

บทความวิจัย

สภาพความเป็นอยู่ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน: การศึกษาเชิง
ชาติพันธุ์วรรณนา

วาทีนี้ สุขมาก* สรดา จันดีกระยอม** ศิริรัตน์ ศรีโปลา***

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณนา มีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายสภาพความเป็นอยู่ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตำบลแห่งหนึ่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 34 - 72 ปี จำนวน 8 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทั้งบ้านของตนเองหรือบ้านของญาติ รวบรวมข้อมูล โดยใช้การสังเกต การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง การบันทึกเสียง การบันทึกข้อมูลภาคสนาม และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงชาติพันธุ์วรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า สภาพความเป็นอยู่ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อาศัยในชุมชน มีลักษณะหลัก 3 แบบ ดังนี้ 1) มีวิถีชีวิตแบบ “หาอยู่หากิน” (ทำมาหากิน พอกินพอใช้) ได้แก่ การทำงานเพื่อการเลี้ยงชีพ เช่น การทำนา รับจ้างเกี่ยวข้าว ตัดฟัน เป็นต้น 2) ได้รับการดูแลแบบ “บ่มิบบักกัน” (ไม่ทอดทิ้งกัน) ได้แก่ การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้านเมื่อไม่สบาย และ 3) มีการพึ่งพาอาศัยแบบ “เป็นเหื่อเป็นแอง” (เป็นกำลังสำคัญ/เป็นเรี่ยวแรงสำคัญของครอบครัว) ได้แก่ การเป็นเรี่ยวแรงสำคัญในการทำงาน และหาเงินให้แก่ครอบครัว

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ในชุมชน

คำสำคัญ: โรคจิตเภท; สภาพความเป็นอยู่; ชาติพันธุ์วรรณนา

* รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผู้เขียนหลัก: ssripola@yahoo.com

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ซึ่งทำให้มีการแตกแยกของกระบวนการคิด และการตอบสนองทางอารมณ์¹⁻² โดยมีความชุกโรคจิตเภทในประชากรทั่วโลก ประมาณร้อยละ 1³ พบมากในกลุ่มอายุระหว่าง 15 - 35 ปี ส่วนในประเทศไทย พบว่า โรคจิตเภทมีความชุกมากกว่า 0.59⁴ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกรมสุขภาพจิตในปี พุทธศักราช 2556 พบผู้เป็นโรคทางจิตเวช ทั้งหมด 1,152,044 ราย ในจำนวนนี้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีจำนวน 409,003 ราย ซึ่งมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชทั้งหมด⁵ โดยอัตราส่วนของโรคจิตเภทระหว่างเพศหญิงและเพศชาย เท่ากับ 1.1 ต่อ 1⁶

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติด้านการพูด และ/หรือขาดความรับผิดชอบด้านหน้าที่ การงาน และสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจสุขอนามัย⁷⁻⁸ ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการทำกิจกรรม เช่น กิจกรรมการดูแลตนเอง การสื่อสาร การเดินทาง การทำหน้าที่ทางเพศ การเข้าสังคม การจับจ่ายซื้อของ การประกอบอาหาร กิจกรรมด้านนันทนาการ รวมถึง การจัดการเรื่องที่อยู่อาศัย และการตัดสินใจ⁹ โดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอยู่ในทุกชนชั้น แต่บุคคลที่มีเศรษฐกิจต่ำมักมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคนี้¹⁰

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในประเทศไทยมีจำนวนหลายแสนราย และการรักษาในปัจจุบันมุ่งหวังให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับไปอยู่กับครอบครัว และชุมชนให้ได้มากที่สุด โดยการรักษาพยาบาลจะให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในฐานะผู้ป่วยนอกมากขึ้น จากสถิติปี 2558 พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากกว่า ร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยนอก⁵ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้ปรับปรุงระบบบริการ เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สามารถไปรับยาได้อย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน 736 แห่ง ทั่วประเทศ และการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ออกเยี่ยมบ้านที่มีผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวช และช่วยดูแลผู้ที่เป็นโรคร่วมกับครอบครัว¹¹

ในสังคมปัจจุบัน หลายครอบครัวจึงมีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาศัยอยู่ร่วมชายคาด้วย ตัวอย่างจากการศึกษาของ Coring, Cook¹² พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีงานทำ ไม่ว่าจะเพื่อหาเลี้ยงชีพหรือการทำงานช่วยเหลือเล็กๆ น้อยๆ ในครอบครัว และจากการศึกษาของ Kaewprom, Curtis, Deane¹³ ซึ่งศึกษาในบริบทของประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการฟื้นฟูของโรค คือ สภาพแวดล้อม บุคคลในครอบครัว และในชุมชน ซึ่งมีอิทธิพลต่ออาการของผู้ที่มีอาการทางจิต หากสภาพแวดล้อมของครอบครัว และชุมชนของผู้ที่เป็นโรคไม่เอื้ออำนวย หรือผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และพอเพียง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก็อาจมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง หรืออาจเป็นเรื้อรังจนบุคลิกภาพเสื่อม กลับคืนสู่สภาพปกติไม่ได้ตลอดชีวิต

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาสภาพความเป็นอยู่ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และอาศัยในชุมชนตำบลแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งผลการวิจัย สามารถนำมาใช้ในการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ และจัดสภาพแวดล้อมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายสภาพความเป็นอยู่ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และอาศัยในชุมชน ตำบลแห่งหนึ่งในเขต อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) เพื่ออธิบาย และตีความ

ลักษณะของการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ตามความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี ศาสนา ภาษา และพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในชุมชน เพื่อค้นหาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในชุมชน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 8 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1. ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อาศัยอยู่ที่ตำบลแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม
2. ไม่มีอาการทางจิตกำเริบในระหว่างการสัมภาษณ์
3. อาจเคยหรือไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ขณะนี้ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ และการสังเกตสภาพความเป็นอยู่แบบมีส่วนร่วม (informal interview and participant observation) การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เริ่มต้นด้วยการบอกจุดประสงค์ของการวิจัย และการสนทนา เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าถึงความเชื่อ ทศนคติ และขนบธรรมเนียมประเพณีที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ใช้เวลาประมาณ 1 - 1.5 ชั่วโมง รายละเอียด ประมาณ 2 - 3 ครั้ง และกลับไปสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมอีกครั้งในกรณีที่ต้องการความชัดเจน และความอิ่มตัวของข้อมูล (saturated data) มากยิ่งขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนธันวาคม 2557 ถึงเดือนเมษายน 2558 ในการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการเลือกสถานที่ในการสัมภาษณ์ ไม่ว่าจะเป็นที่บ้านตนเอง บ้านญาติ หรือตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 คน เลือกที่จะให้สัมภาษณ์ที่บ้านตนเอง และอีก 4 คน เลือกที่จะให้สัมภาษณ์ที่บ้านญาติ ในการรวบรวมข้อมูล มีญาติของกลุ่มตัวอย่างมาให้ข้อมูลเพิ่มเติมด้วย จำนวน 4 คน ส่วนที่เหลือไม่มีญาติมาให้ข้อมูล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่เพียงลำพังขณะเก็บข้อมูล ซึ่งขณะสัมภาษณ์มีการบันทึกเทป ตัวอย่างคำถามหลักที่ใช้ เช่น ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของท่านอย่างไร และการใช้ชีวิตในครอบครัวของท่านเป็นอย่างไร ส่วนการสังเกต มีแบบการบันทึกภาคสนามและการบันทึกภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ ผู้วิจัยได้กระทำควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์แบบมานุษยวิทยาเชิงชาติพันธุ์วรรณา ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เพื่ออธิบายพฤติกรรม วิถีชีวิต หรือวัฒนธรรมของกลุ่มคน รวมถึง ความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบ และข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ และไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัย จะใช้เพื่อศึกษาตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนจากการวิจัยได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และการกระทำดังกล่าว ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่าง

สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้เซ็นหนังสือยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 34 - 72 ปี (อายุเฉลี่ย 51.87 ปี) เป็นเพศชาย 4 คน และเพศหญิง 4 คน ระยะเวลาที่เป็นโรคจิตเภทระหว่าง 4 - 30 ปี (เฉลี่ย 15.37 ปี) อาศัยอยู่กับบุตร จำนวน 2 คน (เพศชาย 1 คน และเพศหญิง 1 คน) อาศัยอยู่กับบุตร และหลาน จำนวน 2 คน (เพศหญิง 2 คน) อาศัยอยู่กับบิดา และมารดา จำนวน 1 คน (เพศชาย) อาศัยอยู่กับภรรยา และบุตรบุญธรรม จำนวน 1 คน (เพศชาย) และอีก 2 คน อาศัยอยู่กับพี่ชาย (เพศชาย 1 คน และเพศหญิง 1 คน) ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยโดยลำพัง กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพทำนา (1 คน) ทำนาและรับจ้างทั่วไป (2 คน) รับจ้างทั่วไป (2 คน) เลี้ยงเป็ด หมู และวัว (2 คน) และไม่มีอาชีพ (1 คน) แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพผู้พิการทางจิต และเงินจากการทำงาน (3 คน) เบี้ยยังชีพผู้พิการทางจิต และการทำงาน (4 คน) และเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (1 คน)

2. บริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรมของสถานที่ที่ศึกษา

2.1 บริบทของชุมชน

ชุมชนที่ศึกษาแห่งนี้ ตั้งอยู่บนทางหลวงหมายเลข 23 สายมหาสารคาม - ร้อยเอ็ด อยู่ห่างจากตัวอำเภอเมือง ประมาณ 12 กิโลเมตร การคมนาคมสะดวก มีรถโดยสารประจำทางผ่าน ใช้ระยะเวลาในการเดินทางจากหมู่บ้านถึงตัวเมือง ประมาณ 20 - 30 นาที ถนนเข้าหมู่บ้านมีดินดีไปด้วยดินไม่น้อยใหญ่สองข้างทาง ถนนที่เชื่อมต่อระหว่างหมู่บ้านเป็นทางลาดยาง ส่วนถนนที่ใช้สัญจรในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นถนนคอนกรีตเสริมเหล็กเชื่อมถึงกัน มีขอยเล็กๆ ที่สามารถเดินทางทะลุถึงกันได้สะดวก ชาวบ้านมักสัญจรไปมาหาสู่กันด้วยรถจักรยานยนต์ บ้างก็ใช้รถจักรยาน บ้างก็เดิน ตามแต่จะสะดวก หากมีความจำเป็นต้องเข้าไปในตัวเมือง ก็จะใช้บริการรถสองแถวประจำทางซึ่งแล่นผ่านหน้าหมู่บ้านเป็นระยะๆ ชาวบ้านที่มีรถยนต์ก็จะเดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัวเพื่อไปทำธุระในตัวเอง

2.2 บริบททางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการประกอบอาชีพ

ชาวบ้านส่วนใหญ่ในชุมชนนี้ มีอาชีพหลัก คือ การเกษตรกรรม ทำไร่ ทำนา ปลูกผัก และรับจ้างทั่วไป พืชเศรษฐกิจที่ทำรายได้ที่สำคัญ คือ ข้าว และพืชผัก นอกจากนี้ ยังมีการปศุสัตว์ สัตว์ที่นิยมเลี้ยง ได้แก่ โคเนื้อ กระบือ สุกร เป็ด ไก่ เป็นต้น ภายในชุมชนมีร้านค้าเล็กๆ ขายของชำ ขายของจำพวกข้าว ปลา อาหารแห้งหลากหลาย บ้านเรือนของชาวบ้านในหมู่บ้านนี้ นิยมปลูกหลายรูปแบบ ทั้งแบบบ้านปูนชั้นเดียว บ้านชั้นเดียวใต้ถุนโล่ง บ้านไม้สองชั้นด้านบนเป็นไม้ ชั้นล่างเป็นปูน บ้านชั้นเดียวสร้างด้วยไม้ไผ่ขัดแตะ ส่วนใหญ่ปลูกบนเนื้อที่ของตนเอง ซึ่งมีอาณาบริเวณกว้างขวาง หากเป็นญาติพี่น้องกันมักจะปลูกบ้านอยู่ใกล้ๆ กัน ไว้คอยช่วยเหลือกันยามเจ็บไข้ได้ป่วย

วิถีชีวิตของชาวบ้าน ส่วนใหญ่เป็นไปอย่างเรียบง่าย ไม่เร่งรีบ ชาวบ้านในแต่ละบ้านนิยมปลูกผักไว้รับประทานเอง บ้างก็ปลูกผลไม้จำพวก มะม่วง มะยม กระท้อน กล้วย และมะพร้าว ไว้สำหรับการบริโภคในครัวเรือน และให้ร่มเงา คนในชุมชนนับถือศาสนาพุทธ ในหมู่บ้านมีวัดขนาดใหญ่อยู่ 1 แห่ง สำหรับเป็นที่ปฏิบัติกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา

2.3 บริบทของแหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ สร้างบนเนื้อที่ 9 ไร่ ตั้งอยู่ในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดมหาสารคาม หมู่ที่ 17 ห่างจากตัวเมืองมหาสารคามไปทางทิศตะวันออก

รับผิดชอบหมู่บ้าน 13 หมู่ 1,800 ครัวเรือน มีประชากร ประมาณ 8,700 คน มีพยาบาลวิชาชีพ 3 คน มีเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนทางด้านสุขภาพอื่นๆ จำนวน 6 คน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 167 คน การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพส่วนใหญ่ได้ อสม. เป็นผู้ช่วยหลักในการประสานงาน และดำเนินกิจกรรมในหมู่บ้าน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีอาณาเขตทางด้านทิศเหนือ ติดกับตำบลลาดพัฒนา อำเภอมืองมหาสารคาม ทิศใต้ ติดกับตำบลมิตรภาพ อำเภอกำแพง และตำบลเวียง อำเภอเมืองมหาสารคาม ทิศตะวันออก ติดกับบ้านโคก หมู่ที่ 3 ตำบลห้วยแอ่ง อำเภอเมืองมหาสารคาม และทิศตะวันตกติดกับบ้านหันพัฒนา หมู่ที่ 21 ตำบลเขวาส อำเภอเมืองมหาสารคาม ชาวบ้านสามารถเดินทางไปถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้สะดวก ระยะทางจากหมู่บ้านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไกลมากที่สุด 5 กิโลเมตร ระยะเวลาเดินทางโดยรถจักรยานยนต์จากหมู่บ้านถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้เวลา ประมาณ 15 นาที

3. สภาพความเป็นอยู่

สภาพความเป็นอยู่ของกลุ่มตัวอย่าง สามารถสรุปเป็นประเด็นหลักได้ 3 ลักษณะ คือ 1) มีวิถีชีวิตแบบ “หาอยู่หากิน” 2) ได้รับการดูแลแบบ “บ่ท่มบ่ปากัน” และ 3) มีการพึ่งพาอาศัยแบบ “เป็นเหื่อเป็นแอง” โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. มีวิถีชีวิตแบบ “หาอยู่หากิน” (ทำมาหากิน พอกินพอใช้)

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และครอบครัวที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีเศรษฐกิจระดับปานกลาง “พอกินพอใช้” มีส่วนน้อยที่มีฐานะยากจนรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย การใช้ชีวิตภายในครอบครัวแต่ละวันจึงเป็นไปในลักษณะของการทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพหรือที่กลุ่มตัวอย่าง เรียกว่า “หาอยู่หากิน” เช่น การทำนา ไถนา รับจ้างเกี่ยวข้าว ตัดฟืน เลี้ยงสัตว์ ปลูกดอกไม้ รับจ้างสานไม้ไผ่ เป็นต้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีวิถีชีวิตแบบ “หาอยู่หากิน” ส่วนมากมักเป็นกลุ่มตัวอย่างชายที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีเพียงรายเดียวเท่านั้นที่เป็นผู้สูงอายุแต่ยังมีสุขภาพแข็งแรง จึงมักมีผู้มาว่าจ้างให้ไปตัดไม้ ตัดฟืน ดำนา เกี่ยวข้าวอยู่เป็นประจำ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ลุงเอ็ด (ทำ) ขนทรายทุกมือ ละกะ (และ) รับจ้างเวลาว่างมาเกี่ยวข้าว ถ้ามีคนมาจ้างไปเกี่ยวกะรับจ้างนำ พอได้อยู่ได้กิน...พินดิง (โก) ไฟกะหาเอง เมาถ่านเอง ผมเป็นคนไปตัดไม้ เก็บไม้มาเผาถ่านไว้หนึ่งขนมกับเอ็ด (ทำ) อยู่เอ็ด (ทำ) กิน...ยามกลางวันกะเอ็ด (ทำ) ของเตรียมขาย ผมกะช่วยเอ็ด (ทำ) ช่วยซุดบักพรวัว (มะพร้าว) ช่วยไม้แป้ง ช่วยเมียครับ พอยามเมื่อแลง (ตอนเย็น) กะเอาไปขายอยู่ตลาด....ส่วนใหญ่เมียผมไปขาย ผมอยู่บ้านช่วยเก็บของ บัดกวาดเหือน (บ้าน) ถ้า (คอย) เมีย...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 เพศชาย 60 ปี)

“...ผมบ่ได้เอ็ดหยัง (ไม่ได้ทำอะไร) ผมอยู่บ้านกะ (ก็) ดูแลสวนดอกไม้ ผมปลูกสวนดอกมะลิ ดอกดาวเรือง ปลูกผักไว้กินเองครับ บ่ (ไม่) ค่อยได้ซื้อผักดอก (หรือ) ครัว ผมรดน้ำดอกไม้แต่ตอนแลงๆ (ตอนเย็น) ยามเมื่อเช้าบ่ (ไม่) ไร่รดน้ำ และผมกะ (ก็) เลี้ยงเป็ด แต่ก่อนเลี้ยงเป็นร้อยตัว แต่ตอนนี้แม่ผมขายหมด เหลือไว้แค่สี่ตัว เอาไว้เก็บไข่กิน...ผมตื่นประมาณสามโมงเช้า ตื่นมาให้อาหารเป็ด เกียเปิด (ให้อาหารเป็ด) เกียไก่ (ให้อาหารไก่) ไปเก็บดอกไม้มาใส่ตู้เย็นไว้ ขายกิโลละ 200 บาท แต่ผมขายกิโลละ 130 บาท เพราะเราเป็นชาประจำ เพื่อนมาเอาฮอดเหือน (เขามารับถึงบ้าน) ขายกันมาหลายปีแล้ว ผมเก็บแล้วผมกะ (ก็) ใส่ตู้เย็นได้ สองสามมือ (สองสามวัน) เพื่อนกะ (เขาก็) มาเอาไปที่หนึ่ง บางมือ (บางวัน) หลังจากเก็บดอกไม้แล้ว ผมกะ (ก็) ใส่ปุ๋ยดอกไม้ ตอนแลง (ตอนเย็น) มากะรดน้ำ (ก็มารดน้ำ) ต้นไม้ดอกไม้ กวาดบ้าน...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 เพศชาย 34 ปี)

“...แต่ละมือนี่กะบ่แน่นอน (แต่ละวันก็ไม่แน่นอน) บางมือกะไปเอ็ดนา (บางวันก็ไปทำนา) กะมีไปรับจ้างแน (บางวันก็ไปรับจ้าง) ถ้าคนมาจ้างให้ไปเอ็ดหยังกะไป (จ้างไปทำอะไรก็ไป) ไผ่มีงานกะเ็นไป (ใครมีงานให้ทำก็จะมาเรียกไป) บางเถื่อ (บางครั้ง) เขากะ (เขาก็) จ้างไปซุดดิน ไถดินแน (ไถดินบ้าง) หนำนากะ (ก็)

มีผู้จ้างไปไถนา ถั่วบ (ไม่) มีงานกะถ้าอยู่เอือนสี่ๆ (ร่อยบ้านเฉยๆ) รายได้กะพอได้อยู่ได้กิน (รายได้ก็พออยู่พอกิน)...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5 เพศชาย 43 ปี)

จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย มักจะทำงานที่ต้องอยู่กับบ้านหรืออยู่ในหมู่บ้าน ไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้าน ลักษณะของงานที่ทำงานจะต้องออกแรงหรือใช้แรงเป็นส่วนใหญ่ แต่หากกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงวิถีชีวิตส่วนใหญ่ไม่ใช้การหาอยู่หากิน แต่มักจะเป็นการช่วยดูแลบ้าน ฝ้ายบ้าน เลี้ยงหลาน ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เช่น การเก็บกวาดบ้าน ล้างถ้วยชาม ทำอาหาร เลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“...ยายอยู่บ้านกะบ่ได้เฮ็ดหยังดอก (ยายอยู่ที่บ้านก็ไม่ได้ทำอะไร) ลูกสาวปากัน (แยกทางกัน) กับผัวกะเอาลูกมาให้แม่เลี้ยงช้อย (ช่วยเลี้ยง)...เอือน (บ้าน) หลังนี้เป็นของลูกสาวคนกลาง แม่กะมาเลี้ยงลูกช้อย (ช่วย) เขาฝ้ายเอือนให้เขาพร้อม เฮ็ดกับข้าวยามแลงกะมากินน่กัน (ทำกับข้าวตอนเย็นก็มากินด้วยกัน) บ่ได้เฮ็ดหยังหลาย (ไม่ได้ทำอะไรมา)...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 เพศหญิง 60 ปี)

“...แต่ละมือนี (แต่ละวัน) กะ (ก็) เลี้ยงหมู กะ (ก็) เฮ็ดเวียก (ทำงาน) เลี้ยงหมูเลี้ยงวัว ช้อย (ช่วย) งานในบ้าน ชื้อของแน่ (ซื้อของบ้าง) ของหยังขาดเผิ่นกะบอกให้ออกไปซื้อให้ (มีอะไรขาดเหลือเขาก็บอกให้ออกไปช่วยซื้อให้ด้วย) ซักผ้า กวาดบ้านถูบ้าน กะบ่ได้เฮ็ดหยังหลาย (ก็ไม่ได้ทำอะไรมา)” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 เพศหญิง 42 ปี)

“...แม่อยู่บ้านกะ (ก็) บ่ได้เฮ็ดหยังดอก (ไม่ได้ทำอะไร) ลูกเขาบ่ให้เฮ็ด (ไม่ให้ทำ) ยายกะฝ้ายบ้าน ล้างถ้วยล้างชาม หนึ่งข้าว กะสำนึละ (ประมาณนี้) บ่ได้เฮ็ดหยังหลาย (ไม่ได้ทำอะไรมา)...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7 เพศหญิง 61 ปี)

มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงเพียงรายเดียวเท่านั้นที่มีความจำเป็นต้องทำงานรับจ้างสานไม้ไผ่ (สานฝาแด) เนื่องจากมีฐานะยากจน ขาดแคลนเงินพื้พำ แม้จะอาศัยอยู่กับบุตรชายคนโตแต่ก็ไม่ได้พึ่งพาอาศัย มีเพียงบุตรชายคนเล็กซึ่งทำงานต่างจังหวัดส่งเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายในบ้าน แต่ก็ไม่ได้เพียงพอ ดังนั้นวิถีของการดำเนินชีวิตในแต่ละวันของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรายนี้จึงเป็นการ “หาอยู่หากิน” โดยมีตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“...เฮากะหาอยู่หากิน (เราก็คือหาหากิน) บ่ได้ซำบายคือผู้อื่นเขา (ไม่ได้สบายเหมือนคนอื่น)...แต่ละมือนี ยายกะเฮ็ดอยู่เฮ็ดกิน (แต่ละวันยายก็หาหากิน) กะสานฝาแดไปวันๆ (ก็จักสานไม้ไผ่เพื่อทำเป็นที่รองหวดหนึ่งข้าวไปในแต่ละวัน) ฮู้จักบ่ (รู้จักมัย) ฝาแด คือ สานไม้เอาไว้รองฮวย (หวดชนิดหนึ่ง) หนึ่งข้าว ยายไปรับมาจากร้านค้าเผิ่น (เขา) รับซื้อ เผิ่น (เขา) มีไม้ไผ่ที่เหลาเอามาให้ยาย ยายกะเอามาสานสี่ๆ (สานเฉยๆ สานธรรมดา) สานได้ร้อยอัน เผิ่น (เขา) ให้ 120 บาท บางมือนีกะสานได้บ่พอร้อยอันดอก (บางวันก็สานไม้ไผ่ได้ไม่ถึงหนึ่งร้อยอัน) สองสามมือนี (วัน) จั่ง (ค่อย) ได้ร้อยอัน พอได้ค่ากับข้าว...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 เพศหญิง 72 ปี)

2. ได้รับการดูแลแบบ “บ่ทิมบ่ปากัน” (ไม่ทอดทิ้งกัน)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลใกล้ชิด เช่น ญาติพี่น้อง พี่ชาย พี่สะใภ้ ภรรยา บุตรสาว บุตรชาย และหลานๆ และได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ได้ถึงความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ ให้ความไว้วางใจ และการให้เกียรติที่บุคคลในครอบครัวมีต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และไม่ทอดทิ้งให้ต้องเผชิญอยู่กับการเจ็บป่วยเพียงลำพัง ลูกหลานช่วยดูแลพาไปโรงพยาบาลจัดหาเครื่องอุปโภคบริโภคไว้ให้ใช้ บางรายมีลูกหลานจัดยาไว้ให้รับประทานเป็นชุดๆ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้ให้ความหมายของความสัมพันธ์นี้ว่า เป็นการดูแลแบบ “บ่ทิมบ่ปากัน” หมายถึง การไม่ทอดทิ้งกัน ดังมีตัวอย่างของถ้อยคำบอกเล่า ต่อไปนี้

“...เมื่อยผม เรากะคอยดูอยู่ห่างๆ สังเกตผมเอา ตอนผมป่วยใหม่ๆ นี่ บ่ (ไม่) ไปไหนเลย อยู่हां (อยู่ด้วย)

ตลอด เมียผมนี่เวลาเอ็ด (ทำ) งานกะบ่ (ก็) ค่อยให้เอ็ด (ทำ) งานหนัก ย่าน (กลัว) ผมเมื่อย (เหนื่อย) ย่าน (กลัว) มันเป็นอีก ให้ช้อย (ช่วย) งานอยู่กับบ้าน...ให้มาเอ็ดขนมช้อยกัน (ให้มาทำขนมช่วยกัน) สิได้ดูแลกันนี่ล่ะครับ...อย่างพี่น้องนี่ กะมีบ้านที่พี่น้องอยู่กัน (ด้วยกัน) ดูแลกัน บ่ทิ่มบ่ปากัน (ไม่ทอดทิ้งกัน) ลูกหลานกะดูแลกัน บ้านแถวๆ นี่กะมีแต่คุ่มพื้คุ่มน้อง ญาติๆ กันทั้งนั้น กะ (ก็) อบอุ่นอยู่ มีหยังกะ (มีอะไรก็) ปรีกษากัน ช่วยเหลือกันบางมือกะมากินข้างน้ากันพี่น้อง (บางวันพี่น้องญาติๆ ก็มากินข้าวด้วยกัน)...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 เพศชาย 60 ปี)

“...อยู่กับพื้กับน้องนี่ผมกะ (ก็) มีความสุขดีครับ ได้อยู่กับพื้กับน้อง นี่กะเอ็นเฮา (ตรงนี้ก็บ้านผม) พุนกะเอ็นป่าเอ็นลูง (ตรงโน้นก็บ้านป่า บ้านลูง) เอ็น (บ้าน) พื้สาวลูกลูง มีบ้านล้อมรอบกัน 5 หลัง ตรงกลางเป็นลานกว้างๆ ยามเมื่อแลง (ตอนเย็น) พี่น้องกะมาคุยกัน ลูกหลานกะมาเล่นน้ำกัน (ก็มาเล่นด้วยกัน) เสียงแจ้วๆ มีความสุขไปอีกแบบ ยาม (เวลา) ผมป่วย ตอนนั้นพื้เชยลูกลูงกะพาผมไปหาหมอ ลุงป่ากะ (ก็) ให้นำกัน (ด้วยกัน) มาเยี้ยม มาคุยน้ำกัน (ด้วยกัน) เป็นห่วงผม ย่าน (กลัว) ผมสิเป็นหนัก ดูแลกันดีอยู่ เบ็งแยง (ดูแล) กันอยู่ตลอดยาม (เวลา) ผมอยู่บ้านคนเดียวกันแะเวียนมาว่าน้า (มาพูดด้วย) เอ็ด (ทำ) กับข้าวมาให้ บ่ค่อยทิ่มกัน ดอกครับ (ไม่ค่อยได้ทอดทิ้งกัน)...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 เพศชาย 34 ปี)

“...ยายอยู่บ้านกับลูกสาว ม่องนี่ (ตรงนี้) มีเอ็น (บ้าน) ยายกับเอ็น (บ้าน) ลูกสาวนี่ละสองหลัง ลูกสาวมีสามคน คนอยู่ภูเก็ตส่งเงินมาให้เดือนละสามพัน คนกลางเอ็ดให้อยู่ที่กิน (ทำอาหารให้รับประทาน) ดูแลเรื่องกินอยู่ ส่วนคนน้อยนี่กะสองสามเดือนให้เอื้อ (ครั้ง) หนึ่ง แต่ว่าของใช้ในบ้านนี่เขาก็หาซื้อมาให้ให้ใช้ พวกสบู ยาสีฟัน ชื้อของใช้มาให้ ลูกเต้าดูแลดีอยู่...ยายมีหลานทำงานอยู่ภูเก็ต เขากะส่งโสมผงมาให้กินเรื่อยๆ มันเป็นผงก้อนน้อยๆ ชงน้ำฮ้อน (น้ำร้อน) แก่เบาหวาน ยายกะกินทุกมื่อ (ทุกวัน) มา 2 ปีละ...เขากะโทรมาถามว่า ยาหมดแล้วบ้อ (ยาหมดหรือยัง) กะ (ก็) บอกว่าใกล้หมดแล้ว เขากะ (ก็) ส่งมาให้ หลานกะ (ก็) ดื้ออยู่ ห่วงกันอยู่ บ่รู้สึกว่าเขาทิ่มนะ อบอุ่นที่ลูกหลานบ่ทิ่ม บ่ป่า มีลูกมาอยู่ใกล้ๆ พอได้ดูแลกันยามบ่สบาย...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 เพศหญิง 60 ปี)

“...ยาม (เวลา) นี่กะ (ก็) มีกันอยู่สามสี่คนนี่ละ ช้อย (ช่วย) เหลือกัน พี่น้องกะไปรับจ้างน้ำกัน (ก็รับจ้างด้วยกัน) พื้ยายนี่กะเอ็ดงาน (พื้เชยนี้ก็ทำงาน) ได้เงินมาเท่าใดกะ (ก็) เอามาซื้อแนวกิน (อาหาร) แบ่งกันเอาไปซื้อขนมให้หลานกิน (ลูกผู้ป่วย) กะช้อยๆ (ก็ช่วยๆ) กันไป อย่างยาย (ยกตัวอย่างคุณยายของผู้ให้ข้อมูล) ได้เงินผู้สูงอายุ 800 บาทกะ (ก็) เอาไว้ซื้ออยู่ซื้อกิน (ใช้จ่ายและซื้ออาหารกินในแต่ละวัน) บางทีส่วนของผมหาได้กะ (ก็) เอาให้ยาย (พื้ชาย) ไปซื้อสุกั๊กกิน (ซื้อกินด้วยกัน) บางเทื่อ (บางครั้ง) กะ (ก็) เอาไว้กองกลางไว้ซื้ออยู่ซื้อกิน (ใช้จ่ายและซื้ออาหารกินในแต่ละวัน) ชื้อของใช้แ่น (บ้าง) เวลากินข้าวกะมากินน้ำกัน (ด้วยกัน) กะ (ก็) กินอยู่ น้ำกัน บ่ (ไม่) ทะเลาะกัน บ่ทิ่มกันจักเทื่อ (ไม่ทอดทิ้งกันสักครั้ง)...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5 เพศชาย 43 ปี)

“...อย่างหนูอยู่กับพื้ชายพื้สะไภ้กะกะ (แล้วก็) หลาน เขาบ่ให้ไปไสดอกกะ (เขาไม่ให้ไปไหน) ให้อยู่บ้านเอ็ดเวียกเอ็ดงานบ้าน (ทำงานบ้าน) ละกะ (แล้วก็) เลี้ยงหมู เลี้ยงวัวจ๋า เราเป็นห่วงหนู ย่าน (กลัว) คนอื่นเขาสิว่าหนูเป็นบ้า ให้เงินใช้ อยากได้หยั (อะไร) นิดๆ หน่อยๆ อยากได้กะ (ก็) ให้เงินไปซื้อ แต่ส่วนใหญ่ หนูกะบ่ได้ใช้หยังดอก (ก็ไม่ได้ใช้อะไรหรอก) มีแต่อยากเบ็ง (ดู) หมอลำ (หัวเราะ)...พื้ชายพื้สะไภ้กะดูแลดีอยู่จ๋า บ่ (ไม่) ค่อยมีปัญหาหยังดอก (ไม่ค่อยมีปัญหาอะไร) แต่ก่อนนี่หนูเสียไปหลายมื่อ (หนูหายไปหลายวัน) เรากะนำหาหนู (เขาก็ออกมาตามหาหนู) เราเป็นห่วงหนู ยามสิ (เวลาจะ) ไปหาหมอนี่ ที่แรกเราไปส่งอยู่กาฬสินธุ์ แต่ว่าหนูบอกเราว่าหนูไปได้บ่ (ไม่) ต้องห่วง เผิ่นกะ (เขาก็) เลยให้แต่เงินค่ารถเทื่อ (ครั้ง) ละ 150 บาท กะสิไปเอง-มาเอง บ่ได้ยากนำหนู (ไม่ต้องกังวลกับหนู)...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 เพศหญิง 42 ปี)

“...ยายนี่แต่ก่อนเป็นโรคนี้แหละ ยายกะ (ก็) รักษาอยู่ที่ขอนแก่น บาตที่นี้ (หลังจากนั้น) ยายว่ามันไกลกะ

(กิ) อยากเปลี่ยนโรงบาล ต้องนั่งรถสี่ชมพูปไปเอายา เสียเวลาไปเอา แต่ว่าลูกเป็นห่วงบ่ (ไม่) อยากให้ยายโรงบาล ยานมันบ่ถึก (กลัวยารักษาโรคไม่ดี) คือ ยาชอนแก่น หมู่ลูกๆ เขาปรึกษากัน เขาว่าบ่ต้องเปลี่ยนดอก (ไม่ต้องเปลี่ยนหรือ) ยาน (กลัวว่า) มาเปลี่ยนโรงบาลแล้วยานกินยาบ่ถึก (กลัวกินยาไม่ถูกกับโรค) เขาว่าจั่งสั้น (เขาว่าอย่างนั้น)...แต่ละเทื่อ (ครั้ง) ลูกๆ กะผลัดกันกลางานไปส่งเอายาอยู่ชอนแก่น บางเถื่อกะ (บางครั้งก็) หลานไปนำ (ไปด้วย)...อย่างยานี้ลูกสาวกะจัดไว้ให้เป็นของๆ ใส่ถุงไว้เลยแต่ละคาบนี้ เขาจัดไว้เป็นเดือนพอดิ เป็นชุดๆ ไปให้ยายกิน...เขากะ (กิ) เป็นห่วงนะ...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7 เพศหญิง 61 ปี)

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคนอาศัยอยู่ร่วมกัน ให้ความรักและเอาใจใส่กัน มีความห่วงใยซึ่งกันและกัน ซึ่งมีผลทำให้การดำเนินของโรคเป็นไปในทางที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อสังเกตจากการศึกษา ซึ่งพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นเพศชาย หากยังคงอยู่ร่วมกับภรรยาจะได้รับการดูแลอย่างดี โดยฝ่ายภรรยาจะไม่ทอดทิ้งสามี แต่หากฝ่ายที่ป่วยเป็นเพศหญิง มักจะถูกฝ่ายชายหรือสามีทอดทิ้งให้อยู่กับบุตรหลาน ปล่อยให้ป็นหน้าที่ของบุตรหลานในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อไป

3. มีการพึ่งพาอาศัยแบบ “เป็นเหื่อเป็นแอง” (เป็นกำลังสำคัญ/เป็นเรี่ยวแรงสำคัญของครอบครัว) แม้ว่าการเจ็บป่วยด้วยอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในการศึกษา จะดูเหมือนว่าเป็นภาระของครอบครัว ในแง่ของการที่จะต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิดในด้านของการเฝ้าสังเกตพฤติกรรม การรับประทานยา หรือการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องๆ ก็ตาม แต่ในอีกมุมมองหนึ่งของญาติหรือผู้ดูแลกลับเห็นว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้นเปรียบเสมือนเรี่ยวแรงหรือกำลังสำคัญ ดังคำพูดที่ว่า “เป็นเหื่อเป็นแอง” ในการช่วยเหลือกิจกรรมการงานและการเงินในครอบครัว ได้เป็นอย่างดี ตามตัวอย่างคำบอกเล่าของญาติผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังต่อไปนี้

“...อย่างเรา (หมายถึงผู้ที่เป็นโรคจิตเภท) นี๋กะตื้ออยู่เด้ เราเฮ็ด (ทำ) งาน ช้อยงาน (ช่วยงาน) บางเถื่อ (บางครั้ง) ไปรับจ้างได้เงินมาเรากะ (กิ) เก็บ เงินผู้สูงอายุเดือนละ 600 บาท เงินผู้พิการ 500 บาท ได้มาเรากะเก็บเอามาใช้ในครอบครัวยามจำเป็นกะ (กิ) ได้เรานี๋ละเป็นเหื่อเป็นแอง (เป็นเรี่ยวแรง) มีหยังเฮ็ดกะให้เฮ็ด (มีอะไรทำก็ให้ทำ) อย่างต่อไฟเข้าบ้าน ชื้อตู้เย็น ชื้อโทรทัศน์ จานดาวเทียมกะแม่นเงินเราทั้งหมดละ เราเก็บเงินเก่ง...อย่างยายนี้ไปขายขนมผู้เดียว กะได้เราช้อย (ช่วย) เตรียมของเตรียมหยัง (อะไร) ให้ คั้นเฮ็ดผู้เดียวคือสิบรดดอก (ถ้าทำคนเดียวคงไปไม่รอด)...” (ภรรยาผู้ให้ข้อมูล รายที่ 1 60 ปี)

“...เรากะ (กิ) ตื้ออยู่ อยู่บ้านช้อยเฮ็ดงาน (ช่วยทำงาน) ฉันทะไปร้านนวด พ่อเรากะแขนบ่ค่อยดียกของหนักบ่ได้ ได้เรา (ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท) ช้อยเฮ็ดนั่นเฮ็ดนี้ (ช่วยทำโน่นทำนี่) เสี่ยงเบิด ปลูกผัก อด (รด) น้ำดอกไม้ใส่ปุ๋ย บางเถื่อเฮ็ด (บางครั้งทำ) กับข้าว เราขายของนำ ขายได้เรากะเก็บเงินไว้ นี๋เราเรียนอยู่ราชภัฏนำ ค่าเทอมเรากะบ่ (ไม่) ใ้รับกวน บ่ (ไม่) เป็นภาระ เราว่าพอกับแม่ต้องเช่าห้องนวด เขาบ่ (ไม่) อยากรับกวน หาของเขาเองกะถือว่าตื้ออยู่เป็นเหื่อเป็นแอง (เป็นเรี่ยวแรง) ของครอบครัวจ้...” (มารดาผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 54 ปี)

“...แม่กะช้อยเฮ็ดงานบ้าน (แม่ก็ช่วยทำงานบ้าน) ปกติหนูกะบ่ (ไม่) ได้ให้เราเฮ็ดหยังดอก (ไม่ได้ทำอะไรหรือ) แต่ว่าเรากะอยากช้อย (ช่วย) บ่ (ไม่) อยากเป็นภาระของลูกหลาน เรากะสัญญาใจจะของ (ตัวเอง) อยู่ดอกที่มีประโยชน์ ช้อย (ช่วย) ลูกช้อย (ช่วย) หลานได้ ช้อย (ช่วย) เสี่ยงหลานให้ลูกๆ อยู่ดูแลบ้านเอื้อนให้ลูกคั่นบ่ (ไม่) ได้เรากับ (ไม่) ไร่ไรไผ่ (ใคร) มาเสี่ยงลูกดูแลบ้านให้ อันนี้แม่เฮากะดีกว่าเนาะ...” (ลูกสาวผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 28 ปี)

“...น้องสาวผมผู้นี้ ผมกะเป็นห่วงเขานะ...แต่ว่าอยู่กับผมนี้ผมกะบ่ (กิ) ไม่) ถือว่าเป็นภาระนะ เขาช้อย (ช่วย) เหลือจะของได้ บ่ (ไม่) ถือว่าเป็นภาระดอกครับ ออกไปซื้อของอิชัย (อะไร) กะมีแต่แก่ละครับ กับข้าวกับน้ำ เวลาใช้ไปชื้อนั้นชื้อนี้แกวขนาดครับ ขับรถมอเตอร์ไซด์ไปซื้อให้โลด ชื้อแล้วกะ (กิ) เอามาให้ผมอยู่

บ้านนี้ กะ (ก็) มีแต่แกนี่ล่ะครับ พอได้เป็นเหื่อเป็นแอง (เป็นเรียวแรง) แ่นครับ...” (พี่ชายผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 46 ปี)

จะเห็นได้ว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแลเป็นอย่างดี จะมีความพยายามในการปฏิบัติตัว เพื่อไม่ให้ตนเองเป็นภาระของคนในครอบครัว ด้วยการช่วยเหลืองานในด้านต่างๆ ตามแต่ที่ตนเองจะสามารถช่วยเหลือได้ ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่จะเกิดความภาคภูมิใจ ที่ตนเองมีส่วนช่วยในการทำงานหรือกิจกรรมของครอบครัวให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี แม้กิจกรรมที่ทำนั้นจะเป็นเพียงเรื่องเล็กน้อยเท่านั้น ดังนั้น จากผลการศึกษาในครั้งนี้ จึงมีความเป็นไปได้ว่า การมอบหมายงานหรือหน้าที่ภายในบ้านที่ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับผิดชอบนั้น น่าจะเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้การดำเนินของโรคเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน มักอาศัยอยู่กับบุตร หรือญาติพี่น้อง เพื่อจะได้ดูแลกัน และถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท เมื่อกลับมาอาศัยอยู่ที่บ้านก็จะต้องทำมาหากิน ซึ่งคนในชุมชนก็ไม่ได้รังเกียจ ยังคงให้งานทำเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายประจำวัน หรือไม่ก็สามารถทำนา เลี้ยงไก่ หรือหมู ถึงแม้ว่าจะเป็นเพียงการทำมาหากินแบบพอกินพอใช้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีเครือข่ายทางสังคมแคบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Boontock, Saito, Arunpongpaisal¹⁴ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ระหว่าง 3 - 8 คน ต่อ 1 คน แหล่งสนับสนุนลำดับแรกๆ ที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุด คือ แม่ พี่ชาย/พี่สาว พ่อ และบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Pernice-Ducat¹⁵ พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีน้อยกว่า 5 คน ส่วนการศึกษาของ Kavitha¹⁶ และของ Sariah, Outwater, Malima¹⁷ พบว่า สมาชิกครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน เป็นเครือข่ายที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุด

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนทุกราย ต้องการมีงานทำ มีรายได้ เพื่อความเท่าเทียมกับเพื่อนๆ ในวัยเดียวกันที่ไม่ป่วย นอกจากนั้น การทำงานยังได้ฝึกให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความรับผิดชอบต่อตนเอง รับผิดชอบต่องาน และยังรู้สึกได้ว่า ตนเองมีค่าที่ยังสามารถทำงานช่วยเหลือผู้อื่นได้ สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทยังสามารถทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพได้ นอกจากนี้ สมาชิกในครอบครัว ยังเปิดโอกาสให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้ช่วยงานเล็กๆ น้อยๆ ในครอบครัวที่สามารถทำได้ เช่น การทำกับข้าว ซักผ้า รีดผ้า รดน้ำต้นไม้ เข้าร่วมงานสังคมในชุมชนได้ และบางคนสามารถเรียนในมหาวิทยาลัยได้ ทำให้ทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และครอบครัว มีความภาคภูมิใจ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา Coring, Cook¹² สนับสนุนว่า การมีอาชีพช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเรื้อรัง มีความมั่นใจและภูมิใจในตนเอง

ส่วนของผลการศึกษา พบว่า ครอบครัว และชุมชนไม่ได้ทอดทิ้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แต่มีการช่วยเหลือกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังตัวอย่างของการดูแลด้านการกินยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีการจัดแยกไว้เป็นม็อบๆ เพื่อให้ได้กินอย่างถูกต้องตามเวลา ชนิดและขนาดของยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dhirasiddh¹⁸ ที่พบว่า ครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีการช่วยเหลือดูแล และแบ่งเบาภาระหน้าที่ ไม่ปล่อยปละละเลยให้อยู่ตามลำพัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bunkhomrat¹⁹ ที่พบว่า ปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์ระหว่างสายเลือด และเครือญาติ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น การดูแลให้กินยาอย่างต่อเนื่อง การพาไปพบแพทย์ การดูแลชีวิตประจำวัน และการดูแลด้านจิตใจและสังคม อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาของ Kamal, Gautam²⁰ พบว่า มีความแตกต่างกัน โดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มี

ความยืดหยุ่นของครอบครัว และสังคมต่ำ ไม่เกื้อหนุน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งความแตกต่างเช่นนี้ อาจเป็นเพราะสังคมไทยเป็นสังคมที่เกื้อกูล และไม่ทอดทิ้งกัน มักให้การดูแลผู้ที่ด้อยโอกาส อีกทั้งลักษณะโครงสร้างของครอบครัวไทยในชนบท ส่วนใหญ่ยังคงเป็นครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวยังคงมีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้น จึงให้ความสำคัญกับการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ได้ดำเนินการในชุมชนกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เฉพาะผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างของการศึกษา จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยรวม นอกจากนี้ การสัมภาษณ์เกิดขึ้นเพียงรายละเอียดประมาณ 2 - 3 ครั้ง ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการตรวจสอบการตีความกับกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตาม การแปลความวิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์กับทีมผู้วิจัย ซึ่งเป็นคนท้องถิ่นโดยกำเนิด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Raungtrakul S. Hanbook of psychiatric. 10 th ed. Bangkok: Ruankeaw Printing; 2005. Thai.
2. Sari SP, Suttharangsee W, Chanchong W. The effect of self-management with family participation on medication adherence among patients with schizophrenia in Indonesia: A pilot study. Songklanagarind Journal of Nursing. 2014; 34(Supplement): 12-24.
3. National Institute of Mental Health. Schizophrenia [Internet]. America: The National Institute of Mental Health; 2015 [cited 2015 Mar 12]. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>
4. WHO. Schizophrenia [Internet]. 2014 [cited 2015 Mar 12]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en
5. Manager ASTV, Manager online. Psychiatric Thailand soared above a million. Schizophrenia up to four hundred people [Internet]. 2014 [cited 2014 Oct 12]. Available from <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9570000117185>
6. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, et al. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. Popul Health Metr. 2010; 8(24): 1-8. Doi: 10.1186/1478-7954-8-24.
7. Schneider LC, Struening EL. SLOF: A behavioral rating scale for assessing the mentally ill. Social Work Research and Abstracts. 1983; 19(3): 9-21.
8. Häfner H, an der HW. The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: the ABC and WHO studies. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1999; 249(Suppl 4): 14-26.

9. Srebnik D, Livingston J, Gordon L, et al. Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Ment Health J.* 1995; 31(2): 139-52.
10. Cohen CI. Age-related correlations in patient symptom management strategies in schizophrenia: an exploratory study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1993; 8(3): 211-13.
11. Chuengsathiansup K, Suksuth P. Health volunteers in the context of change: Potential and development strategies. *Journal of Health Systems Research.* 2007; 1(3-4): 268-79. Thai.
12. Corring DJ, Cook JV. Use of qualitative method to explore the quality of life construct from a consumer perspective. *Psychiatric Services.* 2007; 58(2): 240-44.
13. Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from schizophrenia: A qualitative study of Thai mental health nurses. *Nurs Health Sci.* 2011; 13(3): 323-27.
14. Boontoch K, Saito AS, Arunpongpaisal S. Social support in patients with schizophrenia. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2013; 58(1): 89-100. Thai.
15. Pernice-Duca FM. The structure and quality of social network support among mental health consumers of clubhouse programs. *J Community Psychol.* 2008; 36(7): 929-46.
16. Kavitha C. Causal beliefs, stigma and social support in persons with schizophrenia and their caregivers [Internet]. [cited 2015 Jun 10]. Available from: <https://psychotherapyhyd.files.wordpress.com/2010/03/causal-beliefs-stigma-and-social-support-in-persons-with-schizophrenia-and-their-caregivers.pdf>
17. Sariah AE, Outwater AH, Malima KIY. Risk and protective factors for relapse among Individuals with Schizophrenia: A qualitative study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry.* 2014; 14(240): 1-12.
18. Dhirasiddh J. Family conditions, environment and caring experiences among schizophrenia patients with and without relapse episodes [Thesis]. [Phitsanulok]. Naresuan University; 2008. 159 p. Thai.
19. Bunkhomrat S. Experiences of care givers regarding care of patients with chronic schizophrenia at home. *Songklanagarind Journal of Nursing.* 2008; 28(2): 91-111. Thai.
20. Kamal P, Gautam S. Family environment of psychiatric patients: Study of a North Indian sample. *Indian J Psychiatry.* 1992; 34(3): 231-35.

Living Context of Person with Schizophrenia in a Community: An Ethnography

Vatinee Sukmak* Surada Jundeeekrayom** Sirirat Sripola ***

Abstract

This ethnographic qualitative research aimed to investigate schizophrenic person's living context in a local community, Amphoe Muang of Maha Sarakham Province. Semi-structured interviews, participant observation, tape recording and field work were conducted with the 8 schizophrenia, aged 34-72 years at the participant's or relative's home.

The results showed that through ethnographic descriptions, three characteristics of the participants' living context were revealed: 1) they work for living, 2) the family and community did not abandon one another, and 3) the family and community can rely on participants for labor.

These results will be useful for caring schizophrenic persons according to the needs and the rural way of life of each client.

Keywords: schizophrenia; living context; ethnography

* Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Maha Sarakham University, Maha Sarakham, Thailand.

** Lecturer, Faculty of Nursing, Maha Sarakham University, Maha Sarakham, Thailand.

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Maha Sarakham University, Maha Sarakham, Thailand. Corresponding author: ssripola@yahoo.com