

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยกับคู่สมรส หรือพี่น้อง หรือบุตรของผู้ป่วย และเพื่อเปรียบเทียบความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แตกต่างกันในค่านิยมสำเนา การศึกษาของญาติ เพศและระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ผลการวิจัยดังนี้

1. ค่านิยมธุรกิจ พบว่า

1.1 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบท มีความเครียดสูงกว่าญาติผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเมือง ในเรื่อง "การขาดรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วย" "การที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูผู้ป่วยที่บ้าน" "การที่ต้องเสียเงินค่าใช้จ่ายสูงในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ป่วย" และ "การที่ต้องเสียค่าเดินทางแพงในการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์" ทั้งนี้อาจเนื่องจากโดยทั่วไป ชาวชนบทมีรายได้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับชาวเมือง (รัชนิกร เศรษฐ 2528 : 28) ฉะนั้น เมื่อต้องมาประสบกับภาวะค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดู ค่ารักษา ค่าเดินทางพาผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือมารักษา และผู้ป่วยส่วนมากมักจะประกอบอาชีพไม่ได้ ทำให้ขาดรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วยด้วยแล้ว ผลก็คือ ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบทมีความเครียดระดับสูงกว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเมือง ทอสด้านการนี้ก่อให้เกิดความเครียดค่านิยมธุรกิจดังกล่าว

สิ่งที่มีส่วนช่วยเสริมความเครียดค่านิยมธุรกิจของชาวชนบท คือหน่วยงานที่ให้บริการตรวจรักษาโรคจิตเวชซึ่งมีจิตแพทย์ประจำแกว้ทั้งหมด ตั้งอยู่ในตัวเมืองหรือตัวจังหวัด เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระยา อยู่ในกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลศรีษะเกษ อยู่ในอำเภอเมืองนนทบุรี โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อยู่ในอำเภอพนัสนิคม สุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อยู่ในอำเภอเมือง อุบลราชธานี เป็นต้น แมแต่หน่วยจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป ก็อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด

ฉะนั้น ในการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือมาขอยา ชาวชนบทต้องเดินทางไกล บางครั้งต้องเหมารถรับจ้างมาด้วยราคาแพง เพิ่มความเครียดด้านเศรษฐกิจขึ้นอีก ตรงข้ามกับชาวเมืองนอกจากจะมีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าดังกล่าวมาแล้วนั้น การคมนาคมในเมืองก็สะดวก มีรถเมล์ประจำทางต่าง ๆ มากมายที่เรียกเก็บค่าบริการถูกลงกว่าการเหมารถ และชาวเมืองอยู่ใกล้โรงพยาบาลมากกว่าด้วย

นอกจากนี้ การที่ชาวชนบทมีการศึกษาน้อยหรือไม่มีการศึกษาเลย ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิและการดำเนินการ เรื่องบัตรสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (ส.ป.น.) ซึ่งผู้มีรายได้น้อยต้องร้องขอมีบัตรเองต่ออำเภอ โดยมีกำหนดเป็นผู้รับรองว่ายากจน บัตรสงเคราะห์นั้นสามารถรับยาฟรีได้อย่างต่อเนื่องทุกเดือน ไปตลอดระยะเวลา 3 ปี เมื่อบัตรใกล้หมดอายุสามารถร้องขอเพื่อทำบัตรใหม่ได้ ชาวชนบทอาจจะไม่ทราบและไม่ได้ใช้สิทธิของตนในเรื่องนี้ หรือทราบแต่ดำเนินการไม่สำเร็จ เพราะมีอุปสรรคด้านการออกบัตร เรื่องนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประไพรัตน์ ทิพยมณฑล (2531 : 34) พบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากมีรายได้น้อย แต่มีจำนวนผู้มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเพียงร้อยละ 31.40 ผู้วิจัยได้สอบถามเพิ่มเติมถึงเหตุผลที่ไม่มีบัตร พบว่าเนื่องจากความขี้เกียจการศึกษาและไม่ได้รับคำแนะนำที่ดีพอจากทางการ จึงทำให้ขาดโอกาสไป

ฉะนั้น การให้คำแนะนำต่าง ๆ แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งญาติที่เป็นชาวชนบท ก็จะสามารถช่วยลดความเครียดด้านเศรษฐกิจในบางเรื่องได้บ้าง เช่น การให้คำแนะนำเรื่องการส่งยาให้ผู้ป่วยและญาติทางไปรษณีย์ ก็จะลดปัญหาค่าใช้จ่ายจากการเดินทางมาพบแพทย์หรือมาขอรับยาได้ และการแนะนำเรื่องสิทธิและวิธีดำเนินการขอบัตรสงเคราะห์ จนญาติสามารถทำบัตรได้ จะลดความเครียดจากการที่ต้องเสียเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ป่วยได้

1.2 ญาติที่มีการศึกษาระดับไม่ได้เรียนถึงประถมศึกษาปีที่ 6 มีความเครียดสูงกว่าญาติที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงปริญญาตรีขึ้นไป ในเรื่อง "ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูผู้ป่วยที่บ้าน" และ "ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ป่วย" แสดงว่าการศึกษามีผลสัมพันธ์กับองค์ประกอบความเครียดด้านเศรษฐกิจ ทั้งนี้ เพราะการไม่ได้รับการศึกษาหรือได้รับการศึกษาน้อย จะทำให้มีรายได้น้อยลง หรืออาจมีรายได้อันไม่แน่นอน หรืออาจไม่มีรายได้เลย การที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูผู้ป่วยที่บ้าน

ยอมหมายถึงรายจ่ายของครอบครัวที่ต้องใช้จ่ายทุกวันในเรื่องอาหารการกิน ส่วนค่ายาก็ต้องจ่ายอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะเป็นโรคเรื้อรัง ต้องรับประทานยาทุกวันต่อเนื่อง เป็นปี ๆ หรือบางคนอาจต้องรับประทานยาตลอดชีวิต เพื่อรักษาและป้องกันการกำเริบของโรค (สมภพ เรื่องตระกูล 2528 : 77, 79) สิ่งเหล่านี้ ทำให้ญาติผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับไม่ไ้เรียนถึงประถมศึกษาปีที่ 6 มีความเครียดสูงกว่าญาติที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงปริญญาตรีขึ้นไปในเรื่องดังกล่าว

1.3 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยมาแล้ว 5 ปีกว่าถึง 10 ปี มีความเครียดสูงกว่าญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 1 ถึง 5 ปี ซึ่งมีความเครียดอันคับรองลงมา และสูงกว่าญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป ในเรื่อง "การขาดรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วย"

ส่วนเรื่อง "ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูผู้ป่วยที่บ้าน" ญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 5 ปีกว่าถึง 10 ปี มีความเครียดสูงกว่าญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป

การที่ญาติผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 5 ปีกว่าถึง 10 ปี มีความเครียดสูงเป็นอันดับหนึ่ง ทั้ง 2 เรื่องที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น อาจเป็นเพราะในปีแรก ๆ ของการเจ็บป่วย ญาติยังมีความหวังว่าผู้ป่วยจะหาย มุ่งเรื่องการรักษาผู้ป่วย ยังไม่ค่อยได้คิดถึงการขาดรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วยและการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูผู้ป่วยที่บ้าน ความเครียดของญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 1 ถึง 5 ปี จึงอยู่ในอันดับกลาง ๆ เมื่อเทียบกับความเครียดของญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 5 ปีกว่าถึง 10 ปี ซึ่งมีความเครียดอันดับหนึ่ง เพราะระยะ 5 ปีกว่าถึง 10 ปีหลังป่วยญาติได้ใช้จ่ายต่าง ๆ ในการเลี้ยงดูและรักษาผู้ป่วยไปมาก เงินทองก็อาจจะลดลงหรือหมดไป ประกอบกับสภาพและอาการของผู้ป่วยในระยะนี้ ยังคงเหลือร่องรอยของโรคอยู่ มีความเสื่อมทางอารมณ์และสังคม และไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้ได้ ทำให้ญาติเครียดจากการขาดรายได้จากการประกอบอาชีพของผู้ป่วย และการต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูผู้ป่วยที่บ้านสูงเป็นอันดับหนึ่ง เมื่อเวลาล่วงผ่านไปเป็น 10 ปีขึ้นไป หลังป่วยครั้งแรก ญาติจะเข้าใจและยอมรับมากขึ้นว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตที่เรื้อรังหรือเมื่อญาติเครียดมานาน ๆ ญาติเองเริ่มตระหนักว่าถ้าหากเครียดมากต่อไป ญาติเองอาจจะมีอาการป่วยจิตเองก็ได้ จึงพยายามปรับตัวปรับใจ เอาธรรมะมาช่วยบ้าง เช่น การสวดมนต์ในการวิจัยครั้งนี้ ญาติหลายคนเน้นตลอดการให้สัมภาษณ์ว่า ก็ต้องปรับใจ มองมุมกลับว่า ถ้าหากเครียดมากต่อไป ป่วยเป็นโรคจิตไปอีกคน ใครจะดูแลผู้ป่วย เดียวนี้

พยายามทำให้สงบ ไม่คิดอะไร เป็นต้น จากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ความเครียดของญาติทั้ง 2 เรื่องดังกล่าว จึงมีระดับสูงสุดในญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป

2. ด้านชีวิตสังคมและส่วนตัว พบว่า

2.1 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทรายงานว่ามีความเครียดระดับปานกลางในเรื่อง "ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปรวมกิจกรรมทางสังคมได้ดังแต่ก่อน เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย" และ "ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามที่ต้องการ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย" ทั้งนี้เพราะ ส่วนหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง และสภาพของผู้ป่วยไม่อาจถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพังนาน ๆ ได้ มีการวิจัยหลายเรื่องที่พบว่าญาติผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกซับซ้อนใจจาก กิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม และอิสระส่วนตัวถูกจำกัด (Brown, et al.1966:101; Hatfield 1978 : 355-359 cited by Kane 1984 : 22) ซึ่งแพทย์อาจช่วยแบ่งเบาภาระและช่วยลดความเครียดเรื่องนี้ของญาติได้ ด้วยการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลบ้าง เป็นครั้งคราว

2.2 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภูมิลำเนาในชนบท รายงานว่ามีความเครียดสูงกว่าญาติผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเมือง เรื่อง "ญาติอื่น ๆ แสดงท่าทีรังเกียจ ไม่ยอมรับ" ซึ่งผู้วิจัย คิดว่า เป็นเพราะชาวชนบทมีระดับการศึกษาต่ำกว่าชาวเมือง ทำให้มีทัศนคติทางลบและไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งมีผลการวิจัยหลายเรื่องพบว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตมากกว่าบุคคลที่ด้อยการศึกษา (Madianos, et al.1987 : 158; Shurka 1983 : 101) ความไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ชาวชนบทแสดงท่าทีรังเกียจ ไม่ยอมรับญาติผู้ป่วยไปช่วย ประกอบกับสังคมชนบทอยู่กันอย่างใกล้ชิดรู้จักซึ่งกันและกันดี ไม่ต่างคนต่างอยู่เหมือนสังคมเมือง เมื่อญาติอื่น ๆ แสดงท่าทีรังเกียจไม่ยอมรับญาติผู้ป่วยโรคจิต จึงทำให้ญาติผู้ป่วยมีความเครียดเรื่องนี้สูงกว่าดังกล่าว

2.3 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการศึกษาระดับไม่ได้เรียนถึงประถมศึกษาปีที่ 6 มีความเครียดสูงกว่าญาติที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงปริญญาตรีขึ้นไป ในเรื่อง "ญาติไม่กล้าเผชิญหน้ากับเพื่อนหรือบุคคลอื่นเนื่องจากความอาย" และ "ญาติไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำงานอดิเรกได้ตามที่ต้องการ"

การที่ญาติที่มีการศึกษาน้อยกว่ามีความเครียดสูงกว่าในเรื่อง "ไม่กล้าเผชิญหน้ากับเพื่อนหรือบุคคลอื่นเนื่องจากความอับอาย" แสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยกว่า ไม่ยอมรับความเจ็บป่วยทางจิตมากกว่าญาติที่มีการศึกษาสูงกว่า จึงรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยเป็นโรคจิตมากกว่า ทำให้ไม่กล้าเผชิญหน้ากับเพื่อนหรือบุคคลอื่น เนื่องจากความอับอายมากกว่า ทั้งนี้พ้องกับผลการวิจัยที่พบว่า บุคคลที่มีการศึกษาระดับสูงจะยอมรับความเจ็บป่วยทางจิตมากกว่า (Madianos, et al. 1978 : 158; Shurka 1983 : 101)

สำหรับการที่ญาติไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำงานอดิเรกได้ตามที่ต่องการนั้น ผู้วิจัยคิดว่า เนื่องจากญาติที่มีการศึกษาระดับสูงกว่ามีโอกาสทำงานประจำที่แน่นอนมากกว่า ต้องไปทำงานตามเวลาที่กำหนด จึงไม่ค่อยได้อยู่บ้านหรืออยู่กับผู้ป่วย ส่วนญาติที่มีการศึกษาน้อยกว่ามักจะทำงานอยู่กับบ้าน เมื่อญาติต้องอยู่บ้านมากกว่า ย่อมมีการะในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า จึงสร้างความเครียดให้ญาติกลุ่มนี้ไ้สูงกว่า

3. ค่านสัมพันธภาพภายในครอบครัว พบว่า

3.1 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทรายงานว่ามีความเครียดระดับปานกลาง ในเรื่อง "ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือคำบอกกล่าวของญาติ" "สมาชิกบางคนในครอบครัวมีสีหน้าท่าทาง คำพูดที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย" และ "ผู้ป่วยมีสีหน้า ท่าทาง หรือ คำพูดที่ไม่เป็นมิตร" ซึ่งอาจนำไปสู่สัมพันธภาพทางลบภายในครอบครัว ยังผลให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่องที่พบว่า การเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท ทำให้เกิดสัมพันธภาพทางลบภายในครอบครัว (จารุวรรณ ท.สกุล 2524 : 65 Asai 1983 : 262; Hatfield 1979 : 338 cited by Stuart and Sandeen 1987 : 319)

เมื่อพิจารณารายละเอียดของแหล่งความเครียด พบว่า "การที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือคำบอกกล่าวของญาติ" เป็นสาเหตุแห่งความเครียด ทั้งนี้เพราะการที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือคำบอกกล่าวของญาติ อาจทำให้ญาติไม่พึงพอใจ เกิดการทะเลาะเบาะแว้งหรือความขัดแย้งระหว่างญาติกับผู้ป่วย หรือระหว่างญาติกับญาติที่เข้ามามีส่วนร่วมในความขัดแย้งนั้น อันจะนำไปสู่ความเครียดภายในครอบครัวได้ ซึ่งมีผลการวิจัยหลายเรื่องที่ยืนยันในเรื่องนี้ (รจนา กุลรัตน์ 2526 : 75-79. สงัน สุวรรณเลิศ และลัดดาวลัย ขวัญสง 2520 : อักสำเนา; Giel, et al.1983 : 194-195; Hatfield 1979 : 338 cited by

Stuart and Sandeen 1987 : 319)

การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทให้เข้าใจ เห็นใจ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยมากขึ้น จะเกิดผลดีแก่ทุกฝ่าย คือทั้งแก่ผู้ป่วยและสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว ในการที่จะลดความเครียดเกี่ยวกับเรื่องนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยด้วย ทั้งคำกล่าวของ เมอร์เรย์ และฮูเอลสคอเอทเทอร์ (Murray and Huelskoeter 1987 : 506) ที่ว่า พยาบาลและสมาชิกทุกคนในทีมสุขภาพจิตต้องให้บริการคำนอบน้อมรับปาก มิฉะนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับไปอยู่บ้าน ไม่นานก็จะป่วยซ้ำอีก ผู้ป่วยไม่สามารถมีอาการทุเลาได้ตลอด ถ้าสมาชิกภายในครอบครัวไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของพวกเขาที่อยู่ และที่ สุรางค์ เลิศคชาธาร (2533 : 12-13) กล่าวว่า การแนะนำชี้แจงญาติช่วยเหลือญาติให้เข้าใจและลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ให้อาการกำเริบบ่อย

วิธีการที่จะเข้าไปให้คำแนะนำและช่วยเหลือญาติต้องกระทำด้วยความนุ่มนวล มีทัศนคติที่ดี และเข้าใจถึงความทุกข์ยากลำบากของญาติ ทั้งคำแนะนำของ ฮาเบอร์ และ คณะ (Haber, et al. 1987 : 764-765) ที่ว่า สมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจหมดความอดทนและสิ้นหวัง ที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดได้ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยป่วยซ้ำหลายครั้ง ฉะนั้น พยาบาลต้องจัดโอกาสให้ญาติ ได้ระบายความรู้สึกของเขาในบรรยากาศที่ยอมรับ เข้าใจ เห็นใจ ซึ่งช่วยให้ความรู้สึกเครียดลดลง

นอกจากนี้ เมอร์เรย์ และฮูเอลสคอเอทเทอร์ (Murray and Huelskoeter 1987 : 506) ได้เสนอเทคนิคในการช่วยเหลือญาติให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันจะยังผลในการลดอัตราการป่วยซ้ำดังนี้คือ พยาบาลและสมาชิกในทีมสุขภาพจิต ต้องสร้างความคุ้นเคยและมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ไม่ตัดสินหรือตำหนิว่าญาติเป็นสาเหตุการป่วยซ้ำของผู้ป่วย ช่วยเหลือให้สมาชิกในครอบครัวรู้ตัวและตระหนักว่าพวกเขาที่มีความรู้สึกทางลบต่อผู้ป่วยอย่างไร การติดต่อสื่อสารระหว่างญาติกับผู้ป่วย และระหว่างญาติกันเองมีความบกพร่องอะไรบ้าง พยาบาลช่วยญาติหาวิธีที่ญาติจะอยู่กับผู้ป่วยได้อย่างราบรื่น ถ้าเป็นไปได้ทั้งผู้ป่วยและญาติต้องปรับปรุงพฤติกรรมของตนเอง มีพฤติกรรมที่สื่อถึงการยอมรับและปรับตัวเข้าหากัน

นอกจากนี้ยังมีสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ป่วย คือ "สมาชิกบางคนในครอบครัว มีสีหน้า ท่าทาง คำพูดที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย" และ "ผู้ป่วยมีสีหน้า ท่าทาง หรือคำพูดที่ไม่เป็นมิตร" ทั้งนี้ เนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวต่างมีผลกระทบซึ่งกันและกัน การที่สมาชิกบางคนในครอบครัวมีสีหน้า ท่าทาง คำพูดที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยสีหน้า ท่าทาง หรือคำพูดที่ไม่เป็นมิตรได้ เช่นกัน สีหน้า ท่าทาง คำพูดที่ไม่เป็นมิตรของผู้ป่วย ก็อาจทำให้ญาติมีปฏิกิริยาตอบโต้ต่อผู้ป่วยได้ บัจฉัยในเรื่องพฤติกรรมผิดปกติต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น การถอยหนีจากสังคม ท่าทีเฉยเมยที่ดูเหมือนไม่ตอบสนองต่อสิ่งใด ๆ ญาติอาจไม่เข้าใจพฤติกรรมเหล่านี้ ทำให้คับข้องใจ ทุกข์ใจ หมกหมองโกรธผู้ป่วยได้ (Bennett 1978 : 223; Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978 : 235-236) ผลที่ตามมาคือ ญาติอาจจะแสดงปฏิกิริยาตอบโต้ผู้ป่วยด้วยการมีสีหน้า ท่าทาง หรือคำพูดที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ญาติที่เข้าใจ เห็นใจผู้ป่วยก็อาจจะไม่พอใจหรือเครียดได้ นอกจากนี้ ญาติบางคนอาจคิดว่าผู้ป่วยไม่ได้มีอาการป่วยจริง แต่แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาโดยไม่ควบคุมหรือควบคุมเพียงเล็กน้อย ซึ่ง ฌอน และเลฟ (Vaughn and Lef 1981 : 43-44 cited by Runions and Prudo 1983 : 382) กล่าวว่า ญาติกลุ่มนี้มักจะทำหนีผู้ป่วยในความผิดปกติต่าง ๆ ของพฤติกรรม

การที่สมาชิกบางคนในครอบครัว มีสีหน้า ท่าทาง คำพูดที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย และผู้ป่วยมีสีหน้า ท่าทาง คำพูดที่ไม่เป็นมิตร ทำให้เพิ่มหรือเกิดวงจรความเครียดขึ้นภายในครอบครัวได้ ทั้งนี้ญาติที่มีสีหน้า ท่าทาง คำพูดที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยเองก็เครียดจึงแสดงพฤติกรรมออกไป ผู้ป่วยเองก็เครียดและเกิดการป่วยซ้ำ โรคกำเริบได้ เพราะได้รับการแสดงสีหน้า ท่าทาง การวิพากษ์วิจารณ์ทางลบ คำว่า หรือคำเหน็บจากญาติอยู่เสมอ สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวก็เครียด ทำให้เกิดความขัดแย้ง ทะเลาะเบาะแว้ง เพิ่มความเครียดขึ้น และการที่ผู้ป่วยโรคกำเริบ เกิดการป่วยซ้ำ หรืออาจแสดงสีหน้า ท่าทาง คำพูดที่ไม่เป็นมิตร ก็ยิ่งเพิ่มความเครียดขึ้นภายในครอบครัวเช่นกัน ซึ่งในปัจจุบัน ได้มีผลการวิจัยมากมายกล่าวถึงและยืนยันว่า สภาพครอบครัวที่มีการระบายออกของอารมณ์สูง คือ มีการทำหนีตีเขย่นอยู่เสมอ มีความก้าวร้าวรุนแรงต่อกัน และก้าวร้าวในเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยเกินขอบเขต จะเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบ (ชะอุณห พิษณุอนุทวี และคณะ 2530 : 23, สุรางค์ เลิศชาธาร 2533 : 12-13)

3.2 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภูมิสำเนาในชนบท มีความเครียดสูงกว่าญาติผู้ป่วยที่มีภูมิสำเนาในเมือง ในเรื่อง "สมาชิกครอบครัวบางคนมีสีหน้า ท่าทาง คำพูดที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย" และ "ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญที่ญาติได้ดูแลเอาใจใส่เขา" ทั้งนี้ ผู้วิจัยคิดว่า เป็นเพราะญาติชาวชนบทส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ใช้ชีวิตอยู่กับบ้านอยู่กับผู้ป่วยมากกว่าญาติชาวเมืองที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างหรือรับราชการทำงานนอกบ้านไม่ค่อยได้อยู่กับผู้ป่วย ประกอบด้วยชาวชนบทส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับต่ำหรือไม่มีการศึกษาเลย ทำให้ขาดความรู้ ความเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย โอกาสที่สมาชิกครอบครัวบางคนแสดงสีหน้า ท่าทาง คำพูดที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจึงมีมากขึ้น ซึ่งเป็นผลกระทบที่สร้างความเครียดให้กับญาติที่ดูแลผู้ป่วย

ส่วนเรื่อง "การที่ผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญที่ญาติได้ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย" นั้น น่าจะเนื่องจากญาติชาวชนบทใช้ชีวิตอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในแต่ละวันมากกว่าญาติชาวเมืองเช่นกัน และจากการที่ญาติชาวชนบทมีความรู้ความเข้าใจน้อยกว่าญาติชาวเมืองว่า เป็นอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างหนึ่งที่มีการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกน้อยลง หรือไม่แสดงออกเลย จึงไม่แสดงความยินดียินร้ายต่อการดูแลเอาใจใส่ของญาติ ทำให้ญาติชาวชนบทมีความรู้สึกผิดหวังน้อยใจ หรือเสียใจมากกว่าญาติชาวเมืองในเรื่องนี้ ซึ่งความรู้สึกสะเทือนใจนี้ ตรงกับผลการวิจัยของ ครีเออร์และวิง (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978:235-236) ที่พบว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท รู้สึกสะเทือนใจที่คอยดูแลผู้ป่วยอย่างดี แต่ผู้ป่วยมีท่าทีเฉยเมยต่อญาติ

3.3 ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิง มีความเครียดสูงกว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย คือ "การที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งกันอยู่เสมอ" เรื่องนี้ผู้วิจัยคิดว่า เป็นเพราะความแตกต่างระหว่างเพศที่ผู้หญิงโดยทั่วไปส่วนใหญ่มักจะเป็นคนเจ้าอารมณ์และจุกจิก หุยมหิมมากกว่าผู้ชาย ดังที่ ทวีร์สมิ์ ธนาคม (2524 : 148) กล่าวว่า ผู้หญิงเป็นคนเจ้าอารมณ์และจุกจิกหุยมหิม เพราะความซับซ้อนของต่อมซึ่งมีมากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ มากในระหว่างมีประจำเดือน มีครรภ์ และระยะหมดประจำเดือน ส่วนผู้ชายเป็นคนที่มีความอดกลั้น ฉะนั้น ผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิงอาจมีการทะเลาะเบาะแว้งกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวมากกว่า ทำให้ญาติเครียดเรื่องนี้มากกว่า

4. ด้านความอับอาย พบว่า

4.1 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเครียดระดับปานกลางในเรื่อง "นำอับอายที่

ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ ค่อนข้างอื่น ขณะที่ญาติอยู่ด้วย" แสดงว่าญาติผู้ป่วยยังไม่ยอมรับว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกับโรคฝ่ายกาย และพฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วยเป็นอาการแสดงของการเจ็บป่วยทางจิตนั่นเอง มีผลการวิจัยหลายเรื่องที่น่าสนใจว่า ญาติผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต และรู้สึกอับอายถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ เช่น หัวเราะหรือคุยคนเดียว (บุญรัตน์ มิ่งาม 2530 : 33-42; เพชรา อินอิม 2531 ; 16-17; สงัน สุวรรณเลิศ และลัดดาวัลย์ ชวัญสง 2520 : อักสำเนา; Asai 1983 : 262; Madianos, et al. 1987 : 158; Nieradzick and Cochrane 1985:23; Shurka 1983 : 101; Thomson and Doll 1982 : 379-388 cited by Baker 1989 : 32)

การช่วยให้ญาติผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งอาการแสดงของโรคที่ออกมาในรูปของพฤติกรรมแปลก ๆ จะช่วยลดความเครียดในเรื่องนี้ของญาติได้ โดยการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องความเจ็บป่วยทางจิตแก่ญาติ ทั้งนี้ จากการวิจัยพบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาระดับสูงกว่าจะยอมรับความเจ็บป่วยทางจิตมากกว่า (Madianos, et al. 1978:158 Shurka 1983 : 101) นอกจากนี้ การที่เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจิตมีท่าทีที่อบอุ่นเป็นกันเอง ให้เกียรติแก่ญาติ มีทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วยทางจิต ก็มีผลช่วยเสริมให้ญาติยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้นได้

4.2 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบทรายงานว่ามีความเครียดสูงกว่าญาติผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเมือง ในเรื่อง "คิดว่า การมีญาติป่วยเป็นโรคจิต ทำให้ผู้อื่นมองว่าตระกูลมีความผิดปกติ" ทั้งนี้ ผู้วิจัยคิดว่าน่าจะเป็นเพราะชาวชนบทมีทัศนคติทางลบต่อการเจ็บป่วยทางจิตมากกว่าชาวเมือง ชาวชนบทมีการศึกษาค่ากว่าชาวเมือง ซึ่งเชิดชาย เหล่าหล้า (2515 : 32) กล่าวว่า ชาวชนบทส่วนมาก จบชั้นประถมศึกษาที่ยังมีไม่มาก ส่วนมากจึงไม่รู้หนังสือ ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรคจิตเภทว่า มีปัจจัยหลาย ๆ ด้านที่ทำให้เกิดโรครวมกันเป็นเพียงปัจจัยส่วนหนึ่งเท่านั้น คั้งที่ ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี และคณะ (2530 : 12-13) ได้เขียนอธิบายให้ญาติทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท ในหนังสือคู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ชาวเมืองส่วนมากเป็นคนรู้หนังสือ (รัชณี เศรษฐ 2528 : 45) ก็สามารถอ่านและเกิดความเข้าใจได้ ตรงข้ามกับชาวชนบทที่ไม่รู้หนังสือ ไม่ได้อ่านและไม่เกิดความเข้าใจเรื่องนี้ ประกอบกับสังคมชนบทมีความใกล้ชิดกันมาก การติดต่อกันเป็นแบบเผชิญหน้ากัน และทุกคนรู้จักกันดี (รัชณี เศรษฐ 2528 : 13) จึงทำให้

ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบทรู้สึกให้ความสำคัญมากกว่า คนอื่นจะมองตนอย่างไรที่มีญาติผู้ป่วยด้วยโรคจิต กล่าวเขาจะรังเกียจว่าตระกูลมีพันธุกรรมด้านโรคจิต ฉะนั้น ญาติชาวชนบทจึงมีความเครียดจากการคิดว่า "การมีญาติป่วยเป็นโรคจิตทำให้ผู้อื่นมองว่าตระกูลมีความผิดปกติ" ในระดับที่สูงกว่าญาติชาวเมือง

4.3 ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยมาแล้ว 5 ปีกว่าถึง 10 ปี มีความเครียดสูงกว่าญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป ในเรื่อง "คิดว่าการมีญาติป่วยเป็นโรคจิตทำให้เสียชื่อเสียงเกียรติยศ" ทั้งนี้ ผู้วิจัยคิดว่าเป็นเพราะในระยะแรกของการเจ็บป่วย ญาติยังไม่ยอมรับว่าผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิต และยังมีหวังมากกว่าจะรักษาผู้ป่วยให้หายได้ ความเครียดของญาติผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 1 ถึง 5 ปี จึงอยู่ในอันค้ำกลาง ๆ แต่สภาพของผู้ป่วยในระยะ 5 ปีกว่าถึง 10 ปีหลังเริ่มป่วย ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะมีอาการที่ ร้ายสมรรถภาพด้านต่าง ๆ มีบุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคจิตชัดเจน ทำให้ญาติอับอายและคิดว่าการมีญาติป่วยเป็นโรคจิตทำให้เสียชื่อเสียงเกียรติยศ ความเครียดของญาติในเรื่องนี้ จึงสูงสุดอันค้ำแรกในญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 5 ปีกว่าถึง 10 ปี แต่เมื่อเวลาผ่านไปเป็น 10 ปีขึ้นไป ญาติจะยอมรับการมีญาติป่วยเป็นโรคจิตมากขึ้น ความเครียดของญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป จึงต่ำสุดในเรื่องนี้

5. ความรู้สึกผิด ผลปรากฏว่า

5.1 บิดาหรือมารดาของผู้ป่วย มีความเครียดสูงกว่าคู่สมรส หรือพี่-น้อง หรือบุตร ในเรื่อง "คิดว่าการเลี้ยงดูหรือการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยมีส่วนทำให้ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิต" ซึ่งพ้องกับผลการวิจัยที่พบว่า บิดามารดาของผู้ป่วย มีความรู้สึกผิดความเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978:241) ซึ่งอาจเป็นเพราะเคยอ่านหรือได้ฟังเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นบิดามารดาทำให้เกิดโรคจิตในบุตรของตน โดยการเลี้ยงดูที่ผิดพลาด (Haber, et al.1987 : 764) นอกจากนี้ นักวิชาชีพทางสุขภาพจิตบางคนมีส่วนซ้ำเติมความรู้สึกผิดนี้ โดยกล่าวโทษบิดามารดาอย่างเป็นนัย ๆ ว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้บุตรเจ็บป่วยทางจิต (Fleek 1965 : 275; Pakenham and Dadds 1987 : 581)

การที่บิดามารดาบางคนรู้สึกได้ว่าได้รับการตำหนิในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และได้รับการซ้ำเติมโดยเพื่อนหรือนักวิชาชีพทางสุขภาพจิต ทำให้ความเครียดที่มีอยู่แล้วเพิ่มขึ้น โดยความรู้สึกผิดนี้ไปรวมกับความเหนื่อยล้าอ่อนแรงทั้งกายและใจ การช่วยลดความตึงเครียด ความ

วิตกกังวล ความรู้สึกผิด และความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ อาจทำได้โดยบิคามารคาได้พูดคุย
ระบายความรู้สึกต่าง ๆ กับเพื่อน และนักวิชาชีพทางสุขภาพจิต เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์
นักจิตวิทยาคลินิก หรือจิตแพทย์ ที่เข้าใจและให้ความช่วยเหลือปรับประคับประคองทางอารมณ์อย่าง
เห็นใจ (Tsuang 1982 : 71)

นอกจากนี้ คู่สมรส หรือพี่น้อง หรือบุตร รายงานว่า มีความเครียดสูงกว่าบิคา หรือ
มารดาของผู้ป่วยในเรื่อง "คิดว่าที่ผ่านมายาวครั้งญาติใช้อารมณ์กับผู้ป่วยมากเกินไป" ทั้งนี้ อาจจะ
เนื่องจากความรักที่บิคามารคามีต่อบุตรนั้นมากกว่า ลึกซึ้งกว่า ความรักที่มีระหว่างคู่สมรส หรือ พี่
น้อง หรือที่บุตรมีต่อบิคามารดา จึงทำให้บิคามารดายอมรับสภาพต่าง ๆ ของผู้ป่วยมากกว่ามีความ
โกรธความไม่พอใจผู้ป่วยน้อยกว่า และใช้อารมณ์กับผู้ป่วยน้อยกว่าญาติอีกกลุ่มหนึ่ง เรื่องความรัก
อย่างลึกซึ้งไม่มีใครเหมือนของบิคามารดาที่มีต่อบุตรนั้น ยืนยันได้จากทฤษฎีครอบครัวที่ว่าความ
สัมพันธ์ของบิคามารดาและบุตร เป็นความสัมพันธ์ทางสายเลือด ที่กระชับไม่มีอะไรเหมือน มีความ
ผูกพันซึ่งกันและกันอยู่กับความรัก (ทวิวิธมณี ธนาคม 2524 :200)

การที่ญาติ "ใช้อารมณ์กับผู้ป่วยมากเกินไป" อาจสืบเนื่องมาจากญาติเกิดความรู้สึก
เหนื่อยล้า ผิดหวัง คับข้องใจ และ/หรือโกรธผู้ป่วย จากภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา
ยาวนาน แต่ไม่ได้พบกับความชื่นใจตอบแทน

ความเครียดของญาติในเรื่องนี้จะลดลงได้ ถ้าหากญาติจะสร้างความเข้าใจและเมตตา
ต่อผู้ป่วย ดังข้อความที่ ของ (Tsuang 1982 : 70) เขียนไว้ว่า ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท
จำเป็นต้องใช้ความอดทน ความเข้าใจ ความเมตตาและความเสียสละ ญาติจำเป็นต้องเข้าใจ และ
ยอมรับธรรมชาติของโรคว่าเป็นโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยมักจะไม่สมรรถภาพ ควรที่จะตระหนักความ
จริงว่าผู้ป่วยบางคนจะไม่สามารถกลับเป็นเหมือนก่อนป่วยได้อีก แม้จะกินยาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการ
รักษาค่านจิตสังคม และได้พยายามให้กรฟื้นฟูอย่างเต็มที่ก็ตาม ส่วนความรู้สึกเครียดนั้น จะลดลงได้
โดยญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและระบายความรู้สึกต่าง ๆ กับญาติ
ผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์คล้ายกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้และได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ เช่น
ได้รู้ว่ามีการที่เป็นประโยชน์ที่ไคว่างที่จะช่วยรักษาผู้ป่วย และช่วยแนะนำพวกเขาในการเผชิญปัญหา
ที่ประสบอยู่จากความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย

5.2 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภูมิสำเนาในชนบทที่มีความเครียดสูงกว่าญาติผู้ป่วย

ที่มีภูมิสำเนาในเมืองในเรื่อง "คิดว่าที่ผ่านมามบางครั้งสนใจอารมณ์กับผู้ป่วยมากเกินไป" เรื่องนี้ ผู้วิจัยคิดว่ามีความสอดคล้องกับผลการวิจัยข้างต้น ที่ญาติชาวชนบทมีความเครียดสูงกว่าญาติชาวเมือง เรื่อง "สมาชิกครอบครัวบางคนมีสีหน้า ท่าทาง คำพูดที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย" สีหน้า ท่าทาง คำพูดที่ไม่ดีนี้อาจรวมถึงการใช้อารมณ์กับผู้ป่วยมากเกินไปด้วย เมื่อแสดงออกไปแล้วก็รู้สึกผิดภายหลัง

5.3 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงปริญญาตรีขึ้นไป มีความเครียดสูงกว่าญาติที่มีการศึกษาระดับไม่ได้เรียนถึงประถมศึกษาปีที่ 6 ในเรื่อง "คิดว่า การเลี้ยงดูหรือการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยมีส่วนทำให้ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิต" "คิดว่าผู้ป่วยคงไม่ป่วยเป็นโรคจิต ถ้าญาติได้รับพาไปรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติ" จะเห็นชัดเจนว่าญาติมีความรู้สึกผิดเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิต และ/หรือที่ไม่ได้รับรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ต้น เรื่องนี้ตรงกับคำกล่าวของเบิร์นไฮม์และเลวิน (Bernheim and Lewine 1979 : 148) ที่ว่า บิคมารคาของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะรู้สึกผิดอย่างรุนแรง ที่ไม่สามารถรู้ถึงอาการแสดงเริ่มแรกของโรคและให้ความช่วยเหลือแก้ไขแต่เนิ่น พวกเขารู้สึกว่าถ้าเพียงแต่พวกเขาที่มีความรู้มากขึ้นและรับผิดชอบมากขึ้น โรคจิตเภทคงไม่เกิดขึ้น

ความเครียดของญาติในเรื่องนี้ พยายามควรอธิบายให้ญาติเข้าใจเหตุผลและความจริงว่าไม่ใช่เป็นความผิดของญาติ ดังคำกล่าวของเบิร์นไฮม์และเลวิน (Bernheim and Lewine 1970 : 148) ที่ว่า โดยแท้จริงแล้ว บ่อยครั้งที่ครอบครัวไม่ได้ตระหนักพอที่จะเห็นความผิดปกติและเสาะหาความช่วยเหลือตั้งแต่ต้นจากนักวิชาชีพ จนกว่าพฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลงมาก หรือมีอาการเสื่อมอย่างชัดเจนในการปฏิบัติกิจวัตรปกติ ทั้งนี้เพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้า ๆ ใช้เวลาหลายเดือน นอกจากนี้ มักจะเริ่มเป็นระหว่างวัยรุ่น (Adolescence) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เป็นปัญหาและสับสนสำหรับวัยรุ่นส่วนใหญ่และบิคมารคาของพวกเขา วัยรุ่นหลายคนเริ่มหงุดหงิด (Moody) ถอยหนี (Withdrawn) ไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับครอบครัวได้ และคือในระยะนี้ ซึ่งครอบครัวไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นความผิดปกติ

การที่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-ปริญญาตรีขึ้นไป มีความเครียดสูงกว่าญาติที่มีการศึกษาระดับไม่ได้เรียน-ประถมศึกษาปีที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องนี้ ผู้วิจัยคิดว่าเป็นเพราะการมีการศึกษาระดับสูงกว่า รู้หนังสือมากกว่า ทำให้หูตากว้างขวางรู้อะไร ๆ มากขึ้น จึงอาจเชื่อมโยงความรู้ต่าง ๆ และคิดว่า การเลี้ยงดูหรือการปฏิบัติของตน

อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น นอกจากนี้การมีการศึกษาสูงกว่า อ่านหนังสือมากกว่า จากการอ่านหนังสือหรือบทความต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคจิตเภทนี้ อาจทำให้ญาติสรุปเอาเองว่าตนเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยก็ได้ ซึ่งเรื่องนี้ ทูร์รี่ (Torrey 1983 : 157) ได้เขียนเล่าว่ามารดาของผู้ป่วยโรคจิตเภทรายหนึ่ง หลังจากได้อ่านหนังสือและบทความต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคจิตเภท เธอสรุปว่า เธอเป็นคนผิดควรถูกตำหนิ ต่อมาเธอได้เสียชีวิตไปเนื่องจากความรู้สึกผิดและทุกข์ทรมานใจจากความเจ็บป่วยของบุตรสาวของเธอ

นอกจากนี้ ญาติที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงปริญญาตรีขึ้นไป ยังมีความเครียดสูงกว่าญาติที่มีการศึกษาระดับไม่ได้เรียนถึงประถมศึกษาปีที่ 6 ในสถานการณ์ที่ "คิดว่าที่ผ่านมาบางครั้งญาติใช้อารมณ์กับผู้ป่วยมากเกินไป" นั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะญาติที่มีการศึกษาสูงกว่า มีสภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า มีการศึกษาหน้าที่การงานดี จึงคาดหวังสูงกว่าต่อผู้ป่วยปรารถนาให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เรียนได้ ทำงานได้พอสมควร แม้จะไม่ได้ดีกว่าตน ความคาดหวังที่สูงต่อผู้ป่วยนี้ นำไปสู่ความผิดหวัง ก่อให้เกิดความขุ่นเคืองได้ จึงอาจจะแสดงออกด้วยการใช้อารมณ์กับผู้ป่วย แต่เมื่อแสดงอารมณ์ออกไปแล้ว ก็รู้สึกผิด

5.4 ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย มีความเครียดสูงกว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิง คือ "คิดว่าการเลี้ยงดูหรือการปฏิบัติของญาติผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิต" ทั้งนี้ผู้วิจัยคิดว่าเป็นเพราะในสังคม ผู้ชายเป็นผู้สืบสกุล ญาติจึงมีความคาดหวังต่อผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง ซึ่งพ้องกับคำกล่าวของซีแมน (Seeman 1983 : 143) ที่ว่า ความคาดหวังของญาติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทชายมีแนวโน้มจะสูงกว่าต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิง ฉะนั้นเมื่อผู้ชายเกิดป่วยเป็นโรคจิต ญาติจะรู้สึกสูญเสีย ผิดหวัง เสียใจมากกว่า และรู้สึกตำหนิ หรือโทษตนเองมากกว่าว่าเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต

5.5 ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยมาแล้ว 1 ถึง 5 ปี มีความเครียดสูงกว่าญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป ในเรื่อง "คิดว่าการเลี้ยงดูหรือการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยมีส่วนทำให้ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิต" และ "คิดว่าผู้ป่วยคงไม่ป่วยเป็นโรคจิต ถ้าญาติได้รับพาไปรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติ"

การที่ญาติมีความเครียดจากด้านความรู้สึกผิด โดยเฉพาะจากการคิดว่าการเลี้ยงดูหรือการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยมีส่วนทำให้ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิต และการคิดว่าผู้ป่วยคงไม่ป่วยเป็นโรคจิต

ถ้าญาติได้รับพาไปรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติ มีระดับสูงสุดเมื่อแรกผู้ป่วยป่วยใหม่ ๆ นั้น ผู้วิจัยคิดว่า เป็นเพราะความรุนแรงของโรค ที่ทำให้ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีอาการและสภาพต่าง ๆ เปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง สิ่งนี้ทำให้ญาติทกใจมาก เครียดมาก ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ได้ จนถึงเกิดข้อคิดทางอารมณ์ขึ้นได้ ดังที่ ซอง (Tsuang 1982 : 70) กล่าวว่า ในระยะเริ่มต้นของการป่วยเป็นโรคจิตเภท ญาติอาจรู้สึกช็อค นิดหวัง และหมกหมอง ในความรู้สึกเครียดต่าง ๆ เหล่านี้ญาติอาจมีความรู้สึกผิด คิดว่าตนเองมีส่วนทำให้ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิต ฉะนั้น ความเครียดจากด้านความรู้สึกผิด ของญาติผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 1-5 ปี จึงมีระดับสูงสุด เมื่อกาลเวลาผ่านไปญาติค่อย ๆ ยอมรับภาระเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งเข้าใจว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาคือเรื่องติดต่อกันไป ดังคำกล่าวของซอง (Tsuang 1982 : 70) ที่ว่า หลังจากระยะเริ่มต้น ญาติจะค่อย ๆ เริ่มตระหนักว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทบางคนไม่ใช่ปัญหาระยะสั้น แต่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาระยะยาว เมื่อญาติเข้าใจเช่นนี้ ความเครียดของญาติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยก็ค่อย ๆ ลดลง ทำให้ความรู้สึกผิดที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ลดน้อยลงด้วย ความเครียดของญาติจากความรู้สึกผิดจึงลดลงในญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 5.1-10 ปี และลดต่ำสุดในญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป

6. ความกังวล ปรากฏว่า

6.1 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทตอบว่ามีความเครียดระดับสูงในเรื่อง "ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายดีดังเดิม" มีความเครียดระดับปานกลางในเรื่อง "กังวลว่าในอนาคตผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร" และ "ไม่ทราบว่าจะดูแลผู้ป่วยถ้าญาติต้องเสียชีวิตไป"

จากคำตอบของญาติจะเห็นว่าญาติมีความหวงใยสภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังการรักษามากที่สุด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง เมื่อป่วยเป็นโรคนี้แล้ว มักจะไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม และทำให้สูญเสียความสามารถในด้านต่าง ๆ (สุวิทนา อารีพรรค 2524 : 239,257) การรักษาไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยหายดีเป็นปกติเหมือนเดิม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือใช้ชีวิตตามปกติเหมือนก่อนป่วยได้ ชีวิตทางอารมณ์และสังคมเสื่อมไป (Baker 1989 : 32) ผลการวิจัยของ ภัทธา ธีรลาภ (2533 : 59-64) ก็สนับสนุนในเรื่องนี้ โดยศึกษาจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 160 ราย ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

วัดระดับการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม ใช้แบบวัดที่เรียกว่า Social Dysfunction Rating Scale พบว่า สภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายหลังการรักษา มีการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมในระดับปานกลาง เช่น ในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเข้าสังคม การประกอบอาชีพ และการทำกิจกรรมในยามว่าง เป็นต้น

การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถรักษาให้หายดีจึงเดิมคงกล่าว ทำให้เกิดทัศนคติทางลบของญาติที่มีต่อโรคจิตว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและรักษาไม่หาย ครีเออร์ และวิง (Creer and Wing 1974 cited by Creer 1978 : 242) ศึกษาพบว่า ชาวอังกฤษมีทัศนคติทางลบต่อโรคจิตอย่างแพร่หลาย มองความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทว่าเป็นความหายนะอย่างหนึ่งที่ไม่เมื่อป่วยแล้วจะไม่กลับคืนดีดังเดิม และจากการศึกษาของ สโรธ คาร์ตัน และคณะ (2514 : 195-200) ก็ยืนยันเรื่องนี้ โดยได้ศึกษาทัศนคติของชาวอิสานต่อโรคจิต จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 992 คน ผลการวิจัยพบว่า ชาวอิสานซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตหลังจากไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโรคจิตแล้ว จะมีอาการพอทุเลา ที่เห็นว่า มีอาการหายเป็นปกติ มีจำนวนน้อย

ความเครียดของญาติที่เนื่องจากไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายดีดังเดิม พ้องกับผลการวิจัยของ โคโซลิโน และนิวซ์เพอร์ลีน (Cozolino and Nuechterlein 1986:130-131) จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ญาติจะมีความทุกข์เมื่อพบว่าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ได้ยกตัวอย่างคำพูดของบิดาผู้ป่วยรายหนึ่งที่กล่าวว่า "เมื่อคุณไปโรงพยาบาลทุกวันเป็นเดือน ๆ และคุณไม่เห็นอะไรเปลี่ยนแปลงในตัวบุตรของคุณ นั่นแหละเป็นสิ่งที่สร้างความกังวลให้คุณอย่างยิ่ง"

สำหรับการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยให้มีความกังวลลดลงในเรื่องนี้นั้น พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพอันดีกับญาติ และช่วยให้ญาติเข้าใจและตระหนักถึงการใช้ชีวิตอยู่กับปัจจุบัน และยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น ดังที่ แมนฟรีดา (Manfreda 1968 : 165) ได้กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตอาจจะกังวลว่าผู้ป่วยจะไม่หายเหมือนเดิม เพราะยังคงมีความคิดในสังคมว่าโรคจิตรักษาไม่หาย สิ่งที่ที่ดีที่สุดที่จะทำได้คือ พยาบาลช่วยให้ญาติยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยและให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของเขาจะได้รับการดูแลด้วยความรักจากบุคลากรในโรงพยาบาล ส่วนครีเออร์ และวิง (Creer and Wing 1974 cited by Torrey 1983: 176) ได้เน้นว่าการที่ญาติยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย จะช่วยลดความเครียดได้อย่างมาก

"ความกังวลว่าในอนาคต ผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร" และ "การไม่ทราบว่าใครจะดูแลผู้ป่วยถ้าญาติต้องเสียชีวิตไป" นั้น เป็นสาเหตุความเครียดที่สืบเนื่องมาจากการที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายดีดั้งเดิม ผู้ป่วยมักจะป่วยซ้ำบ่อย ๆ เมื่อโรคกลับเป็นใหม่หลาย ๆ ครั้ง ผู้ป่วยจะยิ่งวิตกกังวลมากขึ้นจนเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน ไม่สามารถทำงานช่วยตัวเองได้ มักอยู่ตามลำพังในบ้าน ชาคความสัมพันธ์ตามปกติที่ควรมีกับทุกคนในบ้าน มีพฤติกรรมแปลก ๆ รวมทั้งอาการประสาทหลอนและหลงผิด (สมภพ เรื่องตระกูล 2528 : 77) สิ่งเหล่านี้ ทำให้ญาติเกิดความกังวลว่าในอนาคตผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร เป็นความกังวลในสภาพที่ญาติยังมีชีวิตอยู่ ยังสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ ความกังวลความห่วงใยยาวไกลไปในวันข้างหน้า คิดว่าถ้าญาติต้องเสียชีวิตไปแล้วใครจะดูแลผู้ป่วยเป็นความห่วงใย ความผูกพันที่ญาติมีต่อผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยหลายรายร้องไห้หน้าตาไหลเมื่อผู้วิจัยสัมภาษณ์ถึงข้อความนี้ บางคนพยายามปลอบใจตนเองโดยเอาธรรมะมาช่วย เช่น พยายามคิดปลงว่าขณะมีชีวิตอยู่ก็ดูแลเขาไป เมื่อตนต้องเสียชีวิตไปก่อนผู้ป่วย ก็คงช่วยอะไรเขาไม่ได้ อีกแล้ว ผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรก็คงสุดแต่เวรแต่กรรม บางคนคิดหาทางออกโดยวางแผนฝากไว้กับโรงพยาบาล เช่น มารดาของผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า ใ้ส่งกับบุตรชายที่ป่วยไว้ว่า ถ้าตนสิ้นชีวิตไป ขอให้บุตรฝากตัวอยู่กับหมอที่โรงพยาบาล

ญาติผู้ป่วยส่วนมากรายงานว่ามีความกังวล ห่วงใยอนาคตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งในสภาพการที่ญาติยังมีชีวิตอยู่ และถ้าญาติต้องเสียชีวิตไปก่อนผู้ป่วย เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยภายหลังการรักษาส่วนใหญ่ก็จะมีอาการเสื่อมทั้งด้านอารมณ์และสังคม ดังกล่าวแล้วข้างต้น เพราะฉะนั้นการให้ความช่วยเหลือ ดูแลรักษาพยาบาลอย่างดีและเต็มที่แก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวทางด้านสังคมดีขึ้น และอาจสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติได้ อันจะยังผลให้ความกังวลของญาติในเรื่องนี้ลดลงได้ ดังที่ เทย์เลอร์ (Taylor 1986 : 266) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการช่วยเหลือเร็วเท่าไรหลังจากเริ่มป่วย ได้รับการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยผู้ดูแลรักษามีทักษะเพียงพอและเน้นการดูแลฟื้นฟูเรื่องบุคลิกภาพของผู้ป่วยอย่างมาก จะมีโอกาสที่จะฟื้นตัวทางสังคม โอกาสจะลดน้อยลงสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายหลังที่เริ่มป่วยแล้วนานเป็นปี ๆ นอกจากนี้ สมภพ เรื่องตระกูล (2528 : 27) ก็สนับสนุนเรื่องนี้ เขากล่าวว่า ปัจจุบันยารักษาโรคจิตมีประสิทธิภาพในการรักษาดีขึ้น ถ้ายังได้รักษาผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วย ผู้ป่วยได้รับยาสม่ำเสมอตลอดเวลา และครอบครัวของผู้ป่วยเข้าใจและพยายามแก้ไข้ปัญหาของผู้ป่วย

จะได้รับผลการรักษาดีมาก ทำให้ระยะเวลาเป็นโรคลดลง ผู้ป่วยอาการดีขึ้นมาก หรือเป็นปกติ อยู่เป็นเวลานาน โอกาสที่จะเป็นรุนแรงขึ้นอีกมีน้อย และผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติได้

กรณีที่ผู้ป่วยได้ป่วยมาเป็นเวลานานและเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง การลดความเครียดของญาติ ในเรื่องนี้ อาจทำได้โดยการช่วยให้ญาติมีความรู้และยอมรับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย มากขึ้น ดังเช่น ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี และคณะ (2530 : 40-41) ได้จัดทำหนังสือ "คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท" มีเนื้อหาสาระที่แสดงความเข้าใจเห็นใจญาติที่เหนื่อยและเครียดมากในการช่วยดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งได้ขอให้ญาติยอมรับความจริงที่ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจไม่หายกลับคืนเป็นปกติทุกอย่าง ยังมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ ถ้าเพียงแต่ผู้ป่วยพอทำงานได้ พอเรียนหนังสือได้ พอช่วยงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ หรือแม้แต่เพียงพอ อยู่ในครอบครัวโดยไม่ทำให้เดือดร้อนมาก ญาติก็น่าจะพอใจ และยอมรับสภาพนั้น ๆ

6.2 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบทที่มีความเครียดมากกว่าญาติผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเมือง ในเรื่อง "ความหวังในอนาคตของตนเองในฐานะเป็นญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคจิต" ทั้งนี้ ผู้วิจัยคิดว่าเพราะความยากจนของชาวชนบท ทำให้ญาติชาวชนบทมีความต้องการพึ่งพาซึ่งกันและกันมากขึ้น ซึ่งปกติผู้ที่พึ่งพาได้คือญาติที่ใกล้ชิด แต่เมื่อมาป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งมีอาการป่วยเรื้อรังทำให้ญาติไม่อาจหวังพึ่งได้อีกต่อไป จึงทำให้ญาติชาวชนบทมีความเครียดมากกว่าญาติที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเมือง

6.3 ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยมาแล้ว 5 ปีขึ้นไป ถึง 10 ปี มีความเครียดสูงกว่าญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป ในเรื่อง "กังวลว่าในอนาคตผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร" เรื่องนี้ ผู้วิจัยคิดว่าเป็นเพราะในระยะแรกของการเจ็บป่วย ญาติยังไม่ค่อยเข้าใจนักว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง จึงพยายามพาผู้ป่วยไปรับการรักษาต่าง ๆ และยังมีความหวังว่าจะสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้ ความเครียดของญาติด้านความกังวล โดยเฉพาะความกังวลว่าในอนาคตผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร จึงจะอยู่ในระดับที่ไม่สูงนัก ต่อมา ความจริงก็ปรากฏออกมาชัดเจนว่า การรักษาต่าง ๆ ไม่สามารถรักษาให้ผู้ป่วยกลับมีสภาพเดิมเหมือนก่อนป่วยได้ ทำให้ญาติเสียใจที่ได้เห็นสภาพของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ คิดย้อนไปในอดีตว่าถ้าผู้ป่วยไม่ป่วยน่าจะมีสภาพดีกว่านี้ได้อย่างไร ดังการศึกษาของมิลเลอร์ และคณะ

(Miller, et al. 1990 : 1321-1323) ได้ศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 33 คน ที่ได้เข้าร่วม One day psychoeducational workshop สำหรับญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท และญาติของผู้ป่วยโรคคลั่ง-เศร้า จำนวน 25 คน ที่เป็นสมาชิกของ Family Support Group of National Depressive and Manic Depression Association ที่เข้าร่วมการพบปะประจำเดือน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 58 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดความเศร้าโศกที่ชื่อว่า Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวมีความทุกข์ในสภาพของผู้ป่วย และคิดย้อนไปว่าถ้าผู้ป่วยไม่ป่วยจะเป็นอย่างไร

นอกจากนี้สภาพของผู้ป่วยในระยะ 5.1-10 ปีหลังเริ่มป่วย ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังคงเหลือร่องรอยความเลื่อมหรือความไร้สมรรถภาพกันต่าง ๆ เอาไว้ ดังที่ อังสท์ (Angst 1988 : 505) ได้แสดงหลักฐานของการค้นพบว่า ภาวะความเลื่อมของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลัง 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย มักจะคงที่ ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก และอาการต่าง ๆ เหล่านี้จะดีขึ้นในปีที่ 12 หลังป่วย คือ ผู้ป่วยเปลี่ยนเป็นคนที่มีความสนใจมากขึ้น มีอารมณ์มากขึ้น และถอยเหน็ดน้อยลง

ผลของความเจ็บป่วยทำให้เรียนไม่ได้หรือเรียนไม่สำเร็จ หางานทำยาก หรือได้ค่าจ้างแรงงานต่ำ ดังที่ เนลลีย์ (Neligh 1989 : 33) กล่าวว่า ผลของความเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภทมีหลายอย่าง เช่น ไม่ประสบความสำเร็จในการศึกษา แม้จะมีสติปัญญาปกติ หรือมีสติปัญญาสูงมาก่อน หลังป่วยมักเรียนไม่สำเร็จ ในด้านการประกอบอาชีพ จะทำงานไม่ได้ดี

จากการที่ไม่สามารถรักษานักป่วยให้หายคือดั้งเดิม และโรคมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในด้านการเรียนและการงานดังกล่าวข้างต้น ทำให้ญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 5.1 - 10 ปี มีความเครียดด้านความกังวล โดยเฉพาะกังวลว่าในอนาคตผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร ในระดับสูงสุด แต่เมื่อเวลาผ่านไป ญาติเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น มีความคาดหวังต่อผู้ป่วยอย่างที่เป็นจริงมากขึ้น ก็จะช่วยลดความเครียดของญาติในเรื่องนี้ได้ ดังที่ ชะลูทซ์ ฟงศ์อนุตรี และคณะ (2530 : 40-41) ได้แสดงความเห็นใจญาติไว้ว่า ญาติช่วยดูแลผู้ป่วย แต่ญาติเองก็เหนื่อย หลายครั้งเครียดมาก ใครจะช่วยญาติ พวกเขาได้เสนอแนะญาติถึงวิธีลดความเครียดหลายอย่าง อย่างหนึ่งคือ ยอมรับความจริงข้อหนึ่งว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท อาจไม่หายกลับคืนเป็นปกติทุกอย่าง แต่มีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ ถ้าเพียงแต่

ผู้ป่วยจะพอทำงานได้ พอเรียนหนังสือได้ พอขวงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ หรือแม้แต่เพียงพอ อยู่ในครอบครัวได้โดยไม่ทำให้เคืองคร่ำครวญมาก ญาติก็น่าจะพอใจ และยอมรับสภาพนั้น ๆ เมื่อญาติ เข้าใจ ยอมรับ และลดความคาดหวังลง ความเครียดของญาติของผู้ป่วยก็จะลดลง

7. พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย พบว่า

7.1 ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิง มีความเครียดสูงกว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย ในเรื่อง "การที่ญาติกลัวว่าผู้ป่วยจะถูกหลอกหลวงเรื่องเพศ" ทั้งนี้เพราะผู้หญิงเกิดความเสียหายเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศได้ง่าย

นอกจากนี้ สภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความผิดปกติทั้งด้านความคิด (Thought) อารมณ์ (Affect) การรับรู้ (Perception) และพฤติกรรม (Behavior) เป็นลักษณะที่สำคัญ (สมภพ เรื่องตระกูล 2528 : 66) เป็นจุดอ่อนของผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจถูกหลอกหลวงเรื่องเพศได้ง่าย บางรายอาจเกิดการตั้งครรภ์นอกสมรสได้ ดังที่เจนนิงส์และคณะ (Jennings, et al. 1987: 648-669) ได้รายงานผลการศึกษานักจิตเวชผู้หญิง โดย มีผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทว่า เกือบ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างเคยกระทำผิดทางเพศ เช่น ตั้งครรภ์นอกสมรส บ้างก็คลอดบุตร บ้างก็แท้งบุตร จากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิงมีความเครียดสูงกว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย ในด้านพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ กลัวว่าผู้ป่วยจะถูกหลอกหลวงเรื่องเพศ

7.2 ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยมาแล้ว 5 ปีกว่าถึง 10 ปี มีความเครียดสูงกว่าญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป ในเรื่อง "กลัวว่าผู้ป่วยจะถูกหลอกหลวงเรื่องเพศ" ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในระยะ 5.1 ถึง 10 ปีหลังป่วย อาการของผู้ป่วยยังไม่หายกลับคืนสู่สภาพเดิม แม้อาการกำเริบของโรคจะลดน้อยหรือสงบลง ผู้ป่วยก็ยังอยู่ในสภาพที่อาจถูกหลอกหลวงทางเพศได้ง่ายกว่าคนปกติทั่วไป ญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 5.1-10 ปี จึงมีความเครียดเรื่องนี้สูงสุด แต่เมื่อเวลาผ่านไปเรื่อย ญาติของผู้ป่วยก็จะเผชิญกับสภาพความเป็นจริงด้านนี้ของผู้ป่วยมากขึ้น หากทางป้องกันหรือทางออกได้มากขึ้น เช่น รายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดูแลไม่ไหวจริง ๆ ญาติอาจปรึกษาจิตแพทย์ในเรื่องการทำหมันให้ผู้ป่วยหญิงเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์นอกสมรสได้ ความเครียดของญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป จึงมีน้อยกว่าความเครียดของญาติผู้ป่วย

ที่ป่วยมาแล้ว 5.1 ถึง 10 ปี

8. คำนพดติกรรมที่เป็นปัญหา ผลปรากฏว่า

8.1 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทรายงานว่ามีความเครียดระดับปานกลางในเรื่อง "ผู้ป่วยกลางคืนไม่นอน มีพฤติกรรมรบกวนคนอื่น ๆ " และ "ผู้ป่วยแสดงออกว่ามีความคิดหลงผิดต่าง ๆ " ทั้งนี้พ้องกับผลการวิจัยหลายเรื่องที่ว่า ญาติเครียดจากการถูกผู้ป่วยรบกวนในเวลากลางคืน (Creer and Wings 1974 cited by Creer 1978 : 238; Hatfield 1979 : 338 cited by Stuart and Sandeen 1987 : 319; Lefley 1987 : 1065; Mills 1962 cited by Fadden, Bebbington and Kuipers 1987 : 287; Torrey 1983:154) และเครียดจากผู้ป่วยมีความคิดหลงผิดต่าง ๆ (Creer and Wing 1974 cited by Berheim and Lewine 1979 : 155-156, and cited by Creer 1978 : 239; Grad and Sainsbury 1963 a,b cited by Fadden, Bebbington and Kuipers 1987 : 287)

การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่นอนตอนกลางคืน อาจเนื่องจากกลางวันนอนมากเกินไป กรณีนี้ การกระตุ้นหรือหางานเล็กน้อยให้ผู้ป่วยทำในเวลากลางวัน พยายามอย่าให้ว่างและนอนกลางวันก็จะช่วยให้นอนหลับกลางคืนได้มากขึ้น แต่หากนอนไม่หลับทั้งกลางวันและกลางคืน แสดงว่ามีอาการทางจิตกำเริบ ถ้าผู้ป่วยขาดยาหรือหยุดรับประทานยารักษาโรคจิต ควรรีบจัดให้ผู้ป่วยรับประทานทันที แล้วคอยสังเกตอาการ หากยังไม่ดีขึ้น หรือผู้ป่วยรับประทานยาเป็นประจำอยู่แล้ว เกิดอาการนอนไม่หลับ ควรรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันทีก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบมากยิ่งขึ้น

อาการหลงผิดของผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถรักษาให้หายได้ควายา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เพิ่งป่วยด้วยโรคนี้และยังไม่เรื้อรัง ฉะนั้น การแนะนำญาติให้ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อย่าปล่อยให้ป่วยซ้ำบ่อย ๆ จนเรื้อรัง จะช่วยให้การรักษาได้ผลดี ไม่มีอาการหลงผิด ลดความเครียดของญาติในเรื่องนี้ได้ แต่ในรายที่มีอาการเรื้อรัง แม้จะรับประทานยาอยู่ก็อาจมีอาการหลงผิดได้ วิธีปฏิบัติของญาติคือ ถ้าไม่รุนแรง และความคิดหลงผิดนั้นไม่ทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและผู้อื่น ญาติอาจเพิกเฉย ไม่โต้แย้ง หรืออาจรับฟังความคิดของผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ ตามเหตุผลที่ผู้ป่วยคิดเช่นนั้น ญาติอาจลองอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจให้

ถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยไม่รับฟังหรือโกรธ แสดงว่าผู้ป่วยยังไม่อยู่ในสภาพที่จะเข้าใจหรือรับฟัง ญาติ ควรเฉย ๆ ไว้ก่อน นอกจากนี้ การให้ผู้ป่วยได้ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ อาย้อยุ่วางเกินไป ทำให้ เพลิดเพลินลดความคิดหลงผิดลงได้ แต่ถาคความคิดหลงผิดนั้น อาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย หรือผู้อื่น เช่น ระวังว่าคนจะมาฆ่า และพกอาวุธติดตัว ควรรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที

8.2 บิดาหรือมารดาที่มีความเครียดสูงกว่าคู่สมรส หรือ พี่-น้อง หรือบุตรของ ผู้ป่วย ในเรื่อง "ผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานบ้าน" ส่วนคู่สมรส หรือพี่-น้อง หรือบุตร มีความเครียดสูงกว่าบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย ในเรื่อง "ผู้ป่วยทำงานช้ามามาก" สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความ เครียดทั้ง 2 ประการนี้ ต่างจัดอยู่ในด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพียงแต่ลักษณะของพฤติกรรม แตกต่างกัน บิดาหรือมารดาที่มีความเครียดสูงกว่าญาติอีกกลุ่มเมื่อผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานบ้าน แต่ญาติ อีกกลุ่มมีความเครียดมากกว่าบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยช่วยทำงานบ้าน แต่ทำงานช้า มาก จุดนี้ ผู้วิจัยมองในแง่ของความรัก ความผูกพันที่มีความลึกซึ้งแตกต่างกัน บิดาหรือมารดา ย่อมมีความรักความผูกพันต่อบุตรหรือต่อผู้ป่วยมากกว่าญาติอีกกลุ่ม ความรักมากกว่านำไปสู่การ ยอมรับที่มากกว่า บิดาหรือมารดาจึงยอมรับผู้ป่วยที่ทำงานช้ามามากได้มากกว่าญาติอีกกลุ่ม อย่างไรก็ตาม บิดาหรือมารดาเครียดเมื่อผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานบ้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเป็นห่วง ผู้ป่วยที่เฉื่อยชา เกรงว่าจะ เป็นพฤติกรรมที่แสดงว่ามีอาการทางจิตมากขึ้น ซึ่งการไม่ช่วยทำงาน บ้าน เป็นอาการอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่หมดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ และไม่ อยากรทำอะไรในแต่ละวัน

ชะอุทธิ์ พงศ์อนุตรี และคณะ (2530 : 31-32) ได้แนะนำวิธีที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วย โรคจิตเภทหายเฉื่อยชา ไว้ว่า อาจให้ผู้ป่วยทำงาน โดยเริ่มจากงานที่ง่าย ๆ ก่อน เช่น ให้ คุดูแลที่นอนของตนเอง ช่วยงานบ้านง่าย ๆ (ถูบ้าน ล้างชาม) งานนั้นควรอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วย จะทำสำเร็จได้ โดยไม่เครียดมากเกินไป ไม่ควรคาดหวังว่าผู้ป่วยต้องช่วยงานได้ทุกวัน เช่น ผู้ป่วยทำได้สัปดาห์ละ 4 วัน ก็ถือว่าใช้ได้แล้ว นั่นคือ "การกระตุ้น" ผู้ป่วย ให้ใช้หลักของ "การผ่อนปรน" กระตุ้นบ้าง ปลดปล่อยตามสบายบ้าง เพราะถลกระตุ้นมากเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยมี อาการกำเริบซ้ำ เช่น มีหูแว่ว หวาคระแวง หรือเอะอะวุ่นวายได้ ญาติควรเรียนรู้จังหวะให้ ดีว่า เมื่อใดควรกระตุ้นผู้ป่วย เมื่อใดควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เฉย ๆ

8.3 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภูมิลาเนาในชนบท มีความเครียดสูงกว่าญาติผู้ป่วย

ที่มีภูมิลำเนาในเมือง ในเรื่อง "ผู้ป่วยทำร้ายร่างกายผู้อื่น และ "ผู้ป่วยแสดงออกว่ามีความคิดหลงผิดต่าง ๆ " เรื่องนี้ผู้วิจัยคิดว่า เป็นเพราะญาติชาวชนบทยากจนกว่า มีการศึกษาน้อยกว่าและบ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาลมากกว่าญาติชาวเมือง ทำให้ญาติไม่ได้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ความยากจนทำให้ขาดแคลนการดูแลสุขภาพ ความรู้น้อยทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ขวดยลคือการกำเริบของโรคจิตเภทได้ และบ้านอยู่ไกลโรงพยาบาล ประกอบกับการคมนาคมในชนบทไม่สะดวก ทำให้เสียค่าเดินทางแพงแทนการนั่งรถประจำทางที่ราคาถูกลงกว่า เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยขาดยาทำให้เกิดอาการกำเริบของโรค เช่น มีอาการคลุ้มคลั่ง ทำร้ายร่างกายผู้อื่นหรือมีอาการหลงผิดมากขึ้น เป็นต้น จึงทำให้ญาติชาวชนบทมีความเครียดเรื่องนี้มากกว่าญาติชาวเมือง

8.4 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการศึกษาระดับไม่ได้เรียนถึงประถมศึกษาปีที่ 6 มีความเครียดสูงกว่าญาติที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงปริญญาตรีขึ้นไป ในเรื่อง "ผู้ป่วยทำลายสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ " และ "ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย" ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาน้อยมีส่วนสัมพันธ์กับอาชีพและรายได้ ผู้มีการศึกษาน้อยส่วนใหญ่มักจะมีรายได้ต่ำ ฐานะยากจนกว่า ผู้มีการศึกษาสูงกว่าที่มีโอกาสประกอบอาชีพที่มีรายได้ดีกว่า มั่นคงกว่า ฉะนั้น การทำลายสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ จึงทำให้ญาติที่มีการศึกษาน้อยกว่ามีความเครียดสูงกว่าดังกล่าว ส่วนการที่ญาติที่มีการศึกษาน้อยกว่ามีความเครียดสูงกว่าญาติที่มีการศึกษาสูงกว่าใน "ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย" ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะความยากจนกว่า และขาดความรู้ ความเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นเหตุให้เกิดอาการกำเริบและฆ่าตัวตายได้มากกว่า

สำหรับญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงปริญญาตรีขึ้นไป มีความเครียดสูงกว่าญาติที่มีการศึกษาระดับไม่ได้เรียนถึงประถมศึกษาปีที่ 6 ในเรื่อง "ผู้ป่วยมักอยู่คนเดียว"

การที่ญาติที่มีการศึกษาสูงกว่ามีความเครียดมากกว่าในเรื่องนี้นั้น ผู้วิจัยคิดว่าอาจเป็นเพราะระดับการศึกษาที่สูงกว่าทำให้มีการตื่นตัว และตั้งข้อสังเกตมากกว่าว่าทำไมผู้ป่วยจึงมักอยู่คนเดียว นำไปสู่ความสงสัยว่าการอยู่คนเดียวนี้ดีหรือไม่ต่อผู้ป่วย และญาติควรช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร จึงทำให้ญาติที่มีการศึกษาสูงกว่ามีความเครียดเรื่องนี้สูงกว่า ดังนั้น คำแนะนำญาติให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรมนี้ของผู้ป่วยและทราบข้อควรปฏิบัติ ต่อผู้ป่วย จะเป็นประโยชน์มากในการลดความเครียดของญาติในเรื่องนี้

8.5 ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย มีความเครียดสูงกว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิงในเรื่อง "ผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานบ้าน" และ "ผู้ป่วยทำร้ายร่างกายผู้อื่น" เรื่องนี้ ผู้วิจัยคิดว่าเพราะว่า เมื่อผู้ชายป่วยเป็นโรคจิตเภทไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้ต้องเป็นผู้ป่วยอยู่บ้าน ญาติอาจคาดหวังให้ผู้ป่วยชายทำงานบ้าง แต่ผู้ป่วยชายไม่ช่วยทำงานบ้าน เนื่องจากบทบาทก่อนป่วย ไม่เคยทำมาก่อน ตรงข้ามกับผู้ป่วยหญิงที่ก่อนป่วยเคยทำงานบ้านมาก่อน เมื่อเกิดการป่วยทางจิตแล้วก็ตาม โอกาสที่จะช่วยทำงานบ้านตามที่เคยทำย่อมมีมากกว่า ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิงจึงมีความเครียดน้อยกว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทชายในเรื่องที่ผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานบ้าน

ส่วนเรื่อง "ผู้ป่วยทำร้ายร่างกายผู้อื่น" นั้น ผู้วิจัยคิดว่าเป็นเพราะความแตกต่างระหว่างเพศ ปกติโดยทั่วไปผู้ชายจะมีร่างกายสูงใหญ่กว่า กล้ามเนื้อเป็นมัด ๆ และแข็งแรงกว่าผู้หญิง ลักษณะของผู้ชายจะเป็นผู้ก้าวร้าว ชอบการต่อสู้ ฉะนั้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิต การทำร้ายร่างกายผู้อื่นของผู้ป่วยโรคจิตเภทชายจะมีความน่ากลัว เป็นอันตรายต่อผู้อื่นรุนแรงกว่าของผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิง สแวนสัน และคณะ (Swanson, et al. 1990 : 761) พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมรุนแรงมักจะเป็นวัยรุ่นผู้ชาย และมากกว่าครึ่งหนึ่ง เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิต จากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทชายมีความเครียดสูงกว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิงในเรื่องที่ผู้ป่วยทำร้ายร่างกายผู้อื่น

9. คำแนะนำที่ติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ พบว่า

ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยมาแล้ว 1 ถึง 5 ปี มีความเครียดสูงกว่าญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไปในเรื่อง "เจ้าหน้าที่ตอบคำถามไม่กระจ่างชัด" ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระยะปีแรก ๆ ที่ผู้ป่วยเริ่มป่วย ญาติเครียดมาก สับสน มีปัญหา มีความไม่เข้าใจเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วย การเจ็บป่วย และการรักษามากมายหลายอย่าง จึงทำให้มีคำถามมากกว่า และในการตอบคำถามของเจ้าหน้าที่ ญาติอาจรับรู้ว่ามีเจ้าหน้าที่ตอบคำถามไม่ชัดเจน จึงมีความเครียดสูงในเรื่องนี้ หลัง 5 ปีไปแล้ว ญาติอาจเข้าใจอะไร ๆ มากขึ้น มีคำถามลดลง ผลจากการรับรู้ว่ามีเจ้าหน้าที่ตอบคำถามไม่ชัดเจนจึงลดลงไปด้วย

ส่วนเรื่อง "การซักถามซ้ำ ๆ เกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่หลายคน" ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยมาแล้ว 1 ถึง 5 ปี มีความเครียดสูงกว่า

ญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 5 ปีกว่าถึง 10 ปี และสูงกว่าญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป ที่เป็นเช่นนี้ อาจเป็นเพราะระยะแรกของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ญาติเครียดมากอยู่แล้ว ย่อมเกิดความหงุดหงิดไม่พอใจได้ง่าย เมื่อถูกซักถามซ้ำ ๆ เกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วยของผู้ป่วย จากเจ้าหน้าที่หลายคน จึงเกิดความเครียดสูงกว่าญาติของผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งมีผลการวิจัยยืนยันว่า ญาติรู้สึกไม่พอใจ ที่ถูกถามประวัติของผู้ป่วยซ้ำแล้วซ้ำอีก โดยบุคคลต่าง ๆ ในวิชาชีพ (Francell 1988 : 1298) ทั้งนี้ญาติอาจคาดหวังให้ระบบบริการมีความต่อเนื่องในการส่งต่อข้อมูลที่ซักถามแล้วไปยังบุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพจิต ไม่ต้องซักถามซ้ำ ๆ เรื่องเดิม

10. คำนระบบบริการทางสุขภาพจิต ปรากฏว่า

10.1 คู่สมรส หรือพี่-น้อง หรือบุตร มีความเครียดเรื่อง "โรงพยาบาลให้บริการล่าช้า" มากกว่าบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย เรื่องนี้ ผู้วิจัยคิดว่าเป็นเพราะคู่สมรส หรือ พี่-น้อง หรือบุตร เป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า ผู้มีการศึกษามักจะทำงานในสวนราชการหรือบริษัทห้างร้านต่าง ๆ ซึ่งต้องลงงานครึ่งวันหรือเป็นชั่วโมง เพื่อพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล มีความรีบเร่งกว่าที่จะได้รับบริการที่รวดเร็ว เพื่อจะได้รับกลับไปทำงาน ต่างจากบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย เป็นกลุ่มที่มีการศึกษาน้อยกว่า ซึ่งผู้มีการศึกษาน้อยมักประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน หรือ เกษตรกรรม ถ้าหยุดรับจ้างก็หยุดไปเลยทั้งวัน หรืองานเกษตรกรรมเป็นงานอิสระและญาติคนอื่น ๆ สามารถมาทำแทนได้ ความรีบเร่งที่จะได้รับบริการรวดเร็วจึงมีน้อยกว่า ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ ปรากฏว่า คู่สมรส หรือพี่-น้อง หรือบุตร มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 40 ของญาติกลุ่มนี้ ส่วนบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย จำนวนผู้มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงปริญญาตรีขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 21.67 ของญาติกลุ่มนี้

(ตารางที่ 3)

สำหรับการให้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยทั่ว ๆ ไปจะมีผู้ป่วยที่มาขอรับบริการจำนวนมาก มีขั้นตอนการขอรับบริการหลายขั้นตอน เช่น ยื่นบัตร รอตรวจ รอซักประวัติ เข้าคิว รอคิดค่ายา รับยา จึงทำให้บริการล่าช้ากว่าโรงพยาบาลเอกชน อย่างไรก็ตามในเรื่องนี้ทางโรงพยาบาลศรีธัญญาได้สังเกตเห็นปัญหานี้ และได้จัดทำ "โครงการปรับปรุงบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความสะดวก รวดเร็วแก่ผู้มาใช้บริการ ได้กำหนดวิธีดำเนินการในการปรับปรุงระบบการทำงาน เพื่อแก้ไขความแออัดและล่าช้าของผู้มารับบริการโดย

1. จัดตั้งหน่วยประชาสัมพันธ์ประจำฝ่ายผู้ป่วยนอก
2. จัดทำขั้นตอนของระบบการตรวจรักษา
3. ปรับปรุงลักษณะการมารับบริการของผู้ป่วย ให้เป็นระบบนัดหมาย
4. เพิ่มแพทย์และห้องตรวจให้มากขึ้น
5. เพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ประจำห้องตรวจและห้องฉีดยา
6. จัดทำช่องทางควน ในรายส่งต่อให้ได้รับความสะดวกและรวดเร็ว
7. จัดให้มีการประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติงานและปรับปรุงแก้ไขปัญหา อุปสรรค

8. จัดรวบรวมบุคลากรในฝ่าย เพื่อเพิ่มพูนความรู้ในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมการแพทย์ 2533 : 27-29)

10.2 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภูมิลำเนาในชนบท มีความเครียดสูงกว่าญาติผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเมืองในเรื่องต่อไปนี้ "เวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉิน ต้องเดินทางไกลเพื่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงาน" ไม่รู้จักหน่วยงานทางสุขภาพจิตที่อยู่ใกล้บ้านว่ามีที่ไคบ้าง" และ "บริการนอกเวลาราชการไม่สะดวก" เมื่อพิจารณารายละเอียดของความเครียดทั้ง 3 เรื่องนี้จะเห็นว่ามี ความเชื่อมโยงกันอยู่ การที่ญาติที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบทมีความเครียดสูงกว่าญาติที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเมืองเมื่อผู้ป่วยเกิดมีอาการอย่างฉุกเฉินต้องเดินทางไกลเพื่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงาน เพราะหน่วยงานส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเมือง ในจังหวัด หน่วยงานที่อยู่ในชนบทหรือหน่วยงานที่อยู่ใกล้บ้านแทบจะไม่มีเลย และญาติเองก็ไม่รู้จักหน่วยงานทางสุขภาพจิตที่อยู่ใกล้บ้านว่ามีที่ไคบ้าง อาการฉุกเฉินของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อเกิดอาการฉุกเฉิน ญาติย่อมไม่สามารถรอจนถึงเวลาราชการจึงจะขอเข้ารับบริการได้

เรื่องการขาดแหล่งบริการในชุมชนอย่างเพียงพอและขาดการแนะนำให้รู้จักหน่วยงานทางสุขภาพจิตในชุมชนว่ามีที่ไคบ้าง ยังคงเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในญาติผู้ป่วย ดังผลการวิจัยของฟรานเซล (Francell 1988 : 1297-1298) ก็ยืนยันเรื่องนี้ เขาพบว่า ระบบบริการทางสุขภาพจิตก่อให้เกิดความเครียดแก่ญาติผู้ป่วย เช่น การขาดแหล่งบริการในชุมชนอย่างเพียงพอ เป็นต้น

สำหรับกรบริการจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนนี้ ในประเทศไทยได้มีคำริที่จะจัดบริการค้ำนี้แล้ว โดยจะมีการจัดตั้งหน่วยแก้ไขปัญหาคฉุกเฉินทางจิตเวชในชุมชน เพื่อให้มีการบริการสุขภาพจิต

ในชุมชนที่ห่างไกล ด้วยความสนับสนุนจากสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน
(อุคม ลักษณะวิจารณ์ 2531 : 239)

10.3 ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึงปริญญาตรีขึ้นไป มีความเครียดสูงกว่าญาติที่มีการศึกษาระดับไม่ได้เรียนถึงประถมศึกษาปีที่ 6 ในเรื่อง "บริการในวันหยุดราชการไม่สะดวก" และ "การให้บริการที่โรงพยาบาลล่าช้า" ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาที่สูงกว่า ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจ คาดหวังถึงสิทธิบริการที่ดีและรวดเร็วที่ควรได้รับจากโรงพยาบาลมากกว่า ประกอบกับผู้ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือปริญญาตรีขึ้นไป ส่วนใหญ่รับราชการ หรือทำงานในบริษัท ห้างร้านที่หยุดทำงานในวันหยุดราชการ และเปิดทำการในวันราชการ

10.4 ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย มีความเครียดสูงกว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิงในเรื่อง "การที่ทางโรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาลก่อนที่จะมีอาการทุเลาพอที่จะกลับบ้านได้" ทั้งนี้ ผู้วิจัยคิดว่าเป็นเพราะธรรมชาติโดยทั่วไปของผู้ชายเป็นคนชอบและกล้าเสี่ยงกับสิ่งต่าง ๆ มากกว่าผู้หญิง ดังที่ ทวีร์สมิ์ ชนาคม (2524 : 48) กล่าวว่า ผู้ชายเป็นผู้มีความกล้า ชอบการต่อสู้และกล้าหาญ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทชายกล้าหลบหนีออกจากโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิง ซึ่งสร้างความเครียดให้กับญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทชายได้มากกว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิงดังกล่าว

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่สนับสนุนว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทชายหลบหนีออกจากโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิง ดังที่ พัทธนา แก้ววิรัตน์ (2529 : 43) ได้รวบรวมสถิติจำนวนผู้ป่วยที่หลบหนีของโรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ พบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2525-2528 มีผู้ป่วยจิตเวชหลบหนีทั้งสิ้น 439 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 382 ราย ผู้ป่วยหญิง 57 ราย เฉลี่ยแล้วผู้ป่วยจิตเวชชายหลบหนีมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิงเกือบ 7 เท่า และจากการศึกษาอีกครั้งของ พัทธนา แก้ววิรัตน์ (2530 : 17) ในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้ในโรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ และโค้หลบหนีในช่วง ตุลาคม 2527-กันยายน 2529 รวมเวลาศึกษาทั้งหมด 2 ปี ปรากฏว่ามีผู้ป่วยหลบหนีทั้งสิ้น 77 ราย เป็นอัตราส่วน ชาย : หญิง = 5 : 1 และพบว่าร้อยละ 74.01 ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งพ้องกับผลการศึกษาของฟอล์คคอฟสกี และคณะ (Falkowski, et al. 1990 : 488-490) ในการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชหลบหนีจำนวน 100 คน รวม 231 ครั้ง ในระยะเวลา 10 เดือน พบว่า เป็นผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง หรือ

คิดเป็นร้อยละ 61 และหลบหนีจำนวนมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 45

การที่ผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาล ย่อมสร้างความเดือดร้อนใจแก่ญาติ เพราะอาจเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและสังคมได้ ดังที่ พัทธนา แก้ววิรัตน์ (2529 : 42) ได้กล่าวถึงข้อเสียของการหลบหนีไว้ว่า คำนผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจได้รับอุบัติเหตุต่างๆ ผู้ป่วยบางรายที่หนีกลับไปบ้านสร้างความเดือดร้อนแก่ครอบครัว และที่คอลคอสกี และคณะ (Falkoski, et al. 1990 : 489) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยหลบหนีทำให้ญาติหวงใยและต้องรับผิดชอบหลายอย่าง รวมทั้งอาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยเองและผู้อื่นด้วย

ปัจจุบัน ใ้มีการศึกษาข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการหลบหนี เพื่อปรับปรุงมาตรการในการป้องกันการหลบหนีให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (พัธนา แก้ววิรัตน์ 2530 : 17-39. Falkowski, et al. 1990 : 488-490) ซึ่งจะทำให้เกิดผลดีแก่ทุกฝ่าย ทั้งค่านผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ชุมชน และโรงพยาบาลเอง

10.5 ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป มีความเครียดสูงกว่าญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 5 ปีจนถึง 10 ปี และสูงกว่าญาติของผู้ป่วยมาแล้ว 1-5 ปี ในเรื่อง "หน่วยงานของรัฐไม่ไ้ช่วยดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร" จะเห็นว่าความเครียดของญาติเป็นสัดส่วนตรงกับระยะเวลาที่ป่วย ยิ่งป่วยนานขึ้นเท่าไรความเครียดของญาติในค่านนี้ ยิ่งสูงขึ้น

ความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ทำให้ญาติหวังให้หน่วยงานของรัฐไ้ช่วยดูแลผู้ป่วยบ้าง ัยการช่วยรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลสักระยะหนึ่ง ฉะนั้น ญาติของผู้ป่วยที่ป่วยมาแล้ว 1 ถึง 5 ปี มีภาระดูแลผู้ป่วยมาในระยะเวลาที่สั้นกว่า ยังเหนื่อย ยังเครียดไม่มากนัก จึงมีความหวังหรือปรารถนาจะนำผู้ป่วยไปฝากไว้กับโรงพยาบาลชั่วคราวน้อยกว่า ผลคือเกิดความเครียดจากการรับรู้ว่าหน่วยงานของรัฐไม่ไ้ช่วยดูแลผู้ป่วยบ้างน้อยที่สุด เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยนานขึ้น ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ความเหนื่อย ความเครียดในการดูแลก็มากขึ้น ความหวังหรือปรารถนาจะนำผู้ป่วยไปฝากไว้กับโรงพยาบาลชั่วคราวจึงมีมากขึ้น และเกิดความเครียดมากขึ้นต่อการรับรู้ว่าหน่วยงานของรัฐไม่ไ้ช่วยดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร

จากนโยบายสากลที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเท่าที่จำเป็น และพยายามจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวกับชุมชนให้เร็วที่สุดและนานที่สุด ทำให้จิตแพทย์มีเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยจิตเวชไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเกณฑ์ของแพทย์อาจสวนทางกับความต้องการของ

ญาติ ในบางครั้งที่เครียด เห็นอย่าในการดูแลผู้ป่วย และปรารถนาจะนำผู้ป่วยฝากไว้กับ
 โรงพยาบาลบ้าง โดยผู้ป่วยมิได้มีอาการหนักพอที่จะเข้าเกณฑ์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เมื่อ
 แพทย์ปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จึงทำให้ญาติรู้สึกเครียดว่าหน่วยงานของรัฐมิ
 ได้ช่วยดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควรได้

โดยแท้จริงแล้ว การที่ญาติเครียดมากในการดูแลผู้ป่วย เป็นเกณฑ์ของจิตแพทย์อย่างหนึ่ง
 ในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลชั่วคราว ในเรื่องนี้ พยาบาลอาจช่วยเหลือญาติได้ด้วยการ
 ชี้แจงให้ญาติเข้าใจถึงเหตุผลข้อนี้ เพื่อญาติจะสามารถสื่อสารกับจิตแพทย์ได้อย่างตรงไปตรงมาว่า
 ขณะนี้เครียดมากแล้วในการดูแลผู้ป่วย อยากได้รับความช่วยเหลือในเรื่องนี้



ศูนย์วิทยพัชกร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย