ หรือกิจกรรมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย โดยการค้นหาศูนย์ฝึกอาชีพในชุมชนว่ามีเพียงพอและเหมาะสมในการที่จะให้ผู้ป่วยไปฝึกอาชีพหรือไม่ อย่างไร หรือจัดหางานให้ผู้ป่วยทำด้วยตนเอง เช่น ทำงานบ้าน เล่นดนตรี จักสาน ทอเสื่อ ช่างไม้ หรือมุ่งความสนใจให้อยู่กับการอ่านหนังสือ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพิจารณาการคัดเลือกงานที่จะทำนั้นด้วยตนเอง ไม่ใช่การผลักดัน หรือบังคับผู้ป่วยให้ทำตามความต้องการของญาติผู้ดูแล และงานที่ผู้ป่วยจะเลือกทำ ควรเป็นงานที่อยู่ในขอบข่ายความสามารถที่เขาพอจะทำได้ ไม่ควรจะเป็นงานที่ยากเกินไป หรือที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเคร่งเครียด แต่ควรจะเป็นงานที่ก่อให้เกิดรายได้ หรือเป็นงานอาชีพของครอบครัวตลอดจนเป็นงานอาชีพที่ไม่เร่งรัดหรือไม่ต้องการความสมบูรณ์มากนัก เหล่านี้ย่อมจะเป็นผลดีในแง่ของการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการเรื้อรัง เพราะงานในลักษณะนี้จะช่วยป้องกันไม่ให้อาการที่เรื้อรังของโรคจิตเภท พัฒนาขึ้นมาหรือกลับเลวลงไปกว่าเดิม นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่าต่อครอบครัว เกิดความภาคภูมิใจ และไม่เป็นการเพิ่มภาระให้กับญาติผู้ดูแลอีกทางหนึ่งด้วย ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวอย่าง เกี่ยวกับบทบาทการดูแลในด้านการทำงานของผู้ป่วย พบดังรายงาน ดังนี้

จากการศึกษาบทบาทการดูแลในด้านการทำงานที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออาการสงบ พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (8 ราย) ไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ โดยการไม่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฝึกงานอาชีพ หรือประกอบอาชีพใด ๆ เพื่อเป็นรายได้ โดยให้

เหตุผลว่าผู้ป่วยยังมีอาการทางจิต ซึ่งต้องรักษาให้หายดีก่อน และเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบมากขึ้น ดังตัวอย่าง เช่น

ผู้ป่วยรายที่ 6 ผู้ป่วยจิตเภทวัย 23 ปี สถานภาพโสด เดิมประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างชั่วคราวของสำนักงานที่ดินจังหวัด และเมื่อเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยถูกให้ออกจากงาน ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ญาติผู้ดูแลจะให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเฉย ๆ ไม่ได้ส่งเสริมหรือแนะนำผู้ป่วยให้ฝึกงานอาชีพเพื่อหารายได้แต่อย่างใด โดยให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยเป็นคนที่มีความผิดปกติทางจิตอาจไปสร้างความเดือดร้อนให้กับบุคคลอื่นได้ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"แต่ก่อนก็ทำงานกับพวกรังวัดที่ดิน แต่ตอนนี้พอเป็นหนักขึ้นใครก็ไม่ต้อนรับ เขากลัวว่ามันจะไปตีเขา มันหงุดหงิดง่าย"

"ไม่ได้ทำอะไรครับให้อยู่บ้านเฉย ๆ ถ้าทำเดี๋ยวอาการบ้าขึ้นครับ วันนั้นผมให้ไปถางหญ้า พอวันรุ่งขึ้นอาการบ้าขึ้นครับ พูดเรื่อยเปื่อยคนเดียวร้องเพลงคนเดียวก็มี"

ในบางครั้งญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (9 ราย) จะแสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือและให้การสนับสนุนโดยการพูดกระตุ้นให้ ผู้ป่วยช่วยทำงานบ้าน เช่น ตักน้ำใส่ตุ่ม ถางหญ้า หุงข้าว ซักเสื้อผ้า หรือช่วยไปซื้อของใช้ที่จำเป็นบ้าง ให้ช่วยล้างจาน ถูบ้าน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะรับฟังและปฏิบัติตามบ้างเป็นบางครั้งและผู้ป่วยสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้ดีตามที่ญาติผู้ดูแลต้องการ ดังตัวอย่าง เช่น

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยวัย 27 ปี ป่วยด้วยโรคจิตเภท การศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สถานภาพโสด ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ปัจจุบันอยู่บ้านเฉย ๆ ไม่ได้มีการฝึกงานอาชีพเพื่อหารายได้แต่อย่างใด แต่ญาติผู้ดูแลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลืองานในบ้าน ซึ่งผู้ป่วยจะรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของญาติเป็นบางครั้งเท่านั้น ครั้งใดที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามญาติผู้ดูแลจะปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย ไม่ได้บังคับหรือผลักดันผู้ป่วยแต่อย่างใด ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ให้ช่วยตักน้ำ บางครั้งก็ไม่ได้บอกเขาทำเอง"

"ให้ช่วยทำงานบ้านในบางครั้ง หุงข้าว ตักน้ำ เราก็คอยชมเขา บอกให้ทำก็ทำอยู่ทำได้หมดแหละ"

ผู้ป่วยรายที่ 5 ผู้ป่วยชายไทยวัย 25 ปี ป่วยด้วยโรคจิตเภท การศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สถานภาพโสด ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือฝึกงานอาชีพเพื่อหารายได้แต่

อย่างใด เนื่องจากญาติผู้ดูแลประเมินว่า ผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิต อาจจะทำงานได้ไม่ดี ต้องการให้ผู้ป่วยรักษาโรคที่เป็นอยู่ให้หายเป็นปกติ ก่อนที่จะทำงานหารายได้ แต่ญาติผู้ดูแลจะกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลืองานในบ้านเท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะทำได้ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ก็คอยบอกให้เขาทำ บอกว่าทำอย่างนี้นะ บอกขั้นตอนให้เขาทำเขาก็ทำได้ ซักเสื้อผ้าได้ แต่ไม่ค่อยสะอาด"

นอกจากนี้มีญาติผู้ดูแล (1 ราย) กล่าวถึง ผู้ป่วยจิตเภทว่าผู้ป่วยสามารถออกไปทำงานรับจ้างได้ ถ้าอาการสงบ ประกอบกับความต้องการของผู้ป่วยที่จะประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการประกอบอาชีพ โดยการจัดหาอาชีพให้ แต่ก็ไม่ได้คาดหวังว่าผู้ป่วยจะประกอบอาชีพได้ดีหรือไม่ อย่างไร ดังตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยรายที่ 7 ผู้ป่วยชายไทยวัย 27 ปี สถานภาพโสด ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เดิมประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และเมื่อเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยจะหยุดหรือไม่ได้ประกอบอาชีพนั้น แต่ญาติผู้ดูแลจะส่งเสริมหรือช่วยให้ผู้ป่วยมีการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยมีอาชีพ เช่น ซื้อรถสามล้อให้ผู้ป่วยเพื่อไปรับส่งผู้โดยสารในช่วงที่อาการสงบ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลืองานในบ้าน โดยมีสินจ้างเพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ให้มันขับรถสามล้อรับจ้าง แล้วแต่มัน วันไหนที่มันอยากไปหาเงินมันก็ออกไป เดี๋ยวมันก็กลับเข้ามานอน เงินมันไม่มีซักบาท วันหนึ่งมันอยากได้เงินไปซื้อบุหรี่ 20 บาท มาขอพ่อ ตาก็บอกว่าให้ถูบ้านให้ก่อนเดี๋ยวจะให้ 20 บาท มันก็ทำเพราะอยากได้เงินซื้อบุหรี่"

เมื่อผู้ป่วยกำลังมีอาการ พบว่า ญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) ไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิต มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไม่เหมือนคนปกติทั่วไป ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของตนเองได้ แม้แต่จะช่วยเหลือตนเองยังไม่ได้และอาจทำงานได้ไม่เต็มที่ ไม่มีประสิทธิภาพในการทำงานดังเช่นคนปกติ และผลของการทำงาน อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบได้ เช่น

"ช่วงที่เป็นมันไม่ทำอะไร บอกให้ทำก็ไม่ทำ นอนอยู่ในห้องตลอด"
"ไม่กล้าให้ทำหรอก วันนั้นให้ถางหญ้าเฉย ๆ พอกลับเข้ามาดูอีกทีเขาตัดต้นไม้ไปหลายต้นเหมือนกันก็เลยไม่ให้ทำ"

สรุปบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านการทำงานดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนตัวอย่างจำแนกตามบทบาทการดูแลในด้านการทำงาน
(ญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีบทบาทการดูแลมากกว่า 1 อย่าง)

บทบาทการดูแล	อาการสงบ (n=10)	กำลังมีอาการ (n=10)
1. ผู้ช่วยเหลือ		
- กระตุ้นให้ช่วยงานบ้าน	9	-
- ให้ประกอบอาชีพ	1	-
2. ไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ		
- ให้อยู่บ้านเฉย ๆ	10	10

บทบาทการดูแลในด้านการทำงานที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทในช่วงอาการสงบ (ตารางที่ 8) พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (9 ราย) แสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการทำงาน โดยการพูดกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลืองานในบ้าน เช่น กระตุ้นให้ช่วยทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ปรุงอาหาร เป็นต้น พบเพียงบางรายเท่านั้นที่ญาติผู้ดูแลให้การช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยให้มีการประกอบอาชีพ โดยการจัดซื้อรถสามล้อให้ สำหรับขับไปรับจ้าง รับ-ส่งผู้โดยสาร นอกจากนี้จากการศึกษา เกี่ยวกับบทบาทการดูแลในด้านการทำงาน ขณะผู้ป่วยอาการสงบและกำลังมีอาการ พบว่า ญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) ไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ โดยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเฉย ๆ

4.2.3 บทบาทการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เป็นการให้การดูแลบุคคลที่มีความบกพร่อง ในการดูแลตนเอง หรือไม่สามารถดูแลตนเองได้ เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งเกิดจากภาวะการเจ็บป่วย บทบาทการดูแลที่จำเป็นที่ญาติผู้ดูแลควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภท เพื่อคง

ไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี ได้แก่ บทบาทการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ การรับประทานยา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล และการดูแลให้งดสิ่งเสพติด จากการศึกษา ด้วยการใช้คำถามเกี่ยวกับบทบาทการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ทำให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยตัวอย่างกล่าวถึงบทบาทการดูแล หรือบทบาทที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งสามารถจัดหมวดหมู่ของข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.2.3.1 การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ

ผู้ป่วยจิตเภท อาจพบลักษณะพฤติกรรมที่ไม่อาจคาดคะเนล่วงหน้าได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ เช่น ความรุนแรง พฤติกรรมที่แปลกผิดธรรมดา หลงผิด ประสาทหลอน พูดบ่นคนเดียวอย่างปราศจากความหมาย เป็นต้น เหล่านี้ อาจก่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดความยากลำบาก ความไม่สะดวกในการให้การดูแลได้ ดังนั้นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลพึงกระทำ เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ คือ พยายามสงบสติอารมณ์ ทำจิตใจให้เยือกเย็น ลดสิ่งกระตุ้นทางด้านเสียง แสง โดยการปิดวิทยุ เทป โทรทัศน์ หรือหลีกเลี่ยงผู้ป่วยออกจากสถานที่ที่มีเสียงดัง พูดเตือนผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล ช้าและชัดเจน พร้อมทั้งบอกผู้ป่วยให้ทราบถึงพฤติกรรมที่ญาติสังเกตได้ เช่น "คุณกำลังโกรธ / กลัว / สับสน" "บอกฉันได้ไหมว่าคุณกำลังหวาดกลัวอะไร" และอาจต้องติดต่อขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน ตำรวจ เพื่อควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล นอกจากนี้สิ่งที่ญาติผู้ดูแลไม่พึงกระทำเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ คือ ไม่ตะโกนเสียงดังใส่ผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ การจ้องมองผู้ป่วยนาน ๆ ไม่ไปขัดขวางหรือโต้เถียงผู้ป่วย และไม่ควรใช้คำถามกับผู้ป่วยมากจนเกินไป เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ญาติผู้ดูแลพึงกระทำและไม่พึงกระทำอย่างเคร่งครัด เพื่อลดอาการกำเริบ และป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด

จากการศึกษาบทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแล ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภท เมื่อมีอาการกำเริบ พบว่าญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) เผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยซึ่งพฤติกรรมรุนแรงนั้น อาจจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับลักษณะความรุนแรงของโรคที่ปรากฏอยู่ในผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาสามารถจัดกลุ่มลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ 2 ลักษณะดังกล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงเฉพาะคำพูดหรือท่าทาง เช่น เอะอะโวยวาย พูดบ่นเสียงดัง สายตาขวางหงุดหงิด โมโหง่าย ไม่มีพฤติกรรมที่จะทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่น เป็นต้น และกลุ่มผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมรุนแรงทั้งคำพูดและการกระทำ เช่น เอะอะโวยวาย หงุดหงิดโมโหง่าย ทำลายข้าวของเครื่องใช้ มีพฤติกรรมที่จะทำร้ายตนเองและบุคคลอื่น เป็นต้น และเมื่อพฤติกรรมรุนแรง

ดังกล่าวนั้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจะแสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมรุนแรงนั้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

บทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีพฤติกรรมรุนแรงเฉพาะคำพูดหรือท่าทาง เช่น เอะอะโวยวาย พูดบ่นเสียงดัง สายตาขวาง อารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย แต่จะไม่มีพฤติกรรมที่จะทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่น ซึ่งญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) จะแสดง บทบาทการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงดังกล่าว คือ แสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือโดยการพูดเตือนผู้ป่วยเพื่อให้หยุดพฤติกรรมที่ผิดปกตินั้นด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล ซึ่งผู้ป่วยจะรับฟังและปฏิบัติตามเป็นบางครั้งเท่านั้น โดยจะพูดบ่นด้วยน้ำเสียงที่เบาลง อารมณ์หงุดหงิดน้อยลง หรือเดินหนีจากญาติผู้ดูแล ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 2 ญาติผู้ดูแลเล่าว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตกำเริบและอาการสงบสลับกันไป ประมาณ 2-3 สัปดาห์ต่อครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ญาติผู้ดูแลจะพยายามพูดเตือน สอนผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมเสมอ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

> *"อาการเขาเดี๋ยวดี เดี๋ยวร้ายคุณหมอ ป้าสังเกตได้เลย เขาจะเริ่มหงุดหงิด ป้าพูด น้องพูดอะไรไม่ได้เลย สายตาเขาจะขวาง ป้าก็จะพยายามพูดดีกับเขา เอาใจเขาหน่อย แต่ถ้าเขาไม่ค่อยฟังเราหรอก บางครั้งก็ฟังบ้าง พอเราพูดดี ๆ กับเขา เขาก็จะอารมณ์ดีขึ้นมาบ้าง"*

ญาติผู้ดูแลรายที่ 3 ญาติผู้ดูแลเล่าว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการทางจิตค่อนข้างสงบนาน ๆ ครั้ง ประมาณ 1-2 ครั้งใน 1 ปี จะมีอาการกำเริบขึ้น เช่น พูดเสียงดังขึ้น สายตาเริ่มขวาง อารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย แต่ไม่เคยทำร้ายตนเองหรือทำร้ายบุคคลอื่น ซึ่งญาติผู้ดูแลเองจะพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีอาการสงบลงโดยการพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล รับฟังผู้ป่วยพูดและผู้ป่วยเองก็จะเริ่มอารมณ์ดีขึ้นเรื่อย ๆ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

> *"บางครั้ง เขาก็จะมีอารมณ์หงุดหงิด พูดอะไรก็โมโห สายตาเขาจะขวาง เวลาพูดเหมือนโกรธอะไรสักอย่าง ผมก็จะพยายามพูดดีกับเขา ค่อย ๆ พูด จากนั้นเขาก็จะอารมณ์ดีขึ้นครับ"*

มีญาติผู้ดูแลบางราย (6 ราย) กล่าวว่า นอกจากจะพยายามพูดเตือนผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวลหรือรับฟังผู้ป่วยแล้ว สิ่งที่ญาติผู้ดูแลกระทำอีกอย่างก็คือ เก็บอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่จะเป็นอันตราย เช่น มีด พร้า ท่อนไม้ กรรไกร และของมีคมต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนำไปทำอันตรายต่อตนเอง และบุคคลอื่น ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 2 ญาติผู้ดูแลเล่าว่า ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตขึ้น ๆ ลง ๆ เดี๋ยวดี เดี๋ยวร้ายสลับกันไป ดังนั้นเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ญาติผู้ดูแลจะเก็บมีดพร้า ของมีคมต่าง ๆ ไว้อย่างมิดชิด ไม่ให้ผู้ป่วยพบเห็นเลย ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"เวลามันบ้าขึ้นมา หรือเริ่มจะเป็น ป้าก็จะเก็บหมดแหละ พวกมีด ท่อนไม้แหลม ๆ แถวนี้ กรรไกร ป้าก็จะพยายามซ่อนไว้ ไม่ให้เขาเห็น กลัวว่าเขาจะเอามาวิ่งไล่ตีคนนั้น คนนี้ แต่เขาก็ไม่เคยเป็นถึงขั้นนั้นหรอกนะ"

สำหรับบทบาทการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทั้งด้านคำพูดและการกระทำ พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (9 ราย) จะแสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมโดย ญาติผู้ดูแลจะพูดเตือน ห้ามปราม ให้ ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรมที่ผิดปกติ เก็บอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่จะเป็นอันตราย เช่น มีด พร้า ท่อนไม้ กรรไกร เป็นต้น เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนำไปทำอันตรายกับบุคคลอื่น หรือตัวผู้ป่วยเอง ตลอดจนกักขัง ผูกมัด ควบคุม และล่ามโซ่ผู้ป่วยไว้ก่อนนำส่งโรงพยาบาล ดังตัวอย่างเช่น

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่วัย 21 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน 5 ปี พบอาการกำเริบของโรคจิตเภทเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาการกำเริบที่พบส่วนมาก พบทั้งพฤติกรรมรุนแรงด้านคำพูดและการกระทำ เป็นผลให้ญาติผู้ดูแลต้องพยายามควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยไว้ โดยการพูดห้ามปราม กักขัง ผูกมัดผู้ป่วยไว้ ตลอดจนเก็บอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่จะเป็นอันตรายทั้งต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"เวลาบ้าขึ้นมา ผมไม่กล้าเข้าไปใกล้ ยืนห้ามอยู่ไกล ๆ ร้องตะโกนบอกไม่กล้าเข้าไปใกล้หรอก ผมก็บอกให้หยุดทำ ทำทำไม เอามีดมาเก็บเถอะ"

"ผมเก็บหมดเลยครับ มีดพร้าไม้ที่เป็นท่อน ๆ ไม่ให้เอาไปเลย แต่ก่อนผมไม่ได้เก็บเขาก็เลยเอาไปตัดต้นไม้ ตีฝาผนังบ้านพังหมดครับ แถวนี้ใช่หมดเลย"

ผู้ป่วยรายที่ 4 ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่วัย 30 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน 16 ปี อาศัยอยู่กับมารดาเพียงลำพัง 2 คน พบอาการกำเริบของโรคจิตเภทเป็นส่วนใหญ่ ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องสร้างห้องสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะ ซึ่งจากการสังเกตพบว่า ห้องที่ญาติผู้ดูแลสร้างขึ้นมาให้สำหรับผู้ป่วยนั้น จะเป็นห้องที่อยู่ใต้ถุนของตัวบ้าน พื้นที่ค่อนข้างแคบ ประตูทำด้วยเหล็กดัดพร้อมที่จะใส่กุญแจไว้ตลอดเวลา เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยออกมาทำอันตราย หรือสร้างความเดือดร้อนให้กับญาติผู้ดูแล ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ยายขังไว้อย่างนั้นแหละ ใส่กุญแจไว้ ถ้ายายไม่ขังไว้มันก็ออกมาเดี๋ยวมันก็หลุดหนี มาตียายบ้าง บางครั้งชาวบ้านแถวนี้มาช่วยจับ เคยไปเรียกตำรวจให้มาช่วยก็มี"

มีญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (9 ราย) ยังกล่าวอีกว่า ในบางครั้ง เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบมากขึ้น โดยมีพฤติกรรมรุนแรงทั้งคำพูดและการกระทำ เช่น เอะอะโวยวาย ทำลายข้าวของเครื่องใช้ จะทำร้ายตนเอง และบุคคลอื่น เป็นต้น ซึ่งญาติผู้ดูแลไม่สามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยให้ลดพฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวได้โดยลำพัง ญาติผู้ดูแลจะแสดงบทบาทของผู้จัดการดูแล โดยการขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านใกล้เคียง ตำรวจ เครือญาติเพื่อควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 5 ญาติผู้ดูแลวัย 47 ปี สถานภาพสมรสหม้าย เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา และอาศัยอยู่กับบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเพียงลำพัง 2 คน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทนี้จะพบว่ามีอาการทางจิตสงบและกำเริบสลับกันไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ในบางครั้ง เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ญาติผู้ดูแลต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเสมอ เพื่อควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"เห็นลูกเป็น ก็เลยโทรศัพท์ให้พ่อเขามาช่วยจับไว้ จากนั้นก็พากันไปโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ไปอยู่เป็นเดือน ๆ พี่ก็ต้องไปเฝ้าเขาตลอด

ญาติผู้ดูแลรายที่ 9 ญาติผู้ดูแลวัย 62 ปี สถานภาพสมรสหม้าย เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ซึ่งผู้ป่วยจะปรากฏอาการกำเริบ โดยแสดงพฤติกรรมรุนแรงทั้งคำพูดและการกระทำเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น ในบางครั้งเมื่อญาติผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้บรรเทาอาการกำเริบได้ ญาติผู้ดูแลจะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านหรือตำรวจเสมอ เพื่อควบคุมพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ก่อนที่จะนำส่งโรงพยาบาล ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"เวลาอาการมันขึ้น คุณหมอ มันแรงมาก เอาไม่อยู่หรอก คนเดียวน่ะ ป้าก็ต้องเรียกญาติพี่น้องมาช่วยจับไว้ บางครั้งก็ให้ตำรวจมาช่วยจับก็มี แล้วค่อยพาไปส่งโรงพยาบาล ไม่งั้นมันไม่ไปหรอก โรงพยาบาล พูดยากมาก"

นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า ญาติผู้ดูแลบางราย (3 ราย) ไม่ได้แสดงบทบาทของผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบโดยให้เหตุผลว่า ไม่ทราบว่าจะจัดการอย่างไรกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น กลัวว่าผู้ป่วยจะมาทำร้ายร่างกาย เพราะเคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายมาแล้วถึง 2 ครั้ง ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 7 ญาติผู้ดูแลวัย 73 ปี สถานภาพสมรสหม้าย เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา ให้การดูแลบุตรชายซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภทมานาน 21 ปี เคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายมาแล้ว 2 ครั้ง และจากการสังเกตญาติผู้ดูแลขณะสัมภาษณ์พบว่า ญาติผู้ดูแลแสดงออกถึงความรู้สึกเบื่อหน่ายจากการให้การดูแลผู้ป่วย มีความรู้สึกในทางลบกับผู้ป่วย ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ไม่รู้จะทำยังไง ถ้าพูดให้มัน ตาก็กลัวว่ามันจะตีเอา ลูก ๆ คนอื่น เขาก็เกลียด รำคาญมัน มันพูดไม่ค่อยรู้เรื่อง ตาไม่อยากพูดกับมัน บอกสอนมันเท่าไหร่ก็ไม่เอา แล้วแต่มัน ตาปล่อยแล้ว"

สรุปบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนตัวอย่างจำแนกบทบาทการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ
(ญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีบทบาทการดูแลมากกว่า 1 อย่าง)

บทบาทการดูแล	คำพูด (n=10)	คำพูดและการกระทำ (n=10)
1. ผู้ช่วยเหลือ		
- พูดเตือนให้หยุดพฤติกรรมที่ผิดปกติ	10	9
- เก็บอุปกรณ์ เครื่องใช้ที่เป็นอันตราย	6	9
- กักขัง / ควบคุม / ผูกมัด / ล่ามโซ่	-	9
2. ผู้จัดการดูแล		
- ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	-	9
- นำส่งโรงพยาบาล	-	9
3. ไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ		
- ปล่อย / ไม่ได้ให้การดูแลแต่อย่างใด	-	3

บทบาทการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ (ตารางที่ 9) เฉพาะคำพูด พบว่าญาติผู้ดูแลทั้งหมด (10 ราย) จะแสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือ โดยการพูดเตือนให้หยุดพฤติกรรมที่ผิดปกติ และเก็บอุปกรณ์เครื่องใช้ที่เป็นอันตราย (6 ราย) และเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ โดยการแสดง

พฤติกรรม รุนแรงทั้งด้านคำพูดและการกระทำ ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (9 ราย) จะแสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือ โดยการพูดเตือนให้หยุดพฤติกรรมที่ผิดปกตินั้น เก็บอุปกรณ์เครื่องใช้ที่เป็นอันตรายกักขัง ควบคุม ผูกมัด และล่ามโซ่ พร้อมทั้งแสดงบทบาทผู้จัดการดูแล โดยการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ก่อนนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล และในบางครั้ง อาจพบว่ามีญาติผู้ดูแลบางราย (3 ราย) ไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ จะปล่อยและไม่ได้ให้การดูแลแต่อย่างใด

4.2.3.2 การรับประทานยา

ในการศึกษาบทบาทการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านการรับประทานยาครั้งนี้ จะรวมถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาและวิธีการจัดการเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธยา ซึ่งผู้ป่วยจิตเภททุกรายจะได้รับการบำบัดรักษาด้วยยา ทั้งขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในระหว่างการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับยาภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์ พยาบาลเป็นอย่างดี และเมื่อกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ผู้ป่วยอาจพบกับความไม่สะดวกในเรื่องการรับประทานยา และอาจเป็นผลให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การบำบัดด้วยยา สามารถลดอัตราการกลับมีอาการทรุดลงอีกได้อย่างเฉียบขาด ถึง 50 % (เลอสรรค์ พุ่มซูศรี, 2531) ดังนั้น ครอบครัวของผู้ป่วยมีหน้าที่สำคัญคอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หรือเตือนให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรับการฉีดยา เพราะหากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ อาจกลับมีอาการทรุดลงอีกได้ เพื่อป้องกันมิให้เกิดมีอาการที่เฉียบพลันขึ้นมาอีก บุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะญาติผู้ดูแลจะต้องคอยควบคุมให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งโดยเคร่งครัด เฝ้าสังเกตพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยมีการแอบทิ้งยาหรือไม่ พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นจากการขาดยา แต่ถ้าเมื่อใด ผู้ป่วยยังยืนยันที่จะปฏิเสธยา ทั้งด้วยคำพูดและพฤติกรรมที่แสดงออกมา ญาติผู้ดูแลควรตัดสินใจไปปรึกษาแพทย์หรือนำผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรับการฉีดยาแทน ไม่ควรที่จะบดยาใส่ในอาหารของผู้ป่วย เพราะเป็นการสร้างความไม่ไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และในกรณีที่ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ญาติผู้ดูแลอาจจำเป็นต้องคอยควบคุมกำกับ จัดและเตรียมยาให้ผู้ป่วยรับประทานแต่ละเวลาตามกำหนด หรือจัดทำกล่องสำหรับเก็บยาไว้ในแต่ละช่วงเวลาของแต่ละวัน หรือแต่ละสัปดาห์ (Minister of Supply and Services Canada, 1991) และสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรับประทานยา เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่ามัว เป็นต้น ถ้าอาการดังกล่าวมีมาก

ควรปรึกษาแพทย์ ตลอดจนไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวอย่าง เกี่ยวกับบทบาทการดูแลในด้านการรับประทานยา พบดังรายงาน ดังนี้

จากการศึกษาบทบาทการดูแลในด้านการรับประทานยา ที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (7 ราย) กล่าวถึงผู้ป่วยจิตเภทในด้านการรับประทานยาว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะขาดความสนใจและใส่ใจในการรับประทานยา บางครั้งจะพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาโดยจะแอบทิ้งยา ซ่อนยา หรือลืมรับประทานยา ดังนั้นญาติผู้ดูแลจะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการเก็บยาไว้กับญาติให้ผู้ป่วย และเมื่อถึงเวลารับประทานยาจะนำยาออกมาให้ผู้ป่วยรับประทาน และมีญาติผู้ดูแลบางราย (4 ราย) จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยา โดยให้เก็บยาและรับผิดชอบรับประทานยาเอง แต่ญาติผู้ดูแลจะคอยช่วยเหลือโดยซักถามและกระตุ้นเตือนให้รับประทานยาเสมอซึ่งผู้ป่วยจะรับฟัง และปฏิบัติตามบ้างเป็นบางครั้ง ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 7 ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลจะให้ผู้ป่วยเก็บยาเอง แต่จะเฝ้าสังเกตการรับประทานยาของผู้ป่วย และเมื่อสังเกตพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ถูกต้อง เช่น แอบทิ้งยา ขาดยา ญาติผู้ดูแลก็จะซักถามผู้ป่วยถึงเหตุผลที่ทิ้งยาหรือไม่รับประทานยา แต่ญาติผู้ดูแลก็ไม่ได้ให้การช่วยเหลือแต่อย่างใด จนกระทั่งผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตกำเริบ ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องนำผู้ป่วยไปรับการรักษา ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

> *"มันเก็บของมันเองนั่นแหละ บางครั้งมันก็กินตามหมอบอก แต่บางครั้งตาก็เห็นมันทิ้งบ้าง พอถามมัน มันก็บอกว่ามันหายดีแล้ว โน่นแหละ พอมันเริ่มมีอาการตาถึงได้พามันไปหาหมอ"*

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยวัย 21 ปี เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนาน 5 ปี เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชหลายแห่ง ซึ่งผู้ป่วยจะไปรับยามารับประทานที่บ้านไม่สม่ำเสมอ กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลจะดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตผู้ป่วยหลังจากรับประทานยา แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบลงหรืออาการทางจิตทุเลาลง ญาติผู้ดูแลจะปล่อยไม่ได้ให้การดูแลใด ๆ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

> *"ผมเก็บยาให้ครับ ตอนเย็นกินข้าวเสร็จ ก็เอาให้กิน พอตอนเที่ยง ผมก็ต้องกลับเข้ามา เอาข้าวเอายาให้กินครับ พอกินยาแล้วเขาจะนอนมากกว่าเดิมเยอะ แต่ก็ดีขึ้นครับ หลังจากกินยาแล้ว แต่บางครั้งผมเห็นว่าเขาดีขึ้น ไม่มีอาการแล้ว ก็ไม่ได้พาไปเอายาหรอก โน่นแหละ พอเขาเริ่มมีอาการถึงได้พาไปด้วย"*

นอกจากนี้ ยังพบว่าญาติผู้ดูแลบางราย (5 ราย) กล่าวว่า ในบางครั้งกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาแล้วแต่ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประทานยา ญาติผู้ดูแลไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร จึงปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยจะขาดยา และปรากฏอาการผิดปกติทางจิตตามมา เช่น อารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย เดินไปเดินมา พูดเรื่อยไป เอะอะโวยวาย และอยู่ไม่สุขเป็นต้น เหล่านี้ ล้วนเป็นผลให้ญาติผู้ดูแลพยายามที่จะจัดการหรือลดพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยโดยการควบคุมผูกมัดผู้ป่วยและนำส่งโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

ญาติผู้ดูแลอีก 2 ราย กล่าวถึงผลของการรับประทานยาหลังจากที่ผู้ป่วยรับประทานยาแล้ว ผู้ป่วยนอนมาก ซึมเลื่อนลอย ญาติผู้ดูแลรู้สึกสงสารผู้ป่วย จึงให้หยุดยาสักพักหนึ่ง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการขาดความรู้ในวิธีการรักษาและการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 1 ญาติผู้ดูแลวัย 54 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จากการสัมภาษณ์ ญาติผู้ดูแลเล่าว่าไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วย เช่น ผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผลข้างเคียงของยา ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยตามความเข้าใจและความสามารถที่มีอยู่ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ไม่อยากให้ทานยา เพราะทานแล้ว เขาจะซึม ๆ จิตใจเลื่อนลอย นอนมาก เขาเองก็บอกว่ารู้สึกไม่ดีเลย เวลากินยา ก็เลยให้หยุดกินยาก่อน"

สรุปบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านการรับประทานยา ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนตัวอย่างจำแนกตามบทบาทการดูแลในด้านการรับประทานยา (ญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีบทบาทการดูแลมากกว่า 1 ราย)

บทบาทการดูแล	อาการสงบ (n=10)	กำลังมีอาการ (n=10)
1. ผู้ช่วยเหลือ		
- เก็บยาไว้ให้และให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา	7	7
- สังเกตผู้ป่วยหลังรับประทานยา	7	7
- กระตุ้นเตือนให้รับประทานยา	7	7
- ให้ผู้ป่วยหยุดยาเมื่อพบอาการผิดปกติ	2	-
- ให้ผู้ป่วยเก็บรักษายาเอง	4	-

ตารางที่ 10 จำนวนตัวอย่างจำแนกตามบทบาทการดูแลในด้านการรับประทานยา

บทบาทการดูแล	อาการสงบ (n=10)	กำลังมีอาการ (n=10)
2. ไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ		
- ปล่อย / ไม่ได้ให้การดูแลใด ๆ	5	5

บทบาทการดูแลในด้านการรับประทานยา ที่ญาติผู้ดูแลปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในช่วงอาการสงบ และช่วงกำลังมีอาการ (ตารางที่ 10) พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (7 ราย) แสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือ โดยการเก็บยาไว้ให้ ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา สังเกตผู้ป่วยหลังรับประทานยา กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแบบแผนการรักษา แต่มีญาติผู้ดูแลบางราย (2 ราย) ให้ผู้ป่วยหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ โดยให้เหตุผลว่า เกิดความรู้สึกสงสารผู้ป่วย เพราะหลังจากผู้ป่วยรับประทานยาแล้ว จะเฉื่อยชา เฉยเมย อย่างเห็นได้ชัด และให้ผู้ป่วยเก็บยาเอง ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการรับประทานยา (4 ราย) นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า ญาติผู้ดูแลบางราย (5 ราย) ในบางครั้งจะไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ จะปล่อยหรือไม่ได้ให้การดูแลแต่อย่างใด เนื่องจากผู้ป่วยไม่รับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของญาติผู้ดูแล

4.2.3.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากโรคที่เป็นอยู่ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขดังเช่นคนปกติทั่วไป แต่ถ้าเมื่อใดผู้ป่วยปราศจากความช่วยเหลือจากบุคคลดังกล่าวแล้ว ส่วนใหญ่จะไม่สามารถเลือกทางที่ดีที่สุดที่จะหลีกเลี่ยงจากการกระตุ้นเร้าที่มากหรือน้อยเกินไปได้ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจึงจำเป็นที่จะต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในลักษณะของการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วย พูดคุย ให้คำแนะนำในทุก ๆ เรื่อง ที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อผู้ป่วย ซึ่งการพูดคุย หรือให้คำแนะนำนั้น ญาติผู้ดูแลควรพูดด้วยน้ำเสียงที่เป็นปกติ นุ่มนวล เป็นประโยคสั้น ๆ ง่าย ๆ ฟังชัดเจน หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย ไม่ควรที่จะใช้คำถามในลักษณะซักไซ้กับผู้ป่วยมากจนเกินไป แต่ควรจะเป็นในลักษณะการพูดคุยในเรื่องง่าย ๆ สบาย ๆ เป็นกันเอง เช่น การพูดคุยเกี่ยวกับภาพยนตร์เรื่องใหม่ รายการทีวี เพลง และชีวิตในวัยเด็ก เป็นต้น พร้อมทั้งสอดแทรกเกร็ดความรู้ต่าง ๆ ใน

เรื่องที่พูดคุยนั้น ตลอดจนรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า บทบาทการเป็นที่ปรึกษาจะเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถระบายความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา ตลอดจนช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้ข้อมูลพื้นฐานในการนำไปประกอบการวางแผน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวอย่างเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย พบดังรายงานดังนี้

จากการศึกษาบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยซึ่งจากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (8 ราย) กล่าวถึงผู้ป่วยจิตเภทว่า ในบางครั้ง ผู้ป่วยจะซึม เฉยเมย แยกตัวอยู่ในห้องคนเดียว สีหน้าครุ่นคิด อารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย พูดเรื่อยเปื่อย ญาติผู้ดูแลจึงต้องแสดงบทบาทการเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยการพูดคุย แนะนำ และซักถามผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล ไม่โต้เถียงผู้ป่วยและรับฟังทุก ๆ เรื่อง เช่น การรับประทานอาหาร การงดสิ่งเสพติด เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะรับฟังและปฏิบัติตามเป็นบางครั้งเท่านั้น ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 9 ญาติผู้ดูแลวัย 62 ปี สถานภาพสมรสหม้าย เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทโดยเป็นมารดา ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ นอกจากเป็นแม่บ้านเพียงอย่างเดียว จากการสังเกตขณะสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลแสดงออกถึงความเอาใจใส่ดูแล ห่วงใยในตัวผู้ป่วย มีการพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล ไม่วิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยแต่อย่างใด ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

""ป้าก็ชวนเขาคุย ถามว่ากินข้าวหรือยัง กินยาหรือยัง เขาก็หาว่าป้าจู้จี้เรื่องส่วนตัวเขา ป้าพูดไม่รู้เรื่องไม่เข้าใจเขา"

ญาติผู้ดูแลรายที่ 2 ญาติผู้ดูแลวัย 54 ปี สถานภาพสมรสคู่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทโดยเป็นมารดา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จากการสังเกตขณะสัมภาษณ์ พบว่าญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ญาติผู้ดูแลจะคอยพูดเตือน สอนผู้ป่วยให้เป็นคนดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสมเมื่อมีโอกาส ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"พยายามบอกเขาให้กินยา มันจะได้หาย ให้ทำตัวตามที่คุณหมอบอก เขาก็บอกว่าไม่ได้เป็นอะไร เขาหายดีแล้ว"

นอกจากนี้มีญาติผู้ดูแลจำนวน 3 ราย กล่าวว่า ในบางครั้งไม่มีการพูดคุย แนะนำ หรือซักถามผู้ป่วยแต่อย่างใด โดยให้เหตุผลว่าพูดคุยกันไม่รู้เรื่องและไม่มีเวลาเนื่องจากต้องทำงาน ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 7 ญาติผู้ดูแลวัย 73 ปี สถานภาพสมรสหม้าย ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา จากการสังเกตขณะสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ห่างเหินต่อกัน และญาติผู้ดูแลเองมีความรู้สึกในทางลบกับผู้ป่วย อาจเนื่องจากการรับรู้ถึงความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ตาไม่อยากพูดกับมัน บอกสอนมันก็ไม่เอา แล้วแต่มัน ปล่อยแล้ว อยากให้ตาย มันจะได้หมดเวรหมดกรรมเราและมันด้วย"

ญาติผู้ดูแลรายที่ 1 ญาติผู้ดูแลวัย 54 ปี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา สถานภาพสมรสหม้าย ประกอบอาชีพขับรถสามล้อรับจ้าง จากการสังเกตขณะสัมภาษณ์ พบว่าญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ญาติผู้ดูแลแสดงออกถึงความเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย แม้ว่าตนจะมีเวลาสำหรับให้การดูแลผู้ป่วยค่อนข้างน้อย เนื่องจากต้องทำงานหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ไม่ค่อยได้คุยหรอก เพราะเราก็ต้องทำงาน แต่ก็เทียวไปเทียวมาวันหนึ่งหลายครั้ง เป็นห่วงลูกครับ"

สรุปบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนตัวอย่างจำแนกตามบทบาทการดูแลด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล (ญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีบทบาทการดูแลมากกว่า 1 อย่าง)

บทบาทการดูแล	อาการสงบ (n=10)	กำลังมีอาการ (n = 10)
1. ผู้ช่วยเหลือ		
- พูดคุย แนะนำ และซักถาม	8	8
- รับฟังผู้ป่วย	8	8
- ไม่โต้เถียง	8	8
2. ไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ		
- ไม่มีการพูดคุย แนะนำ หรือซักถามใด ๆ	3	3

บทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในช่วงอาการสงบและช่วงกำลังมีอาการในด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (ตารางที่ 11) พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (8 ราย) แสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการพูดคุย แนะนำและซักถามผู้ป่วยในเรื่องทั่ว ๆ ไป ตลอดจนรับฟังและไม่โต้เถียงผู้ป่วย แต่ในบางครั้ง ญาติผู้ดูแล (3 ราย) ไม่มีโอกาสที่จะพูดคุย แนะนำหรือซักถามผู้ป่วยแต่อย่างใด เนื่องจากภาระงานและความรับผิดชอบในงานอื่น ๆ

4.2.3.4 การดูแลให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสพติด

โดยทั่วไปแล้วในคนปกติแพทย์จะแนะนำให้งดสารเสพติดอยู่แล้ว ในผู้ป่วยโรคจิตก็เช่นเดียวกัน ควรงดเว้นโดยเด็ดขาด เพราะสารเสพติดที่เสพเข้าไปอาจทำให้อาการของโรคกำเริบได้ นอกจากนี้ สารเสพติดยังก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย และทำลายฤทธิ์ยาที่รักษาโรคจิตรวดเร็วขึ้น ทำให้ต้องใช้ขนาดยาสูงขึ้นอีกด้วย (วัชนี หัตถพนม และคณะ, 2535) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่เคยเสพสิ่งเสพติดมาแล้ว จะยังมีความต้องการหรือหวนกลับไปเสพอีกครั้งได้ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลควรให้การดูแลผู้ป่วยให้งดสิ่งเสพติดอย่างเคร่งครัด โดยการควบคุมกำกับ ห้ามผู้ป่วยไม่ให้ไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด หลีกเลี่ยงผู้ป่วยจากสิ่งเสพติด ญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เป็นตัวอย่างที่ดีไม่เสพสิ่งเสพติดต่อหน้าผู้ป่วย หรือลับหลัง ตลอดจนให้คำแนะนำถึงผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเสพสิ่งเสพติดนั้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวอย่าง เกี่ยวกับบทบาทการดูแลให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสพติด พบดังรายงาน ดังนี้

จากการศึกษาบทบาทการดูแลให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสพติดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในช่วงอาการสงบและช่วงกำลังมีอาการ พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (9 ราย) กล่าวถึงผู้ป่วยจิตเภทว่า ผู้ป่วยจะสูบบุหรี่จัดมาก บางครั้งจะแอบไปดื่มเหล้า สูบกัญชา หรือดมกาวกับกลุ่มเพื่อน ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องแสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้งดสิ่งเสพติดโดยการพูดเตือนแนะนำให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสพติดเสมอเมื่อมีโอกาส ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับฟังแต่ไม่ปฏิบัติตาม ยังคงสูบบุหรี่จัด บางครั้งแอบไปดื่มเหล้า จนเพื่อนบ้านใกล้เคียงมาบอกให้ทราบถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย และมีญาติผู้ดูแลบางราย (1 ราย) กล่าวว่า เคยพาผู้ป่วยไปทำการเลิกเหล้าโดยให้บวชเป็นพระภิกษุที่วัดแห่งหนึ่ง แต่ผู้ป่วยหลบหนีออกจากวัด หลังจากอยู่วัดได้เพียง 1 วัน เท่านั้น ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลเช่น

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยเสพสารเสพติดประเภทบุหรี่ เหล้า กัญชาและยาบ้า ตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น จนกระทั่งเริ่มมีอาการทางจิต ญาติผู้ดูแลจึงนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ขณะที่เข้ารับการรักษา ผู้ป่วยหยุดใช้สารเสพติดประเภทกัญชา ยาบ้าโดยเด็ดขาด แต่ยังคงดื่มเหล้า และสูบบุหรี่

โดยเฉพาะบุหรี่ ผู้ป่วยจะสูบจัดมาก ญาติผู้ดูแลจะพูดเตือน และห้ามไม่ให้ใช้หรือลดการสูบบุหรี่ให้น้อยลงเสมอ แต่ผู้ป่วยไม่รับฟังและไม่ปฏิบัติตามแต่อย่างใด ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"บอกประจำทุกวันแต่ไม่ทำตามหรอก ทำยังไงก็ไม่เลิกสูบบุหรี่ วันหนึ่งสูบตั้งหลายมวนแต่เหล้าไม่เห็นกินนะ"

ผู้ป่วยรายที่ 7 ผู้ป่วยเริ่มดื่มเหล้า สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น และเพิ่มปริมาณการเสพตามลำดับ กระทั่งผู้ป่วยป่วยด้วยโรคจิตเภท ยังคงดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ในปริมาณที่มากเช่นเดิม แม้ว่าญาติผู้ดูแลจะพูดเตือน หรือห้ามปรามให้เลิกเสพสิ่งเสพติดดังกล่าวแล้วก็ตาม ผู้ป่วยจะไม่รับฟังและปฏิบัติตามแต่อย่างใด ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ตาเคยพาไปบวชได้ 1 วัน มันหนีกลับมาบ้าน ตาอยากให้มันเลิกกินเหล้าก็เลยพาไปคิดว่ามันจะทำได้"

นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า มีญาติผู้ดูแลบางราย (1 ราย) กล่าวว่า ไม่เคยแนะนำหรือพูดเตือนให้ผู้ป่วยงดจากสิ่งเสพติดประเภทเหล้า บุหรี่ โดยให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยเสพเป็นครั้งคราวหรือนาน ๆ ครั้งผู้ป่วยจึงจะดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล เช่น

"ไม่เคยบอกให้เขาเลิก เพราะพี่เขาไม่ได้ติดรุนแรง เป็นบางครั้งที่ดื่มเหล้าสูบบุหรี่เวลามีงานหรือเทศกาลเท่านั้น"

สรุปบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านการดูแลผู้ป่วยให้งดสิ่งเสพติดดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนตัวอย่างจำแนกตามบทบาทการดูแลผู้ป่วยให้งดสิ่งเสพติด
(ญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีบทบาทการดูแลมากกว่า 1 อย่าง)

บทบาทการดูแล	อาการสงบ (n=10)	กำลังมีอาการ (n=10)
1. ผู้ช่วยเหลือ		
- เตือน / แนะนำให้งดสิ่งเสพติด	9	9
2. ผู้จัดการดูแล		
- พาไปรักษา / เลิกสิ่งเสพติด	1	-
3. ไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ		
- ไม่มีการเตือน / แนะนำให้งดสิ่งเสพติด	1	1

บทบาทการดูแลผู้ป่วยให้งดสิ่งเสพติด ทั้งในช่วงอาการสงบและช่วงกำลังมีอาการ (ตารางที่ 12) พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (9 ราย) จะแสดงบทบาทโดยการพูดเตือนหรือแนะนำให้งดสิ่งเสพติด พาไปรักษาหรือเลิกสิ่งเสพติด มีเพียงญาติผู้ดูแลหนึ่งรายเท่านั้นที่ไม่มีการเตือนหรือแนะนำให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสพติดแต่อย่างใด

สรุปบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติผู้ดูแลตามการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ พบว่าญาติผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแล คือ บทบาทผู้ช่วยเหลือ บทบาทผู้จัดการดูแลและการไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ จาก ข้อมูลดังกล่าว สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 สรุปบทบาทการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามบทบาทการดูแลและลักษณะอาการ

การดูแลที่จำเป็น	บทบาทการดูแล	อาการสงบ	กำลังมีอาการ
1. การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป			
1.1 ควรรับประทานอาหาร น้ำ และการได้รับอากาศ	- ผู้ช่วยเหลือ	- จัดซื้ออาหาร น้ำ และของใช้ที่จำเป็น / ปรุงอาหาร - จัดสำรับอาหาร / เตรียมอาหารแห้งไว้ให้ - เรียกผู้ป่วยให้มารับประทานอาหารร่วมกัน - ให้เงินไว้ซื้ออาหาร น้ำ	- จัดซื้ออาหาร น้ำ และของใช้ที่จำเป็น / ปรุงอาหาร - จัดสำรับอาหาร / เตรียมอาหารแห้งไว้ให้
	- ผู้จัดการดูแล		- นำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล
	- ไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ	- ปล่อยหรือไม่ได้ให้การดูแลใด ๆ	- ปล่อยหรือไม่ได้ให้การดูแลใด ๆ
1.2 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ	- ผู้ช่วยเหลือ	- พยุงเข้าห้องน้ำ - ดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย	
	- ไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ	- ปล่อยหรือไม่ได้ให้การช่วยเหลือใด ๆ	- ปล่อยหรือไม่ได้ให้การช่วยเหลือใด ๆ
1.3 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วย	- ผู้ช่วยเหลือ	- จัดเตรียมน้ำ เสื้อผ้า/ของใช้ที่จำเป็น - จัดสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ - สังเกตพฤติกรรม/ซักถาม - ให้ความเอาใจใส่ - แนะนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง	- จัดเตรียมน้ำ เสื้อผ้า/ของใช้ที่จำเป็น - จัดสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ - สังเกตพฤติกรรม/ซักถาม - ให้ความเอาใจใส่ - กระตุ้นเตือน / บังคับ - แนะนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง - อาบน้ำ สระผม แต่งตัวให้

ตารางที่ 13 สรุปบทบาทการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามบทบาทการดูแลและลักษณะอาการ (ต่อ)

การดูแลที่จำเป็น	บทบาทการดูแล	อาการสงบ	กำลังมีอาการ
1.4 การพักผ่อน	- ผู้ช่วยเหลือ	- สังเกตพฤติกรรม/ซักถาม	- สังเกตพฤติกรรม/ซักถาม
		- กระตุ้น / แนะนำให้ได้รับการพักผ่อน	- กระตุ้น / แนะนำให้ได้รับการพักผ่อน
		- กระตุ้น / แนะนำผู้ป่วยให้มีการออกกำลังกาย	- ห้ามปรามให้หยุดพฤติกรรมที่ผิดปกตินั้น
		- ห้ามปรามให้หยุดพฤติกรรมที่ผิดปกตินั้น	
	- ผู้จัดการดูแล		- นำส่งโรงพยาบาล
	- ไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ	- ปล่อย/แล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย	- ปล่อย/แล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย
2. บทบาทการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ			
2.1 สัมพันธภาพและการเข้าสังคม	- ผู้ช่วยเหลือ	- พูดแนะนำให้ไปมาหาสู่กับเพื่อน ๆ	
		- ชักชวนให้ไปร่วมงานสังคมด้วย	
	- ไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ	- ปล่อย/แล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย	- ปล่อย/แล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย
2.2 การทำงาน	- ผู้ช่วยเหลือ	- กระตุ้นให้ช่วยงานบ้าน	
		- ให้ประกอบอาชีพ	
	- ไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ	- ให้อยู่บ้านเฉย ๆ	- ให้อยู่บ้านเฉย ๆ
3. การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ			
3.1 การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ	- ผู้ช่วยเหลือ	- พูดเตือนให้หยุดพฤติกรรมที่ผิดปกติ	- พูดเตือนให้หยุดพฤติกรรมที่ผิดปกติ
		- เก็บอุปกรณ์ / เครื่องใช้ที่เป็นอันตราย	- กักขัง/ควบคุม/ผูกมัด/ล่ามโซ่
			- เก็บอุปกรณ์ / เครื่องใช้ที่เป็นอันตราย

ตารางที่ 13 สรุปบทบาทการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามบทบาทการดูแลและลักษณะอาการ (ต่อ)

การดูแลที่จำเป็น	บทบาทการดูแล	อาการสงบ	กำลังมีอาการ
	- ผู้จัดการดูแล		- ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น
			- นำส่งโรงพยาบาล
	- ไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ	- ปล่อย/ไม่ได้ให้การช่วยเหลือ	- ปล่อย/ไม่ได้ให้การช่วยเหลือ
3.2 การรับประทานยา	- ผู้ช่วยเหลือ	- เก็บยาไว้ให้	- เก็บยาไว้ให้
		- ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา	- ดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา
		- กระตุ้นเตือนให้รับประทานยา	- กระตุ้นเตือนให้รับประทานยา
		- ให้ผู้ป่วยหยุดยาเมื่อพบพฤติกรรมที่ผิดปกติ	
		- ให้ผู้ป่วยเก็บยาเอง	
	- ไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ	- ปล่อย / ไม่ได้ให้การดูแล	- ปล่อย / ไม่ได้ให้การดูแล
3.3 ปฏิสัมพันธ์กับญาติผู้ดูแล	- ผู้ช่วยเหลือ	- พูดคุย/แนะนำ/ซักถาม	- พูดคุย/แนะนำ/ซักถาม
		- รับฟังผู้ป่วย	- รับฟังผู้ป่วย
		- ไม่โต้เถียง	- ไม่โต้เถียง
	- ไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ	- ไม่มีการพูดคุย แนะนำหรือซักถามใด ๆ	- ไม่มีการพูดคุย แนะนำหรือซักถามใด ๆ
3.4 การดูแลให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสพติด	- ผู้ช่วยเหลือ	- กระตุ้นเตือน/แนะนำให้งดสิ่งเสพติด	- กระตุ้นเตือน/แนะนำให้งดสิ่งเสพติด
	- ผู้จัดการดูแล	- พาไปรักษา / เลิกสิ่งเสพติด	
	- ไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ	- ไม่มีการเตือน/แนะนำให้งดสิ่งเสพติด	- ไม่มีการเตือน/แนะนำให้งดสิ่งเสพติด

4.3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระของญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นต้องมีระยะเวลาการบำบัดรักษาที่ยาวนาน การดำเนินโรคเป็นไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุดและไม่แน่นอน เป็นผลให้ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตประกอบกับงานส่วนตัวที่มีอยู่เดิม ย่อมทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดได้ตลอดจนเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น ซึ่งความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลนั้นสามารถประเมินได้ 2 ลักษณะ คือ ภาระในเชิงรูปธรรมและภาระในเชิงนามธรรม ภาระที่เกิดขึ้นในเชิงรูปธรรมได้แก่ ความยุ่งยากในด้านการพักผ่อน ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น และความยุ่งยากในด้านเศรษฐกิจ (Provencher, 1996) ส่วนภาระในเชิงนามธรรมนั้นเป็นความรู้สึก หรือความตึงเครียดทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล เช่น ความรู้สึกเป็นตราบาป ความรู้สึกกังวล (Greenberg, 1993) ความรู้สึกสูญเสีย อับอาย รู้สึกผิด ปฏิเสธภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หลีกหนีจากหน้าที่ทางสังคมที่เคยทำหรือเกิดความรู้สึกว่าถูกแยกจากสังคม ความรู้สึกขมขื่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ไม่สามารถที่จะคิดเกี่ยวกับเรื่องอื่น ๆ ได้นอกจากภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด นอนไม่หลับและอาจต้องดื่มเหล้า หรือพึ่งยานอนหลับ เป็นต้น (Minister of Supply and Services Canada, 1991)

จากการศึกษาด้วยการสังเกต และการสัมภาษณ์เชิงลึกญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับภาระที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ทำให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยตัวอย่างได้กล่าวถึงภาระที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระในเชิงรูปธรรมและภาระในเชิงนามธรรม ซึ่งสามารถจัดหมวดหมู่ของข้อมูลเชิงคุณภาพได้ทั้งหมด 4 หมวด ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ การพักผ่อน ภาวะสุขภาพ และปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.3.1 ภาวะเศรษฐกิจ

การที่มีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งมีภาวะการเจ็บป่วยเกิดขึ้น และมีความต้องการการดูแล ทำให้สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล ต้องมีการเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบต่าง ๆ ที่เคยทำอยู่ ดังเช่นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องรับบทบาทของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นมาจากบทบาทเดิมของตนเองซึ่งมีหลายบทบาทอยู่แล้ว อาจก่อให้เกิดปัญหาการคลุมเครือของบทบาทที่ได้ เช่น ญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้ชายจะต้องมารับหน้าที่ดูแลบ้าน ดูแลลูก เกิดปัญหาด้านการประกอบอาชีพ ความไม่สะดวกในบทบาทหรืองานประจำที่ทำอยู่ เช่น ต้องสูญเสียความเป็นอิสรภาพของตนเอง เกิดข้อจำกัดในวิถีชีวิตเพิ่มขึ้น ไม่สามารถเดินทางไปที่ใดเหมือนเช่นเคย ต้องขาดหรือลางานเพิ่มขึ้นเป็นต้น (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ประกอบกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการให้การดูแลที่ยาวนาน ไม่มีที่สิ้นสุด และผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

ย่อมทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละครั้ง การสูญเสียค่าใช้จ่ายนี้ อาจเป็นแหล่งความเครียดอีกอย่างหนึ่งของครอบครัว อันจะนำไปสู่ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ เช่น การไม่ไปรับยาตามนัด การที่ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาสำหรับผู้ป่วยเพราะต้องหารายได้เพิ่มขึ้น และเกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ตามมาได้ เหล่านี้อาจส่งผลให้ ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น

ภาระในเชิงรูปธรรม

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ส่งผลให้เกิดความยุ่งยากหรือผลกระทบ ในด้านเศรษฐกิจ พบดังรายงานของญาติผู้ดูแลต่อไปนี้

1. ต้องนำเงินไปใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลญาติผู้ดูแล (10 ราย) กล่าวว่า รายได้ที่หามาได้ทั้งหมดส่วนหนึ่ง จะแบ่งไว้สำหรับเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างมาก เช่น เสียค่าเดินทาง ค่ายา และอื่น ๆ อีกจำนวนมาก ดังตัวอย่าง เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 3 ญาติผู้ดูแลวัย 54 ปี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นสามี ประกอบอาชีพรับจ้างซ่อมรถจักรยานยนต์ โดยมีกิจการเป็นของตนเอง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ดี รายได้ส่วนใหญ่จะถูกแบ่งครึ่ง สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในถึง 4 ครั้ง ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างมากในแต่ละครั้ง ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"เสียค่าใช้จ่ายมากเหมือนกัน ค่ายา ค่าจ้างเหมารถไปโรงพยาบาล ตอนนั้นหมดเยอะมาก ค่ายาก็แพงมาก"

ญาติผู้ดูแลรายที่ 4 ญาติผู้ดูแลวัย 79 ปี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ไม่ได้ประกอบอาชีพใด นอกจากเป็นแม่บ้านเพียงอย่างเดียว รายได้ส่วนใหญ่ ญาติผู้ดูแลได้รับจากลูกชายคนโตที่ทำงาน มีครอบครัวอยู่ต่างจังหวัด ซึ่งส่งมาให้ญาติผู้ดูแลทุกเดือนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในครอบครัว และผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมาแล้ว 6 ครั้ง เป็นผู้ป่วยนอกประมาณ 6 ครั้งต่อหนึ่งปี ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ใช้จ่ายมาก เป็นหมื่น ๆ เกินอีกต่างหาก เที่ยวไปเที่ยวมาพาไปโรงพยาบาลครั้งละหลายร้อยเหมือนกัน ค่ายาก็ได้เสีย ค่าเหมารถสามล้อหลายสิบเหมือนกัน"

2. ต้องทำงานหารายได้ให้มากขึ้น ญาติผู้ดูแล (3 ราย) กล่าวว่า ฐานะทางบ้านก็ไม่ได้ร่ำรวยอะไร พอกินพอใช้ไปวัน ๆ และเมื่อมีผู้ป่วยอยู่ในบ้าน ซึ่งจะต้องรักษาพยาบาลไปตลอดไม่มีที่สิ้นสุด ค่าใช้จ่ายก็ต้องเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น จึงต้องพยายามหารายได้ให้มากขึ้นกว่าเดิมให้มากขึ้น

บางครั้งต้องไปกู้ยืมเงินกับบุคคลอื่น เพื่อนำเงินนั้นมาเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 1 ญาติผู้ดูแลวัย 54 ปี สถานภาพสมรสหม้าย เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา ภาวะสุขภาพแข็งแรงดี ประกอบอาชีพขับรถสามล้อรับจ้าง ซึ่งเป็นอาชีพหลักของครอบครัว รายได้ ส่วนใหญ่จะถูกแบ่งออกเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว และค่ารักษาพยาบาลหรือซื้อสิ่งของส่วนตัวที่เกี่ยวเนื่องกับผู้ป่วย จะเห็นได้ว่ารายได้ครึ่งหนึ่งของญาติผู้ดูแลจะนำมาใช้กับผู้ป่วย อาจเป็นผลให้ญาติผู้ดูแลต้องทำงานหนักเพื่อที่จะพยายามหารายได้ให้มากขึ้น ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

> *"ต้องหาเงินเพิ่มมากขึ้นครับ ต้องอดทน หาเงินใช้หนี้ด้วย ไปยืมเขามาตอนนั้นไม่มีเงินพาลูกไปหาหมอ ดีหน่อยที่เขาให้ยืม ช่วงกลางคืนก็ต้องไป ๆ มา ๆ รับจ้างขับรถสามล้อ ก็พอได้บ้าง อยากให้ลูกหาย มีเงินแค่ไหนก็เอาไปรักษาลูกหมดยอมเสียครับ"*

3. ต้องไปขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ญาติผู้ดูแลบางราย (5 ราย) กล่าวถึง การที่ต้องไปขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นว่า ครอบครัวมีฐานะค่อนข้างยากจน รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย โดยเฉพาะเมื่อต้องนำผู้ป่วยไปรับการรักษา ดังนั้นในบางครั้งจึงจำเป็นต้องไปขอกู้ยืมเงินหรือไปขอความช่วยเหลือจากประชาสงเคราะห์จังหวัดบ้าง ซึ่งก็ได้รับการช่วยเหลือเป็นอย่างดี แต่ก็ได้ไม่มากนัก ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 1 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา ประกอบอาชีพขับรถสามล้อรับจ้างเพียงลำพัง ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากการขับรถสามล้อรับจ้างของญาติผู้ดูแล ดังนั้น ครั้งใดที่จำเป็นต้องใช้เงินเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลมีเงินไม่เพียงพอ ญาติผู้ดูแลจะไปขอความช่วยเหลือจากประชาสงเคราะห์จังหวัด ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

> *"ตอนนั้น ไม่มีเงินเลยครับ ผมก็ไม่รู้จะไปเอามาจากไหน หมดปัญญาจริง ๆ ครับ ผมก็เลยไปขอความช่วยเหลือจากสงเคราะห์จังหวัด เขาก็ดีครับ ตอนนั้น ได้ข้าวสารมาถุงหนึ่ง เขาก็แนะนำให้พาลูกไปรักษาครับ"*

ญาติผู้ดูแลรายที่ 3 ญาติผู้ดูแลอายุ 56 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างซ่อมรถจักรยานยนต์ โดยมีร้านซ่อมเล็ก ๆ อยู่ในบ้านของตัวเอง ญาติผู้ดูแลจะเป็นช่างซ่อมโดยมีบุตรชายเป็นผู้คอยช่วยเหลือหรือทำแทนในบางครั้งที่ญาติผู้ดูแลติดธุระ เช่นนำผู้ป่วยไปรับยา ไปตรวจตามแพทย์นัด

เป็นต้น แต่ในบางครั้ง ญาติผู้ดูแลและบุตรชายต้องไปเฝ้าดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน เป็นผลให้การประกอบอาชีพนั้นหยุดชะงักลงได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวได้ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ช่วงที่พาไปหาหมอก็ต้องปิดร้าน ตอนนั้นผมไปเฝ้าเขาที่โรงพยาบาลเป็นเดือนเลยครับ ลูกชายก็ต้องไปคอยเปลี่ยนแทนผม ร้านก็เลยต้องปิดไว้ ช่วงนั้นหมดเงินเยอะเหมือนกันครับ ไม่พอใช้หรอก บางครั้งก็ไปหยิบยืมญาติพี่น้องบ้าง พอเรามีก็ค่อยไปคืนเขา"

ภาระในเชิงนามธรรม

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแล จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในด้านเศรษฐกิจ พบดังรายงานของญาติผู้ดูแลต่อไปนี้

1. รู้สึกสูญเสียรายได้ ญาติผู้ดูแล (9 ราย) กล่าวว่า ตั้งแต่เริ่มมีผู้ป่วยในครอบครัว รู้สึกว่าต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้นกว่าเดิม และสูญเสียรายได้มาก เพราะรายได้ที่ได้มาในครอบครัวก็พอใช้จ่ายในครอบครัวเท่านั้น ไม่มีเหลือเก็บ แต่ไม่เป็นไร ไม่รู้สึกเสียดายแต่อย่างใด ขอเพียงให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยเท่านั้นพอ ดังตัวอย่าง เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 2 ครอบครัวของญาติผู้ดูแลประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยการทำนา ซึ่งในปีหนึ่งจะมีช่วงของการทำนาเพียง 1 ครั้งเท่านั้น ช่วงเวลาที่เหลือ สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในวัย แรงงานรวมทั้งญาติผู้ดูแล จะประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เช่น ทำงานตามร้านอาหาร บริษัท ร้านค้าต่าง ๆ เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ทำให้ได้รายได้พอใช้จ่ายบ้าง แต่ไม่เหลือเก็บ และเมื่อครอบครัวต้องนำเงินส่วนหนึ่งมาใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย เหล่านี้อาจเป็นผลให้ญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เกิดความรู้สึกสูญเสียรายได้ หรือเกิดความยุ่งยากในด้านเศรษฐกิจได้ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"รู้สึกเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น แต่ก็ขอให้มันดีขึ้น อยากให้มันหาย เสียเท่าไหร่ก็ยอม คุณหมอ ป้าขอแต่ให้ลูกชายอาการดีขึ้น ไม่มีเงินก็จะไปหยิบยืมมาพอได้บ้าง"

2. รู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ ญาติผู้ดูแล (1 ราย) กล่าวว่า ในบางครั้งตนรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจมาก เพราะต้องหาเลี้ยงครอบครัวเพียงคนเดียว รายได้ก็ไม่มั่นคง แต่ละเดือนมีรายได้ไม่มากนัก ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 5 ญาติผู้ดูแลวัย 47 ปี สถานภาพสมรสหม้าย เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา อาศัยอยู่กับบุตรชายซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภทเพียงลำพัง 2 คน ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งเป็นอาชีพที่ไม่มั่นคงเนื่องจากมีรายได้ที่ไม่แน่นอน รายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากญาติผู้ดูแลเพียงคนเดียว ประกอบกับการที่จะต้องใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย อาจเป็นผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ค่าใช้จ่ายก็มีมากขึ้น เราก็ไม่มีรายได้อะไร พ่อก็มาทิ้งลูกไป บางครั้งท้อแท้ใจมาก คิดมาก คิดไปก็รู้สึกอ่อนใจ ไม่อยากคิดถึงมัน ตอนนี้ขอให้ตัวเอง ลูกมีสุขภาพ ดี ก็พอแล้ว"

3. รู้สึกอับอายที่จะต้องไปขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ญาติผู้ดูแล (2 ราย) กล่าวว่า ทุกครั้งที่ตนต้องไปขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นเครือญาติ คนรู้จักกัน หรือประชาสงเคราะห์จังหวัดก็ตาม จะเกิดความรู้สึกอับอาย ไม่กล้าไปขอความช่วยเหลืออีกในครั้งต่อไป ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 1 ญาติผู้ดูแลเคยไปขอความช่วยเหลือจากสำนักงานประชาสงเคราะห์จังหวัด 2 ครั้ง และไปขอกู้ยืมเงินเพื่อนบ้านใกล้เคียงที่รู้จักกันดี 3 ครั้ง และทุกครั้งที่ไปขอความช่วยเหลือ ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกอาย เกรงใจและไม่อยากรบกวน แต่เพราะความห่วงใยในตัวผู้ป่วย และความต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องไปขอความช่วยเหลือกับบุคคลดังกล่าวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ผมเคยไปขอความช่วยเหลือจากประชาสงเคราะห์จังหวัดครับ ตอนนั้นผมไม่รู้จะทำยังไงดี เงินก็ไม่มีจะซื้อข้าว ลูกก็ป่วยเป็นบ้า เป็นป่วงอย่างนี้แหละ ผมก็เล่าให้เขาฟัง เขาก็แนะนำให้พาลูกไปหาหมอ และให้ข้าวสารมา 1 ถุงใหญ่ ครั้งที่ 2 ก็ไปอีก เขาให้เงินมาไม่มากหรอกครับ แต่ก็ดี พาลูกไปหาหมอได้ หลังจากนั้นผมไม่กล้าไปอีก อายเขาครับ เกรงใจด้วย"

สรุปภาระในเชิงรูปธรรมและนามธรรมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านเศรษฐกิจดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนตัวอย่างจำแนกตามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านเศรษฐกิจ (ญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีภาระในการดูแลมากกว่า 1 อย่าง)

ภาระในการดูแล	จำนวน (n=10)
ภาระในเชิงรูปธรรม	
1. ต้องนำเงินไปใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล	10
2. ต้องทำงานหารายได้ให้มากขึ้น	3
3. ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	5
ภาระในเชิงนามธรรม	
1. รู้สึกสูญเสียรายได้	9
2. รู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ	1
3. รู้สึกอับอายที่ต้องขอความช่วยเหลือ	2

จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในด้านเศรษฐกิจ (ตารางที่ 14) พบว่า ภาระในเชิงรูปธรรมที่พบมากที่สุด คือญาติผู้ดูแลต้องนำเงินไปใช้จ่ายเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาล จำนวน 10 ราย ญาติผู้ดูแลต้องทำงานหารายได้ให้มากขึ้น จำนวน 3 ราย ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จำนวน 5 ราย นอกจากนี้พบว่า ภาระในเชิงนามธรรมที่พบมากที่สุด คือญาติผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียรายได้มากขึ้นจำนวน 9 ราย และรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจ จำนวน 1 ราย รู้สึกอับอายที่ต้องขอความช่วยเหลือ จำนวน 2 ราย

4.3.2 การพักผ่อน

การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นเหตุให้สมาชิกครอบครัวที่ต้องรับภาระเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ประสบกับปัญหาความยุ่งยาก และความยากลำบาก ทั้งทางด้านส่วนตัว ด้านการช่วยเหลือดูแล และด้านเศรษฐกิจ เหล่านี้ อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแล ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ขาดการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และอาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Eakes (1995) ที่พบว่า ความรู้สึกเป็นทุกข์ของบิดามารดาที่มีผู้ป่วยจิตเภท เกิดจากการขาดการพักผ่อน เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีวันสิ้นสุด ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวอย่างเกี่ยวกับภาระที่เกิดขึ้นในด้านการพักผ่อนทั้งภาระในเชิงรูปธรรมและนามธรรม ดังนี้

ภาระในเชิงรูปธรรม

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ส่งผลให้เกิดความยุ่งยากหรือผลกระทบในด้านการพักผ่อนของญาติผู้ดูแล ดังรายงานของญาติผู้ดูแล ต่อไปนี้

1. เวลาในการพักผ่อนเปลี่ยนไป ญาติผู้ดูแล (6 ราย) กล่าวว่า ทุกครั้งที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ส่งผลให้มีเวลาในการพักผ่อนน้อยลงจากเดิม และต้องเฝ้าสังเกตและระวังอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น ญาติผู้ดูแล (6 ราย) กล่าวว่า ในการดูแลผู้ป่วยนั้น บทบาทที่เพิ่มขึ้นอีกอย่าง คือการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย และระวังอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยกำลังมีอาการ ซึ่งอาจจะพบได้ในช่วงกลางวันและกลางคืน ดังตัวอย่าง เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 2 ญาติผู้ดูแลวัย 58 ปี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทุก ๆ วันจะออกไปประกอบอาชีพที่ไร่นาของตนเอง และจะกลับมาค่ำมืดทุกวัน และเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่นอน ญาติผู้ดูแลต้องคอยเฝ้าสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย จนเป็นผลให้ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ช่วงกลางวันก็เหนื่อยหน่อย ไปทำมาหากินไม่ค่อยได้พัก ถ้าลูกเป็นหนัก ๆ ก็ต้องพาไปหาหมอ หรือวันไหนลูกไม่นอนเราก็ไม่ได้นอนด้วย ได้ยินเสียงไม่รู้ทำอะไร เปิดเทปบ้าง ดึกถึงจะนอน ป้าก็หลับ ๆ ตื่นคอยดูอยู่เหมือนกัน"

ญาติผู้ดูแลรายที่ 7 ญาติผู้ดูแลวัย 73 ปี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ เป็นข้าราชการบำนาญ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่นอน ญาติผู้ดูแลจะเฝ้าสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย และระมัดระวังตัวเองอยู่ตลอดเวลา เพราะประเมินว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบและอาจเข้ามาทำร้ายตนเองได้ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"นอนไม่ค่อยหลับหรอกตอนที่มันบ้า หลับ ๆ ตื่น ๆ กว่าจะนอนได้ ระวังตัวอยู่ตลอดกลัวว่ามันจะมาทำอันตราย"

2. เมื่อนอนไม่หลับจะรับประทานยานอนหลับหรือดื่มเหล้าเพื่อให้นอนหลับ ญาติผู้ดูแล (1 ราย) กล่าวว่าบางครั้งที่นอนไม่หลับจะหาวิธีการที่จะให้นอนหลับเร็วขึ้น โดยการรับประทานยานอนหลับ หรือซื้อเหล้ามาดื่มบ้าง ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 6 ญาติผู้ดูแลมีวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสม กล่าวคือ เมื่อญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เครียดกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย จะนอนไม่หลับจน

บางครั้งต้องพึ่งยานอนหลับ หรือพึ่งการดื่มเหล้า ซึ่งเดิมญาติผู้ดูแลไม่เคยใช้วิธีการนี้แต่อย่างใด ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ช่วงไหนนอนไม่หลับ ป้ากินเหล้าขาวนะ อยากให้มันนอนหลับ ป้าเคยไปหาหมอได้ยามากินก็หลับอยู่"

นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแล (3 ราย) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยไม่มีผลกระทบต่อการพักผ่อนและคิดว่ามีเวลาเพียงพอในการไปดูหนังฟังเพลง ไปวัดฟังธรรม หรือไปร่วมกิจกรรมของชุมชนแต่อย่างใด ญาติผู้ดูแลยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพักผ่อนของตนได้เช่นเดิม

ภาระในเชิงนามธรรม

จากการศึกษาความรู้สึกที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแล จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านกับการพักผ่อน พบดังรายงานของญาติผู้ดูแลต่อไปนี้

1. รู้สึกเครียด อารมณ์หงุดหงิดง่าย ญาติผู้ดูแล (7 ราย) กล่าวถึงความรู้สึกเครียด และมีอารมณ์หงุดหงิดง่ายว่า จะเกิดขึ้นเมื่อพบว่าผู้ป่วยกำลังมีอาการ โดยเฉพาะในช่วงกลางคืน ดังตัวอย่าง เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 6 ญาติผู้ดูแลวัย 56 ปี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและค้าขาย ประกอบกับการที่จะต้องเป็นญาติผู้ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทถึง 2 คน ซึ่งมีอาการของโรคจิตเภททั้งอาการสงบ และมีอาการสลับกันไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่นอน ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เหล่านี้อาจเป็นผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ได้ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ป้านี่แหละจะเป็นบ้าตามลูก เวลามันบ้าขึ้นมาวุ่นกันทั้งบ้าน วันไหนที่มันไม่นอน ป้าก็ไม่ได้นอน มันเอะอะเสียงดัง ไม่ได้นอนกันทั้งบ้าน ป้าก็ไม่รู้จะดูแลลูกหรือรักษาตัวเอง บางครั้งใจมันสั่น หงุดหงิดตามลูกก็มี"

2. รู้สึกเฉย ๆ ญาติผู้ดูแล (3 ราย) กล่าวถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นว่า รู้สึกเฉย ๆ เพราะคิดว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตอยู่บ้าง เขาไม่ได้สร้างความวุ่นวายอะไร และตนยังคงพักผ่อนได้เต็มที่เหมือนเดิม ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ไม่ได้คิดอะไร รู้สึกเฉย ๆ พักผ่อนก็เต็มที่เหมือนเดิม"

"คิดว่ามีเวลาพักผ่อนเต็มที่ ไม่มีปัญหาอะไรอยากจะทำอะไร ๆ ก็ทำ"

สรุปภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านการพักผ่อน ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนตัวอย่างจำแนกตามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านกับการพักผ่อน (ญาติผู้ดูแลแต่ละราย มีภาระในการดูแลมากกว่า 1 อย่าง)

ภาระการดูแล	จำนวน (n=10)
ภาระเชิงรูปธรรม	
1. เวลาในการพักผ่อนเปลี่ยนไป / เฝ้าสังเกตและเฝ้าระวังอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น	6
2. รับประทานยานอนหลับ / ดื่มเหล้าเพื่อให้นอนหลับ	1
3. การดูแลผู้ป่วยไม่มีผลต่อกิจกรรมการพักผ่อน	3
ภาระในเชิงนามธรรม	
1. เครียด อารมณ์หงุดหงิด	7
4. เฉย ๆ	3

ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในด้านการพักผ่อนของญาติผู้ดูแล (ตารางที่ 15) พบว่า ภาระในเชิงรูปธรรมที่พบมากที่สุด คือ เวลาในการพักผ่อนเปลี่ยนไป เฝ้าสังเกตและระวังอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น จำนวน 6 ราย รองลงมา คือ การดูแลผู้ป่วยไม่มีผลต่อกิจกรรมการ พักผ่อนของญาติผู้ดูแลแต่อย่างใด จำนวน 3 ราย และญาติผู้ดูแลต้องรับประทานยานอนหลับหรือดื่มเหล้าเพื่อให้นอนหลับ จำนวน 1 ราย นอกจากนี้พบว่าภาระในเชิงนามธรรมที่เกิดขึ้นกับญาติ ผู้ดูแล คือ รู้สึกเครียด และอารมณ์หงุดหงิด จำนวน 7 ราย และจากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแล จำนวน 3 ราย มีความรู้สึกเฉย ๆ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยไม่มีผลกระทบต่อบทบาทการพักผ่อนแต่อย่างใด

4.3.3 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท นับได้ว่าเป็นภาระหนักของญาติผู้ดูแล ที่จะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นภารกิจที่ยาวนาน อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตามมาได้ และเมื่อญาติผู้ดูแลเกิดเจ็บป่วยขึ้นมา ก็จะทำให้มีผลกระทบต่อการให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นอีก ปัญหาสุขภาพกายที่พบในญาติผู้ดูแลได้แก่ ความเหน็ดเหนื่อย ซึ่งเกิดจากความเครียด ความซึมเศร้า และปัญหาการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (Mace & Babins, 1981 อ้างใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ปัญหาเหล่านี้อาจก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บตามมาภายหลัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง กระเพาะอาหารอักเสบและโรคหัวใจ เป็นต้น

นอกจากนี้การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจของครอบครัวได้มาก ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989) ที่พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจะพบกับประสบการณ์ที่รุนแรงและภาวะเครียดที่เรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ญาติผู้ดูแลอาจพบกับความรู้สึกเบื่อหน่าย เหนื่อยล้า เนื่องจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการให้การดูแลที่ยาวนานไม่มีที่สิ้นสุด ประกอบกับการที่ผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ย่อมทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละครั้ง การสูญเสียเป็นแหล่งของความเครียดอีกอย่างหนึ่ง ญาติผู้ดูแลอาจพบกับความรู้สึกผิด ความวิตกกังวล ความไม่พอใจ และความคับข้องใจ ความรู้สึกเหล่านี้อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาในการให้การดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดรุณี รุจกรกานต์ (2536) ที่ศึกษาพบว่า ผลกระทบของความเจ็บป่วยทางจิตต่อครอบครัว คือ การที่มีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ยังคงเป็นมลทินในสังคมไทย คนทั่วไปจะหลีกเลี่ยงที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวของผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย สมาชิกในครอบครัวจะพบกับความรู้สึกผิดบาป เกิดความเครียดทางอารมณ์ เช่น ความรู้สึกโศกเศร้า ความรู้สึกผิด โกรธ กลัว และหมดสิ้นความหวัง เป็นต้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวอย่าง เกี่ยวกับภาระที่เกิดขึ้นในด้านภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ทั้งภาระในเชิงรูปธรรม และนามธรรม พบดังนี้

ภาระในเชิงรูปธรรม

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านส่งผลให้เกิดความยุ่งยาก หรือผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ดังรายงานของญาติผู้ดูแลต่อไปนี้

1. รับประทานอาหารน้อยลง ญาติผู้ดูแล (3 ราย) กล่าวถึงการรับประทานอาหารได้น้อยลงว่า เนื่องจากคิดมากเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 1 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเล่าว่า ในบางครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ญาติผู้ดูแลจะคิดมาก เครียด ไม่สบายใจกับพฤติกรรมของผู้ป่วย จนเป็นผลให้ญาติผู้ดูแลรับประทานได้น้อยลง หรือรับประทานอาหารไม่ได้เลยในบางมื้อ น้ำหนักลดจาก 65-60 กิโลกรัม ภายใน 5 วัน ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"กินข้าวได้วันละน้อย มันไม่ค่อยหิว ไม่อยากกินครับ คิดเกี่ยวกับลูกมาก เห็นลูกมีอาการบ้าขึ้น ผมก็ยิ่งสงสาร ไม่รู้จะทำอย่างไรให้ลูกหายครับ"

2. ปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย ญาติผู้ดูแล (4 ราย) กล่าวถึงการที่ปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย ว่าเกิดขึ้นเนื่องจากคิดมาก เครียดเกี่ยวกับผู้ป่วย และรับประทานอาหารได้น้อย ดังตัวอย่าง เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 6 ญาติผู้ดูแลวัย 56 ปี เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา เดิมสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ แต่เมื่อต้องดูแลบุตร 2 คน ซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ญาติผู้ดูแลพบกับความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยโดยเล่าว่ามีผลกระทบ ทำให้ตนคิดมาก เครียด และส่งผลทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกายตามมา ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"คิดมาก เครียดกับลูก 2 คนนั่นแหละ เวลาปวดหัวก็ซื้อยามากิน บางครั้งก็ไปคลินิกก็มี หมอก็ให้ยามากิน ไม่ได้ไปโรงพยาบาลหรอก"

3. การบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย ญาติผู้ดูแล (2 ราย) กล่าวถึงการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายว่า เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ดังตัวอย่าง เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 4 ญาติผู้ดูแลวัย 79 ปี รูปร่างผอมบาง ผิวหนังเหี่ยวย่นตามวัย หลังโก่ง เคลื่อนไหวช้า สถานภาพสมรส หม้าย เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา อาศัยอยู่กับบุตรชายซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเภทเพียงลำพัง 2 คน และผู้ป่วยจะพบว่ามีอาการกำเริบของโรคจิตเภทเป็นส่วนใหญ่ ญาติผู้ดูแลเคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายมาแล้ว 2 ครั้งจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ญาติผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกหวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะมาทำร้าย ญาติผู้ดูแลได้บอกวิธีการที่จะลดความกลัวนั้น โดยการกักขังผู้ป่วยไว้ ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"เคยถูกมันตี 2 ครั้ง ยายหัวแตกไปเย็บแผลที่โรงพยาบาล มันตีเอา หน้าเขียว ตัวเขียว ยายเข็ดหลาบแล้ว กลัวมันตี ขังมันไว้ดีแล้ว"

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า มีญาติผู้ดูแล (3 ราย) ไม่ได้รับผลกระทบหรือความยุ่งยากในด้านสุขภาพกายแต่อย่างใด ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"ไม่เคยถูกเขาทำร้าย คนที่บ้านก็ไม่มีใครถูกทำร้ายจากเขา"

"สุขภาพก็ปกติดี เหมือนเดิมไม่มีปัญหาอะไร"

ภาระในเชิงนามธรรม

จากการศึกษาความรู้สึกที่เกิดขึ้นของญาติผู้ดูแล จากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล พบดังรายงานของญาติผู้ดูแลต่อไปนี้

1. รู้สึกหนักใจ ยุ่งยากใจและเครียด ญาติผู้ดูแล (8 ราย) กล่าวถึงความรู้สึกหนักใจเครียด ว่าเกิดขึ้นเนื่องจากวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น มี อาการใจสั่น ปวดศีรษะและความดันโลหิตสูง เป็นต้น ดังตัวอย่าง เช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 6 ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดจากการให้การดูแลบุตร 2 คนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งจากการสังเกตญาติผู้ดูแลขณะสัมภาษณ์ พบว่าขณะที่ญาติผู้ดูแลกล่าวถึงบุตรทั้ง 2 คน จะแสดงสีหน้าและคำพูดที่บ่งบอกถึงความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียด จากการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ญาติผู้ดูแลเคยไปเข้ารับการรักษาที่คลินิกและได้รับยารับประทานที่บ้าน ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"คิดมากเครียดกับลูก 2 คนที่สติไม่ดีนั่นแหละ บางวันก็ใจสั่น นอนไม่หลับนี่ก็เพิ่งไปหาหมอมา ได้ยามากินมันก็ดีขึ้น สักพักก็เหมือนเดิม"

2. รู้สึกกลัว โกรธ ญาติผู้ดูแล (2 ราย) กล่าวถึงความรู้สึกกลัวผู้ป่วยว่า ทุกครั้งที่ผู้ป่วยกำลังมีอาการจะเกิดความรู้สึกกลัว และเข็ดหลาบไม่อยากจะเข้าใกล้ผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่าเคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย 2 ครั้ง ดังนั้นจึงต้องกักขังผู้ป่วยไว้ตลอดเวลา ไม่กล้าให้ผู้ป่วยออกมานอกห้อง และทุกครั้งที่ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย จะเกิดความรู้สึกโกรธผู้ป่วยมาก รู้สึกอยากฆ่าผู้ป่วยให้ตาย แต่ต้องอดทนไว้เพราะถึงอย่างไรผู้ป่วยก็คือลูกคนหนึ่ง ดังตัวอย่างเช่น

ญาติผู้ดูแลรายที่ 4 ญาติผู้ดูแลวัย 79 ปี ให้การดูแลบุตรชายที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทนาน 16 ปี เคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายมาแล้ว 2 ครั้ง ผู้ป่วยจะปรากฏอาการกำเริบของโรคจิตเภทเป็นส่วนใหญ่ และจากการสังเกตญาติผู้ดูแลขณะสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลกล่าวถึงผู้ป่วยในลักษณะของคนที่หวาดกลัวผู้ป่วย และคนที่ปล่อยชีวิตให้เป็นไปตามโชคชะตา ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"เคยถูกมันตีเอา 2 ครั้ง หัวแตก คุณหมอที่โรงพยาบาลเย็บแผลให้ มันตีเอาเขียวตามใบหน้า ยายเข็ดหลาบแล้ว กลัวมันตีอีก ขังมันไว้ดีแล้ว"

ญาติผู้ดูแลรายที่ 7 ญาติผู้ดูแลวัย 73 ปี ให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทนาน 21 ปี เคยถูก ผู้ป่วยทำร้ายร่างกายมาแล้วถึง 2 ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยจะปรากฏอาการกำเริบและอาการสงบของโรคจิตเภทสลับกันไป อย่างไม่มีที่สิ้นสุด และจากการสังเกตขณะสัมภาษณ์ พบว่า ญาติผู้ดูแลกล่าวถึงผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่เน้นหนัก แสดงถึงความรู้สึกโกรธ เบื่อหน่ายผู้ป่วยมาก ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแลที่ว่า

"อยากให้มันตาย มันจะได้หมดเวรหมดกรรมเราและมันด้วย เกลียดมัน แต่ก็ทำอะไรมันไม่ได้ ให้มันตายเอง ยุ่งสุดขีด ทำด้วยทุกอย่าง หนักใจ"

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าญาติผู้ดูแล (4 ราย) กล่าวถึงภาวะสุขภาพกับการดูแลผู้ป่วยว่า มีความรู้สึกเฉย ๆ เพราะสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีเหมือนเดิม และไม่เคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย ดังตัวอย่างเช่น

"ร่างกายก็แข็งแรงดีไม่ได้เป็นอะไร ไม่เคยถูกเขาทำร้าย เพราะเขาอาการไม่รุนแรง คนที่บ้านก็ไม่มีใครถูกทำร้าย"

สรุปภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวนตัวอย่างจำแนกตามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (ญาติผู้ดูแลแต่ละรายมีภาระในการดูแลมากกว่า 1 อย่าง)

ภาระในการดูแล	จำนวน (n=10)
ภาระในเชิงรูปธรรม	
1. รับประทานอาหารน้อยลง	3
2. ปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย	4
3. ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย	2
4. สุขภาพแข็งแรง / ไม่เคยถูกผู้ป่วยทำร้าย	3

ตารางที่ 16 จำนวนตัวอย่างจำแนกตามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (ต่อ)

ภาระในการดูแล	จำนวน (n=10)
ภาระในเชิงนามธรรม	
1. หนักใจ / เครียด	8
2. กลัว / โกรธ	2
3. เฉย ๆ	3

ภาระที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (ตารางที่ 16) พบว่า ภาระในเชิงรูปธรรมที่พบมากที่สุด คือ ปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย จำนวน 4 รายรองลงมา คือ รับประทานอาหารน้อยลง จำนวน 3 ราย เคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย จำนวน 2 ราย และจากการศึกษายังพบว่า มีญาติผู้ดูแล จำนวน 3 ราย ยังคงมีสุขภาพแข็งแรงและไม่เคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย นอกจากนี้ ยังพบว่า ภาระในเชิงนามธรรมที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล คือ รู้สึกหนักใจ เครียด จำนวน 8 ราย รู้สึกกลัวและโกรธเมื่อผู้ป่วยมาทำร้าย จำนวน 2 ราย และพบว่าญาติผู้ดูแล จำนวน 3 ราย ที่มีความรู้สึกเฉย ๆ เพราะสุขภาพร่างกายยังแข็งแรงเหมือนเดิม และไม่เคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย

4.3.4 ปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นบุคคลหนึ่งที่มีหน้าที่รับผิดชอบ ในการสนองตอบความต้องการการดูแลทั้งหมดของสมาชิกที่เจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน ดังนั้น ญาติผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องใช้ทักษะ ความรู้ ความสามารถในด้านการให้การดูแล และดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพานั้นเท่าที่ความสามารถจะทำได้ ไม่เพียงเท่านี้ ญาติผู้ดูแลยังมีความต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่น ๆ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น แหล่งประโยชน์ดังกล่าว ได้แก่ เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานและผู้ช่วยเหลือในการดูแล เป็นต้น ญาติผู้ดูแลอาจจำเป็นต้องมีการติดต่อ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลดังกล่าว เพื่อขอความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเมื่อพบว่าไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามลำพังคนเดียว

จากการศึกษา ภาระที่เกิดขึ้นทั้งภาระในเชิงรูปธรรมและนามธรรมในด้านปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (10 ราย) มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวและบุคคลอื่น เพื่อนบ้านใกล้เคียงให้การช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ ด้วยดีเสมอ

เช่น ช่วยควบคุมจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยเพื่อนำส่งโรงพยาบาล พูดคุย ซักถามอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น ดังคำกล่าวของญาติผู้ดูแล เช่น

"เพื่อนบ้านใกล้เคียงก็พูดคุยกันดี ว่าง ๆ เราก็ซื้อกับข้าวมาทำกินกัน ไม่มีปัญหาอะไร"

"ชาวบ้านแถวนี้หรือครับ ก็ธรรมดา ถูกกันดี เขาก็ถามเรื่องลูกอยู่ครับ"

สรุปภาระในการดูแลที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติผู้ดูแล ทั้งภาระในเชิงรูปธรรมและนามธรรม ในด้านภาวะเศรษฐกิจ การพักผ่อน ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ข้อมูลดังกล่าวสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 สรุปภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จำแนกตามภาระในเชิงรูปธรรมและนามธรรม

ภาระในการดูแล	เชิงรูปธรรม	เชิงนามธรรม
1. ภาวะเศรษฐกิจ	- ต้องนำเงินไปใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล - ต้องทำงานหารายได้ให้มากขึ้น - ขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	- รู้สึกสูญเสียรายได้ - รู้สึกท้อแท้ / หมดกำลังใจ - รู้สึกอับอาย
2. การพักผ่อน	- เวลาในการพักผ่อนเปลี่ยนไป ต้องเฝ้าสังเกตและเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้น - ต้องรับประทานยานอนหลับ หรือดื่มเหล้าเพื่อให้นอนหลับ	- เครียด อารมณ์หงุดหงิด
3. ภาวะสุขภาพ	- รับประทานอาหารได้น้อยลง - ปวดศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย - ถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย	- หนักใจ / เครียด - กลัว / โกรธ
4. ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น	- ไม่พบ	- ไม่พบ

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้วิจัยอภิปรายผลตามคำถามการวิจัย ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีบทบาทต่อผู้ป่วยที่บ้านอย่างไร ในด้านต่อไปนี้
   1.1 การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป
   1.2 การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ
   1.3 การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ
2. ภาระของญาติผู้ดูแลจากการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอะไรบ้าง ในด้านต่อไปนี้
   2.1 ภาระที่เกิดขึ้นในเชิงรูปธรรม
   2.2 ภาระที่เกิดขึ้นในเชิงนามธรรม

คำถามที่ 1 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีบทบาทต่อผู้ป่วยที่บ้านอย่างไร

1.1 บทบาทการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะแสดงบทบาทของการเป็นผู้ช่วยเหลือ และผู้จัดการดูแลผู้ป่วยในด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการได้รับอากาศ การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวและการพักผ่อน ทั้งในช่วงผู้ป่วยอาการสงบและขณะกำลังมีอาการ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ทางด้านส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร น้ำ การดูแลสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวและการพักผ่อน ตลอดจนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการดูแล ที่จำเป็นได้อย่างเหมาะสม จากข้อมูลนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา มีอายุในช่วง 51 ปีขึ้นไป ประกอบกับวัฒนธรรมของคนอีสานที่เจ็บป่วยแล้วมักจะกลับมาพักรักษาตัวที่บ้าน โดยมารดาจะเป็นผู้ให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย แต่ในการแสดงบทบาทที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ ญาติผู้ดูแลจึงทำหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือมากกว่าที่จะกระตุ้นหรือเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยไปจัดซื้ออาหารหรือของใช้ที่จำเป็น ฝึกสอนให้ผู้ป่วยปรุงอาหารง่าย ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถทำได้โดยไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและจัดสิ่งแวดล้อม ห้องนอน ซักเสื้อผ้าและซักชวนหรือนำผู้ป่วยไปพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้านบ้าง เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และสามารถดูแลตนเองได้ในยามที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม แต่ในการศึกษานี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแล

ไม่แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ จะปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลขาดการแสดงบทบาทของการเป็นผู้ดูแล อาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หรือไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยตามการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปสอดคล้องกับการศึกษาของLeavit (Leavit, 1975 อ้างในดรุณี รุจกรกานต์, 2536) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยส่วนมาก ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการที่จะรับผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แม้จะอยู่โรงพยาบาลนานเท่าไร ญาติก็ขาดความแน่ใจ และขาดแนวทางในอนาคตของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ไม่ได้เป็นแหล่งช่วยเหลือครอบครัวเท่าที่ควร หรืออาจเนื่องจากญาติผู้ดูแลอยู่ตามลำพังกับผู้ป่วยและไม่มีผู้ช่วยเหลือ ฉนั้นจึงไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพราะต้องประกอบอาชีพหรือไปทำธุระนอกบ้านเป็นประจำ ด้วยเหตุนี้ อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยแต่อย่างใด

1.2 บทบาทการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการทำงานเพื่อหารายได้หรือส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพและรู้จักการเข้าสังคม โดยจะปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงกำลังมีอาการ ซึ่งให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิต อาจจะทำให้ไม่สามารถทำงานนั้นได้ดี หรือไปก่อเรื่องวุ่นวายให้กับบุคคลอื่นได้ จากข้อมูลนี้สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลอาจจะยังไม่เข้าใจธรรมชาติของการเจ็บป่วยทางจิตและแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยดังนั้นจึงประเมินผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา ครอบครัวตลอดไป เนื่องจากไม่สามารถจะกลับเป็นเหมือนคนปกติได้ หรือไม่สามารถทำงานได้เช่นเคย จึงทำให้ผู้ป่วยไร้งานอาชีพและไม่สามารถดูแลตนเองได้ และผู้ป่วยเหล่านี้จะใช้เวลาอย่างเปล่าประโยชน์ซึ่งจะก่อให้เกิดภาระต่อสมาชิกในครอบครัวได้ (เลอสรรค์ พุ่มชูศรี,2531) แต่จากการศึกษา พบว่าแม้ญาติผู้ดูแลจะไม่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประกอบอาชีพด้วยเหตุผลใดก็ตาม แต่ญาติผู้ดูแลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยทำงานบ้านเล็ก ๆน้อย ๆ เช่น ล้างจาน ถูบ้าน กวาดบ้าน หุงข้าว และรดน้ำต้นไม้ เป็นต้น แต่ก็ไม่ได้คาดหวังว่าผู้ป่วยจะสามารถทำได้ดีหรือสามารถช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระงานบ้านได้ ดังนั้นการที่ญาติไม่ได้แสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือใด ๆ ซึ่งอาจเกิดจากญาติผู้ดูแลไม่ทราบว่าจะจัดการเช่นใดหลังจากกระตุ้นหลายครั้งแล้วและไม่ประสบผลสำเร็จ หรืออาจเกิดจากญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับกระตุ้นผู้ป่วยให้ทำงานหรือทำกิจกรรมนั้น ๆ จึงอาจกล่าวได้ว่าญาติผู้ดูแลมีการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมและเพียงพอในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นคนปกติทั่วไป ฉนั้นญาติผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะ

แสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือ หรือผู้จัดการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อครอบครัว เกิดความภาคภูมิใจ ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และรู้จักการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม โดยญาติผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว หรือกิจกรรมอื่น ๆทางสังคม เช่น ควรมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยไปร่วมรับประทานอาหารเย็นกับเพื่อน ๆ และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวควรมีการพูดคุย ให้ความเป็นเพื่อนกับผู้ป่วย ตลอดจนญาติผู้ดูแลควรมีการจัดสรรงานอาชีพและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูอาชีพหรือจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย (Minister of Supply and Service Canada ,1991)

1.3 บทบาทการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใญ่แสดงบทบาทการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านสุขภาพโดยแสดงบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือและบทบาทผู้จัดการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ การดูแลให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยให้งดสิ่งเสพติด และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับญาติผู้ดูแล จากข้อมูลนี้สามารถอธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการรักษา พร้อมทั้งแสวงหาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ในการที่จะดูแลและป้องกันความไม่สุขสบาย อันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคคลอื่น ในบางครั้งเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ญาติผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมรุนแรงนั้นได้เพียงลำพัง ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นที่จะต้องมีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น เพื่อขอคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หรือช่วยเหลือในการควบคุมพฤติกรรมรุนแรงนั้น แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลแสดงบทบาทผู้จัดการดูแลได้อย่างเหมาะสมในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้อง นอกจากนี้ในบางครั้งยังพบว่า ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องปล่อยและไม่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยขณะกำลังมีอาการ โดยให้เหตุผลว่า ไม่ทราบว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลขาดการเตรียมความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน หรืออาจเกิดจากญาติผู้ดูแลรู้สึกตื่นตกใจ ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่วิกฤตได้ ญาติผู้ดูแลบางคนสามารถจัดการได้โดยการกักขัง ควบคุม และล่ามโซ่ผู้ป่วยไว้เมื่อพบว่ามีพฤติกรรมรุนแรงก่อนที่จะตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Leavit (Leavit,1975 อ้างใน ดรุณี รุจกรกานต์,2536) ที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยส่วนมากไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการที่จะรับผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แม้จะอยู่โรงพยาบาลนานเท่าไร ญาติก็ขาดความแน่ใจและขาดแนวทางในอนาคตของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ไม่ได้เป็นแหล่งความช่วยเหลือสำหรับ

ครอบครัวเท่าที่ควร และจากการศึกษายังพบว่า มีญาติผู้ดูแลบางรายให้เหตุผลในการที่ต้องปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ได้ให้การดูแลใด ๆ ว่าไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วย เนื่องจากเกิดความรู้สึกหมดหนทางในการแก้ไขกับปัญหาที่เกิดขึ้น อันเป็นผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย (burnout) และไม่อยากเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยได้

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า กิจกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล ในบางอย่างยังไม่เหมาะสม ได้แก่ การดูแลในด้านการรับประทานยา การดูแลผู้ป่วยให้งดสิ่งเสพติด กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลบางรายจะให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา เมื่อประเมินว่า ผู้ป่วยหลังจากรับประทานยาแล้วมีอาการและพฤติกรรมที่ผิดแปลกไปมาก เช่น นอนมาก ซึม เลื่อนลอย ไม่พูดคุยกับใคร เป็นต้น ซึ่ง ญาติ ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกสงสารและกลัวว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตรายจากการได้รับประทานยาทางจิตหรือปล่อยให้ผู้ป่วยเก็บรักษายาด้วยตนเองและเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธยา ญาติผู้ดูแลจะปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย จากข้อมูลนี้สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลตัดสินใจโดยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่ถูกต้อง และมีวิธีการแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสม เพราะหากผู้ป่วยมิได้รับการบำบัดควบคุมด้วยยาแล้ว ย่อมจะเป็นการแน่นอนที่ว่ามากกว่า 90% ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะกลับมีอาการทรุดลงอีกหรือมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากขึ้น (เลอสรรค์ พุ่มซูศรี,2531) ส่วนการดูแลผู้ป่วยให้งดสิ่งเสพติดนั้น พบว่า ญาติผู้ดูแลบางรายปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยให้งดสิ่งเสพติด โดยให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยไม่ได้ติดสารเสพติดนั้นรุนแรง แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาและสารเสพติดว่าจะมีผลเกี่ยวเนื่องกันอย่างไรบ้าง ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตทุกคน ควรงดเว้นสิ่งเสพติดโดยเด็ดขาด เพราะสารเสพติดอาจทำให้อาการของโรคกำเริบได้ และนอกจากจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพแล้ว ยังทำให้ร่างกายทำลายยารักษาโรคจิตรวดเร็วขึ้น ทำให้ต้องใช้ยาในขนาดสูงขึ้นอีกด้วย (สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ, 2538)

คำถามที่ 2 ภาระของญาติผู้ดูแลจากการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอะไรบ้าง ทั้งภาระที่เกิดขึ้นในเชิงรูปธรรมและนามธรรม

2.1 ภาวะเศรษฐกิจ

ผลการศึกษาภาระที่เกิดขึ้นในเชิงรูปธรรมพบว่า (ตารางที่ 14) ญาติผู้ดูแลทั้งหมดเกิดความยุ่งยาก และได้รับผลกระทบในด้านเศรษฐกิจ เป็นผลให้ญาติผู้ดูแล ต้องพยายามทำงานหนักมากขึ้นเพื่อให้ได้รายได้มากขึ้นและมีญาติผู้ดูแลบางราย ต้องไปขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จากข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่า จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ประกอบกับฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวที่ยากจนอยู่แล้ว ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากในด้านเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pai และ Kapur

(1981) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์เปลี่ยนแปลงในด้านเศรษฐกิจ และงานประจำของครอบครัว พบว่า ญาติผู้ดูแลเกิดความตึงเครียดในด้านเศรษฐกิจ การถูกขัดขวางในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว และพบอาการเครียดเกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของ Eakes (1995) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ยากของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลขาดเวลาและพลังงาน การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ภาวะเศรษฐกิจลดลงเรื่อย ๆ กับการใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง สอดคล้องกับแนวคิดของ Noh และ Avison (1985) ที่ว่า ภาระของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่แสดงความตึงเครียดทางอารมณ์และความยุ่งยากทางสังคม เศรษฐกิจที่เกิดขึ้นกับครอบครัว และผลการศึกษาภาระในเชิงนามธรรมที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสูญเสียรายได้ และในบางครั้งจะท้อแท้หมดกำลังใจ โดยญาติผู้ดูแลจะใช้คำกล่าวเป็นประโยคหรือวลีที่ว่า "เสียเงินไปมาก" "เสียเงินไปเยอะ" และญาติผู้ดูแลยังกล่าวต่อไปอีกว่า "ไม่เสียดายหรอก" หรือ "ยอมเสีย" แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลรับรู้ และประเมินว่าการให้การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายโดยเฉพาะค่าเดินทางเพื่อนำผู้ป่วยไปรักษาพยาบาล แต่เพราะด้วยความรักและห่วงใยผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลพึงพอใจที่จะจ่ายเงินมา เพื่อให้ได้ซึ่งความมีสุขภาพดี หรืออาการทุเลาลงของผู้ป่วย คิดหาวิธีการหรือทำงานให้มากขึ้นเพื่อให้มีรายได้สำหรับค่ารักษาพยาบาล

2.2 การพักผ่อน

ผลการศึกษาพบว่า ภาระเชิงรูปธรรมที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลในด้านการพักผ่อน (ตารางที่ 15) ที่พบมากที่สุด คือเวลาในการพักผ่อนเปลี่ยนไป ต้องเฝ้าสังเกตและระวังอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย จากข้อมูลนี้สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยสร้างความยุ่งยากหรือความไม่สะดวกต่อการพักผ่อนของญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังมีอาการ ประกอบกับการที่ญาติผู้ดูแลต้องประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างซึ่งไม่สามารถมีเวลาพักผ่อนในช่วงกลางวันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Eakes (1995) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ยากของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง พบว่า บิดามารดาเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์จากการดูแลผู้ป่วย คือ ขาดการพักผ่อน เนื่องจากจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ขาดเวลา และพลังงาน การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ภาวะเศรษฐกิจเริ่มลดลงเรื่อย ๆ จากการใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล และจากการศึกษาของ วิภาวรรณ (2537) ที่ได้ศึกษาภาระการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากชีวิตประจำวันทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในการดูแล เวลาในการ

พักผ่อนน้อยลงเนื่องจากรู้สึกว่ามีกิจกรรมเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Oberst &Hughes (1991) พบว่าญาติผู้ดูแลที่บ้านถูกรบกวนในกิจกรรมที่ทำแต่ละวัน คือ กิจกรรมการออกกำลังกาย และการพักผ่อน กิจวัตรประจำวันส่วนตัว การไปธุระต่าง ๆนอกบ้าน การพักผ่อนหย่อนใจ การสังสรรค์กับเพื่อนฝูง หรือสมาชิกภายในครอบครัวคนอื่น ๆ ส่งผลให้แบบแผนการนอนหลับแปรปรวน และทำให้ญาติผู้ดูแลแสวงหาวิธีการเผชิญภาวะตึงเครียดนั้น ด้วยการรับประทานยานอนหลับหรือดื่มเหล้าให้เมา ซึ่งเป็นการเผชิญภาวะเครียดที่ไม่เหมาะสมได้ และจากการศึกษาภาระในเชิงนามธรรมที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกในทางลบได้แก่ หวาดกลัว รำคาญ เครียด และอารมณ์หงุดหงิดง่าย จากข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีผลกระทบต่อการพักผ่อนของญาติผู้ดูแล และส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกในทางลบตามมาได้

2.3 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ภาระที่เกิดขึ้นในเชิงรูปธรรม ในด้านภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล (ตารางที่ 16) พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีอาการปวดศีรษะ รับประทานอาหารน้อยลง เหนื่อยอ่อนเพลียและได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย จากข้อมูลนี้สามารถอธิบายได้ว่า ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งมีพฤติกรรมที่รุนแรงและให้การดูแลตามลำพังในเวลาที่ยาวนาน เหล่านี้อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดและมีปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตามมาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Greenberg และคณะ (1993) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของภาระในเชิงนามธรรมต่อภาวะสุขภาพของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภท พบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความรู้สึกเป็นกังวล (Worry) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสุขภาพร่างกายของมารดา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pratt และคณะ (1995) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระและกลวิธีเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย Alzhimer disease พบว่า ระดับคะแนนของภาระที่เกิดขึ้นมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Klien และคณะ (Klien et al, 1967 อ้างในสายพิณ เกษมกิจวัฒนา,2537) ที่ได้ศึกษาผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อคู่สมรส พบว่าคู่สมรสส่วนใหญ่หรือร้อยละ 67 แสดงอาการทางร่างกายเนื่องจากความเครียด ได้แก่ อาการทางประสาท เหนื่อยล้า ตกใจง่าย โกรธง่ายและซึมเศร้าง่าย นอกจากนี้ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การที่สมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีผลทำให้สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ เกิดปัญหาสุขภาพตามมา และปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ดูแล ได้แก่ ความเหน็ดเหนื่อยและเหนื่อยล้าซึ่งเกิดจากภาวะเครียดและพักผ่อนไม่เพียงพอ

(Mace and babins,1981 อ้างในสุจิตรา เหลืองอมรเลิศ,2537) โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่อยู่วัยชราซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางร่างกายตามธรรมชาติอยู่แล้ว เมื่อต้องมาตรากตรำในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิต ซึ่งในบางครั้งญาติผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย

นอกจากนี้ภาระในเชิงนามธรรมที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกและความตึงเครียดทางอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกหนักใจ เครียด กลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้ายและรู้สึกโกรธผู้ป่วย เมื่อถูกทำร้ายร่างกาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้เกิดความยุ่งยาก หรือผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของญาติผู้ดูแล และส่งผลต่อเนื่องให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกในทางลบได้ ดังคำกล่าวที่พูดอยู่เสมอว่า "สุขภาพกายดี สุขภาพจิตก็ดีตาม แต่ถ้าสุขภาพกายไม่ดี สุขภาพจิตย่อมไม่ดีตาม" (ฉวีวรรณ สัตยธรรม , 2540) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการให้การดูแลผู้ป่วยตามมาได้

2.4 ด้านปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น

ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ ไม่ได้รับผลกระทบหรือเกิดความยุ่งยากในด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเลย จากข้อมูลนี้สามารถอธิบายได้ว่า วัฒนธรรมในสังคมชนบทยังเน้นความเป็นญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านที่ให้การเกื้อกูลซึ่งกันและกัน แม้ว่าญาติผู้ดูแลจะได้รับความยุ่งยากในการดูแลด้านอื่น ๆก็ตาม ญาติผู้ดูแลยังคงมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ ทั้งในครอบครัวและเพื่อนบ้านใกล้เคียง ดังจะเห็นได้จากการได้รับการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย การที่เพื่อนบ้านใกล้เคียงให้การดูแลช่วยเหลือ ในการควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล

กล่าวโดยสรุป การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน นับว่าเป็นบทบาทที่ญาติผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทอย่างไม่มีที่สิ้นสุดและไม่แน่นอน เป็นผลให้ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต ประกอบกับงานส่วนตัวที่มีอยู่เดิมย่อมทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระได้ ซึ่งภาระที่เกิดขึ้นนั้น ประกอบด้วยภาระในเชิงรูปธรรม และภาระในเชิงนามธรรม ได้แก่ ความยุ่งยากและความยากลำบากในด้านภาวะเศรษฐกิจ การพักผ่อนและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ส่วนด้านปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่นนั้น ไม่พบว่ามีญาติผู้ดูแลรายใดเกิดความยุ่งยาก หรือมีปัญหาในด้านนี้เลย แต่การศึกษานี้พบว่า ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกทั้งทางด้านบวกและลบในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ เช่น รู้สึกเครียด วิตกกังวลยุ่งยากใจ กลัว โกรธ รำคาญ แต่ยังมีความห่วงใย สงสารผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่