



บทความวิจัย

ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

นลิน ดวงปัญญา* และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 103300

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความตามแนวคิดของมาร์ติน ไฮเดกเกอร์ ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 11 คน โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจงเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกเทปแล้วนำข้อมูลมาถอดคำต่อคำ การสังเกต และการจดบันทึกในระหว่างการสัมภาษณ์ ร่วมกับวิเคราะห์เนื้อหาตามแบบวิธีการของแวน มาเนน

ผลการวิจัยสรุปดังนี้: ผลการศึกษานี้สามารถแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ และประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ โดยการให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ คือ การดูแลเอาใจใส่เพื่อไม่ให้กลับป่วยซ้ำ เกิดจากความรักใคร่ ห่วงใยและผูกพัน ผู้ป่วยคือคนสำคัญ มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้ดูแลหลัก พบ 2 ประเด็นย่อย คือ 1. การทำหน้าที่ด้วยความรักความห่วงใย และ 2. เกิดความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว ส่วนประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ พบ 3 ประเด็นหลัก และ 6 ประเด็นย่อย ดังนี้ 1. การรับรู้ผู้ป่วยผิดปกติและแสวงหาการรักษา 1.1) การรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ 1.2) แสวงหาการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 2. การทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น 2.1) หลากหลายความทุกข์ทรมานเข้ามาในชีวิต 2.2) การทำใจยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย 3. การดูแลฟื้นฟูและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำ 3.1) การทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย 3.2) ให้ผู้ป่วยได้กลับมาประกอบอาชีพและมีรายได้เป็นของตนเอง

สรุป: ผลการศึกษานี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ ตั้งแต่ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มมีอาการทางจิต การดูแลฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ และผลกระทบโดยตรงที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลัก เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและสหวิชาชีพสามารถนำไปพัฒนาระบบการดูแลทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำและผู้ดูแลหลักอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

คำสำคัญ: ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลัก/ การดูแล/ ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2563, 32(2) : 43-54

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้รับผิดชอบหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail dpennapa@chula.ac.th



Experiences of primary caregivers in caring of non-relapse schizophrenic patients

Nalin Duangpanya* and Pennapa Dangdomyouth**

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to describe the experiences of primary caregivers in caring for non-relapse schizophrenic patients.

Design: Qualitative research.

Methods: This study was qualitative research of the interpretative phenomenological of Martin Heidegger approach. The participants included 11 primary caregivers who were selected by using purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews. The interviews were tape-recorded and transcribed verbatim, observation and field recording as well as analyzed using the content analysis method of van Manen.

Findings: The results of the research revealed two parts. Part 1 The meaning of caring for non-relapse schizophrenic patients was identified in order to prevent relapse, caregiving with love and care. The patients were their loved one which is important, valuable, and means for them. Including two sub-themes as following; 1. Responsibilities with love and care. 2. Love and deep connection in their family. Part 2 There are three themes and six sub-themes of experiences of primary caregivers in caring for non-relapse schizophrenic patients that emerged from the study. 1. Illness recognition and seeking how to treat 1.1) Recognized patients' abnormal 1.2) Seeking the right place for treating, 2. Accepting the situation 2.1) Life in distress 2.2) Adjust to the situation. 3. Caring and Rehabilitation in order to prevent relapse 3.1) Response to patients' physical, psychological and social needs 3.2) Get patients a job and have their own income.

Conclusion: The results of the study made understanding about experiences of primary caregivers in caring for non-relapse schizophrenic patients since primary caregivers recognized the onset of psychosis and caring rehabilitation to prevent relapse and the impact of caregiving on primary caregivers. These guides for nurses and multidisciplinary teams to providing care for them to continued quality and appropriate care in order to prevent relapse.

Keywords: Experiences of primary caregivers/ Caring/ Non-relapse schizophrenic patients



บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่มีความหลากหลาย ทั้งความผิดปกติทางอาการและสาเหตุของการเกิดที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปพบได้ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งบ่อยครั้งนำไปสู่ความพิการตลอดชีวิต อาการป่วยยังลดความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งด้านสังคมและการทำงาน¹ ซึ่งทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทมากถึง 21 ล้านคน เป็นเพศชายประมาณ 12 ล้านคน และเพศหญิงประมาณ 9 ล้านคน² อัตราความชุกเฉลี่ย (Prevalence) 4.6 ต่อประชากร 1,000 คน³ โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่สามารถรักษาได้ โดยการให้ยาและการรักษาทางด้านจิตสังคม²

การดำเนินโรคของโรคจิตเภท (Stage of schizophrenia)⁴ ได้แก่ ระยะแรก พบได้จากปัจจัยเสี่ยง เช่น ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทในครอบครัว ระยะที่สอง ระยะก่อนมีอาการของโรคจิตเภท ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เช่น บกพร่องด้านความสนใจใส่ใจ บกพร่องด้านการเรียน มีอารมณ์เศร้า มีปัญหาการนอน วิตกกังวล แยกตัวจากสังคม ฉุนเฉียวง่าย ความคิดแปลกประหลาด และบกพร่องด้านการทำหน้าที่ ระยะที่สาม ระยะของการมีอาการทางจิตกำเริบ (Onset of psychosis) เป็นระยะของการมีอาการของโรคจิตเภทครั้งแรก (First episode schizophrenia) โดยระยะนี้ผู้ป่วยจะแสดงอาการทางจิตชัดเจน ได้แก่ อาการหูแว่ว ประสาทหลอน และระยะที่สี่เป็นระยะเรื้อรัง บกพร่องทางด้านสังคม การทำงาน และการทำหน้าที่ ซึ่งช่วงเวลาระหว่างการมีอาการทางจิตกำเริบและการเข้ารับการรักษาครั้งแรกอย่างเหมาะสม ในระยะเวลาที่สั้นที่สุด (Duration of untreated psychosis) มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยในการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นตัว⁵ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วการรักษาจะเน้นการรักษาด้วยยา โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทันทีหลังจากได้รับการวินิจฉัยจะมีโอกาสหายภายใน 2 ปีแรกประมาณร้อยละ 66 โดยอาการทางจิตจะหายไปภายใน 20 สัปดาห์ หลังจากได้รับการ

รักษาด้วยยา^{6,7} นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกหากได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะมีการตอบสนองดีเข้าสู่ระยะโรคสงบ (Remission) ตลอดช่วง 2 ปีถึงร้อยละ 68.75⁸

ในการเจ็บป่วยระยะแรกนี้ครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทย ครอบครัวถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทั้งการทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการดำรงชีวิตตามปกติ อีกทั้งยังลดความรู้สึกถูกตีตราในผู้ป่วยจิตเภท⁹ การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นรูปแบบการศึกษาที่สามารถอธิบายสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เพราะเป็นการศึกษาที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์นั้นได้อธิบายถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเองในลักษณะการให้ความหมายต่อประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเจาะลึกและครอบคลุม¹⁰

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วย

คำถามการวิจัย

ผู้ดูแลหลักมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของ Heidegger เก็บข้อมูลจากวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้



1) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชนครินทร์ โดยผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (First episode schizophrenia) ตามเกณฑ์ ICD-10 (F20-F29) โดยผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ไม่มีการทางจิตหลงเหลือที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ อยู่ในช่วงโรคสงบ (Remission) และไม่มีอาการกำเริบในช่วง 18 เดือนขึ้นไปภายหลังเข้ารับการรักษา

2) มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร หรือไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น สามี/ภรรยา เพื่อน ซึ่งเป็นผู้ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น เป็นเวลา 2 ปี ขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ จากการดูแล

3) สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย อ่านออก เขียนได้

4) มีความยินดีเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องบันทึกเสียง (Tape recorder) 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Face sheet) 3) แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) 4) แบบบันทึกการถอดเทป และ 5) แนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ เมื่อวันที่ 24 มกราคม 2562 IRB No. 002/2562 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ โดยคำนึงถึงจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ตามคุณสมบัติที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลหลัก แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะการสัมภาษณ์

รูปแบบคำถาม สอบถามความสมัครใจและเชิญเข้าร่วมการวิจัย

2) ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลักและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3) การรักษาความลับ โดยผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่จะเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลหลัก

4) ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

5) ขอความยินยอม และให้ผู้ให้ข้อมูลหลักลงลายมือชื่อในบันทึกให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น ขณะทำการสัมภาษณ์ใช้การบันทึกเสียง การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการจดบันทึกเป็นหลักฐานในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อได้ข้อมูลอิ่มตัว มีความหมายตรงกับประเด็นที่ศึกษาและไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติการวิจัยจาก คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์

2) เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือแจ้ง เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ที่เป็นสนามศึกษา

3) เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูล จึงประสานงานกับเจ้าหน้าที่คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ และเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำคลินิกเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก และการใช้สถานที่ในการสัมภาษณ์



4) ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยพิจารณาจากประวัติทางเวชระเบียนของผู้ป่วย และสอบถามจากพยาบาลประจำคลินิก (Gate keepers) เพื่อเชื่อมโยงไปสู่ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย

5) ผู้วิจัยทำการติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลัก ทำความรู้จัก สร้างสัมพันธภาพ แจกบัตรผู้ประสงค์การวิจัย ลักษณะการสัมภาษณ์ รูปแบบคำถาม สอบถามความสนใจ ก่อนเชิญเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ โดยขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหลัก

6) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลก่อน จากนั้นจึงขออนุญาตบันทึกเทปรหว่างการสัมภาษณ์ และเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเลือกใช้แนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Van Manen เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักร่วมกันวิเคราะห์ ซึ่งเรียกว่าวงเวียนการตีความ (Hermeneutic circle) เป็นวิธีที่มีการเก็บข้อมูลถูกดำเนินไปพร้อมกับการวิเคราะห์ข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว

ผลการวิจัยประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับป่วยซ้ำ คือการดูแลเอาใจใส่เพื่อไม่ให้กลับป่วยซ้ำ เกิดจากความรักใคร่ ห่วงใยและผูกพัน

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลหลักเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกที่มีระหว่างผู้ดูแลหลักต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นคนที่มีความสำคัญ มีคุณค่า มีความหมายต่อผู้ดูแลหลัก ด้วยความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่

ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามศักยภาพของผู้ดูแลหลัก โดยเรื่องราว สถานการณ์ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้สะท้อนความหมายและคุณค่าที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวเกิดความผูกพัน เกิดความอบอุ่นในครอบครัวมากขึ้น การดูแลเป็นการกระทำโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดูแลตนเองได้ปลอดภัย และไม่กลับมามีอาการป่วยซ้ำ

1. การทำหน้าที่ด้วยความรักและความห่วงใย

การรับบทบาทและทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทเป็นความรับผิดชอบ เป็นหน้าที่ของคนเป็นพ่อแม่ และเป็นครอบครัวเดียวกัน เกิดจากความผูกพันที่มีให้กัน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวว่า

“...เราก็ทำหน้าที่ของเราเท่าที่เรามี ฟังมีจะทำให้อุจได้...แม่ไม่ได้คิดอะไรมาก ทำตามหน้าที่ของตัวเอง...อย่างน้อยเวลกรรมก็คือว่าเขาก็เกิดมาเป็นลูกเค้าเราแล้ว จะทิ้งขว้างเขาก็ไม่ได้...” (ID5T1, ID5T2)

“...เพราะว่าความผูกพันมันมีให้กับลูกตั้งแต่เล็ก ๆ อะอะก็พ่อ ๆ ไม่ว่าจะคนเล็กคนโตครับ เพราะว่าจะผมจะต้องเดินหน้าตลอดออกหน้าตลอดเป็นผู้ปกครอง” (ID11T1)

“...เป็นพี่น้องก็ต้องไม่ทิ้งกัน ก็ต้องดูแลกัน แต่พูดถึงว่าก็ต้องดูแลไปตลอดก็ต้องดูแลกันไปจนตายจนตายจากกัน...” (ID6T1)

2. เกิดความผูกพัน รักใคร่ในครอบครัวมากขึ้น

การได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในช่วงที่เริ่มมีอาการผิดปกติ ช่วงที่อาการทางจิตกำเริบครั้งแรกและตัดสินใจเข้ารับการรักษา ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและต้องฟื้นฟูผู้ป่วยเพื่อให้สามารถกลับมาทำหน้าที่ และการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ดูแลหลักเอาใจใส่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม ใส่ใจ รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย รู้สึกห่วงใย ให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ทั้งยังรู้สึกผูกพันรัก



กันมากยิ่งขึ้น ซึ่งทำให้เกิดความอบอุ่นในครอบครัว

“...ก็เราคงเอาใจใส่เขามากขึ้น ฟังเขาด้วย ห่วงเขามากกว่า ให้ความสำคัญกับเขามาก...ที่สุดแบบทุ่มเทเลย อยู่กับเขาตลอด...รู้สึกผูกพันรักกันมากขึ้น (น้ำเสียงสั่นเครือ มีน้ำตาคลอเอ่อขึ้น สดุดมหายใจลึก ปลอ่ยลมหายใจใช้มือปาดน้ำตา) มันจะอบอุ่นและรู้สึกเหมือนเราสนิทกันมากขึ้น ช่วงนั้นอาจจะไม่ค่อยคุยกันจนลูกป่วย ลูกอะไร เรามีบทเรียนแล้วนะ ทำให้ครอบครัวมีความอบอุ่นขึ้น มีความสุขขึ้น เข้าใจกันขึ้น คุยกันมากขึ้น” (ID2T1)

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

1. การรับรู้ว่าผู้ป่วยผิดปกติ และแสวงหาการรักษา

ผู้ดูแลหลักรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากที่มีบุคคลนอกครอบครัวมาบอก และจากการสังเกตของตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว จนนำไปสู่การรักษาผู้ป่วย

1.1 การรับรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

“...เขาเริ่มมีอาการที่แบบว่า ทำไม่เสื้อผ้าไม่ถอดละลูก นาง (หนู) จะไปทำการบ้านบ้านเพื่อน เสื้อผ้าไม่ถอด สะพายกระเป๋าแล้วเดินออกไป เราก็เอ๊ะ! ลูกเราเป็นโรนะ ผิดสังเกต พอเริ่มวันใหม่ จำพ่อแม่ไม่ได้แล้ว ตรงกับเสาร์-อาทิตย์ เป็นอะไรลูกเรานี้ เริ่มกลัวพ่อกลัวแม่ จำไม่ได้ แล้ววิ่ง จะวิ่งอย่างเดียว จะไปอย่างเดียว จับก็ไม่อยู่ แกร่งก็เยอะ...” (ID2T1)

“...ครั้งแรกก็มีอาการ ครั้งแรกเขามีอาการเริ่มต้นก็ไป มันออกอาการแบบว่ามันหงุดหงิด พอโทรบอกให้ขับรถมารับพ่อที่ตัวอำเภอ เขาบอกว่าจำบ้าน (หัวเราะ) จำทางกลับบ้านไม่ถูก จะมีอาการ ขับรถก็ออกอาการ เราสังเกต พอพ่อกลับไปหา เวลาเขาจะขับรถ ไรท์ที่พอจะแข่งเขาก็ไม่แข่ง พอจะเลี้ยวได้เขาก็ไม่ไม่กล้าตัดสินใจ...แล้วก็มีหนูว่า ถึงญาติเขาที่เสียชีวิตไปแล้วมาพูดใส่หูเขา...” (ID3T1)

1.2 แสวงหาการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

การรักษาที่พาผู้ป่วยไปรับบริการตั้งแต่ระยะแรกประกอบด้วยการรักษาทางด้านไสยศาสตร์สิ่งเหนือธรรมชาติหรือตามความเชื่อทางศาสนา และการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการตรวจร่างกาย การเจาะเลือด การส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย

“ไสยศาสตร์ก็ส่วนหนึ่งนะ ก็คิดว่าเราไม่ลบหลู่ เพราะว่าเราก็วิ่งไปหาเขา คิดว่าเรื่องจิตใจมากกว่าลูกเรา ลูกเราเขาอ่อนไหวมั้งเลยเป็น คิดว่าไปในทางนี้...ตอนนั้นคิดว่าลูกคนอื่นเขาอาจจะเข้มแข็ง จิตใจเขาเข้มแข็งไม่เหมือนลูกเรา ลูกเราเขาอ่อนไหวมั้งเลยเป็น คิดไปในทางนี้” (ID2T1)

“...ตอนนั้นเข้าโรงพยาบาลชุมชนxxx อยู่ 9 วัน หมอก็แนะนำให้พามาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดเลยอยู่ 3 วัน ไปวันแรกก็เจาะไขสันหลัง แต่ก็ไม่มีพบอะไร เอ็กซเรย์ก็ไม่เจออะไร หมอก็ให้กลับบ้าน ไปรับยาแต่อาการก็ยังไม่ได้ดีขึ้นในทันที เลยเปลี่ยนมารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชฯ แทน...ก็สะดวกมาที่นี้แค่ครึ่งวันก็ได้กลับบ้านแล้ว...” (ID11T1)

2. การทำใจยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น

2.1 หลากหลายความทุกข์ทรมานเข้ามาในชีวิต

ผู้ดูแลหลักเกิดความทุกข์หรือความรู้สึกเชิงลบหลายประการระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ รู้สึกผิด เสียใจที่ทำให้ลูกป่วย เสียใจที่ลูกป่วยแล้วจำพ่อแม่ตนเองไม่ได้ ดูแลตนเองไม่ได้ กังวลเป็นห่วงอนาคตลูก ผิดหวังที่ต้องมาดูแลลูกป่วยแทนที่ลูกจะดูแลตนเอง รู้สึกเครียด นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย ท้องง่าย ฟุ้งซ่าน โดยเฉพาะช่วงที่ต้องดูแลลูกอย่างใกล้ชิดช่วงที่มีอาการเหนื่อยง่าย เหนื่อยใจที่ต้องทำมาหากินและดูแลลูกด้วยเหตุนี้ น้อยใจที่ผู้ป่วยถูกเรียก “บ้า”

“โอ! หนักเหมือนกันกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บางทีก็มีเหมือนกัน บางทีเราก็น้อยใจ อย่างว่านะ



ลูกเนาะ ก็มีความซื่อสัตย์บ้าง ไม่ได้ตั้งใจพอก็มีบ้าง แต่ มันก็ไม่มีประโยชน์อะไรพอคิดอย่างนั้น...บางทีก็คิดน้อยใจ บางทีก็...ลักษณะของลูกคนดี ๆ ต้องมาเป็นแบบนี้ (น้ำตาคลอ สายตาทอดต่ามองออกไปด้านข้าง กล้ากลืนในลำคอ) บางทีก็ทำใจได้ บางครั้งมันก็คิดสงสัยว่าถ้าเกิดเรามีอะไรไปจากเขาไป แล้วเขาจะอยู่ยังไง” (ID3T1)

“ผู้ป่วยจิตเวช บางคนเขาก็ดูไปเป็นโรคบ้า พอก็คิดหุดหู่ใจ น้อยใจ มีคนไปเรียกว่าลูกบ้าอะไร ประมาณนี้ ว่าผู้ป่วย ว่าบ้ามันไม่ใช่อย่างนี้ เป็นผู้ป่วยทางจิตเฉย ๆ มันก็มีโอกาสที่จะหาย” (ID11T1)

2.2 ทำใจให้ยอมรับ เพื่อตนเองและผู้ป่วย

“ไม่ได้คิดอะไรหอกคะหมอ คิดว่าเป็นเวร เป็นกรรมของเราหรือเปล่า คนเขาเป็นเยอะกว่าเราก็มียศรอบครวัก็ไม่ได้ซีเรียส ก็รักษาเธอไป เธอก็ทำงานได้อยู่ เธอไม่ได้เป็นภาระใคร แม้มันหอกคะหมอ แม็ก็สู้อย่างเดียว ให้เธอหายแบบนี้ ถึงเธอไม่หายก็ให้เธอ...แต่ว่าเธอก็รู้เรื่องคิดว่าตอนเก่าเยอะเลยหมอ เพราะว่าตอนนั้นแม่ร้องไห้ทุกวัน แรก ๆ พ่อเขาไม่ยอมรับ แต่ทุกวันนี้เขาก็ไม่ได้ว่าอะไร เขาก็ยอมรับไม่ยอมรับเหมือนว่าเธอป่วยไง อันนี้เขาอยู่นาน ๆ ไปเขายอมรับลูกเขาเอง ว่าลูกเราไม่สบายนะที่แรกเหมือนว่าลูกซี้เกียจ ทีนี้ก็ให้เรียนรู้เอา แกรู้แล้วแกก็เฉย ใช่ว่าได้ก็ตามเรื่อง ใช่ว่าได้ก็แล้วไป เมื่อก่อนก็ดุด่าอยู่ แต่คนป่วยก็ไม่ได้ซีเรียส แต่ทุกวันนี้แกเห็นลูกแกก็รู้แล้ว แกเห็นลูกเป็นแบบนี้เพราะว่ามันนานแล้วเนาะ” (ID10T1)

3. การดูแลฟื้นฟู และป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วย กลับป่วยซ้ำ

การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรกเพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ เป็นการทำกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้ป่วยในวิถีชีวิตประจำวัน รวมถึงแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและช่วยเหลือตนเองได้ ปลอดภัย และไม่กลับมามีอาการ

ป่วยซ้ำ เมื่อผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพดีแล้ว ผู้ดูแลหลักสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีงานทำเป็นของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจที่มีรายได้เป็นของตนเอง โดยการให้ผู้ป่วยได้กลับมาประกอบอาชีพ และมีรายได้เป็นของตนเอง

3.1 การกระทำที่ตอบสนองต่อความต้องการ ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้ป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลักมีการกระทำต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่ตอบสนองต่อความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ได้แก่

3.1.1) การดูแลความสะอาดของร่างกายและการขับถ่ายของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร ภายภาพบำบัด และการทำแผล

“...ทำทุกอย่าง เช็ดซี้เช็ดเยี่ยวตอนป่วยเดินไม่ได้ ไหนจะเป็นประจำเดือนเปลี่ยนให้ทุกอย่างเดินไม่ได้ เขาออกจากโรงพยาบาลแล้วยังเดินไม่ได้ ทำกายภาพมาล้างแผลกดทับอยู่ 3-4 เดือน ถึงจะหาย ไปเบิกของล้างแผลที่อนามัย...ไปซื้อเองบ้าง ไปเบิกบ้างอะไรอย่างนี้...ที่บ้าน เช็ดตัว สระผม ก็หัดสระผมคนเดียว ทำหมด ให้เขานอนที่แคร่หน้าบ้านแล้วก็เอากะละมังสระผมให้ทำทุกอย่างให้อาหารทางสายยางเข้าทางจมูกใช้ไหมคลุมหมอเขาสอนให้มาทำอาหารเหลวเองที่บ้าน...” (ID2T2)

3.1.2) ดูแลให้รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง

“อันนี้ แม่! เปื่อ! ไม่อยากกินยา แม็ก็ปะเหลาะ (กล่อม) กินเถะลูก แม่ขอร้อง แม็ก็จะทำเป็นตลก เธอก็จะหัวเราะ แล้วก็วางไว้พักนึ่งก็เดินไปกิน แม่เป็นคนจัด แต่แม่จะวางไว้ที่โต๊ะคอมฯ มาวางไว้แล้วแม็ก็จะคอยมองดูว่าจะกินหรือไม่กิน ถ้าไม่กำกับดูแลพ่อเขาก็จะบอกว่าxxx ลูกกินยาไหม แม็ก็จะมองอยู่พอก็คอยช่วยเตือน...” (ID10T1)

3.1.3) ผู้ดูแลหลักยังต้องคอยเฝ้าสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น การทำร้ายตัวเอง ประจำเดือนไม่มา อาการข้างเคียง



ของยา เช่น ลื่นแข็ง น้ำลายไหล ง่วงนอน ตัวสั่น เป็นต้น แล้วนำอาการผิดปกติปรึกษาแพทย์หรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อบริหารเปลี่ยนแนวทางการรักษาผู้ป่วย

“...แต่ก่อนวันนั้นพอเปลี่ยนยาปั๊บกินข้าวเข้าไปปั๊บก็น้ำลายไหล คือตัวเกร็ง เดินแข็งทื่อเลยก็เลยพามาปรึกษาอีกรอบ ทีนี้ก็เริ่มดีขึ้นมาเรื่อย ๆ...” (ID6T1)

3.1.4) เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการสงบลง ผู้ดูแลหลักจะให้การฝึกฝนผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง รับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ทำงานที่ไม่ซับซ้อน เพื่อกระตุ้นการทำงานของสมองผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีพในชีวิตประจำวันได้ รวมถึงเกิดความภาคภูมิใจในสิ่งที่ทำ โดยผู้ดูแลหลักและบุคคลใกล้ชิดมีหน้าที่กระตุ้น ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆ ในการทำกิจกรรม นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักยังดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยด้วย

“...หัดเขาเดิน หัดเขากิน เกือบทุกอย่างนะ คุณหมอ บางทีก็หัดเขาเรื่องงานบ้านนางลองล้างจานให้แม่ที่ เขาก็ไปยืนล้าง ล้างได้ทีละใบ เหนื่อยก็มานั่งพัก จานไม่กี่ใบใช้เวลาล้างนานมาก แต่ก็คอยดู ค่อย ๆ ให้ทำ ไม่เร่งเขา...หลัง ๆ เขาก็ทำหน้าที่ตัวเอง ทำความสะอาดตัวเอง แปรงฟันล้างหน้าอะไรอย่างนี้ก่อน ให้เขาช่วยเหลือตัวเองให้ได้ก่อน เริ่มทีละอย่าง มาช่วงหลังก็ทำงานบ้านได้ เลยปล่อยให้อยู่บ้านเอง ส่วนแม่ก็ออกไปทำไรช่วยพ่อ...” (ID2T1, ID2T2)

3.1.5) การสื่อสารที่ระมัดระวังความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วยมากขึ้น ได้แก่ การใช้คำพูดที่ไพเราะ ไม่ดูต่ำ ให้กำลังใจ และยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วย

“ไม่ต้องไปพูดประมาณว่าจ๋าจ๋าไซเหมือนเราไปกระตุ้นเขา พอพูดบ่อย ๆ คนเรานั้นก็เหมือนโมโห มาพูดอะไรบ่อย ๆ อะไรประมาณนี้ ก็คิดว่าเขาโมโหเรา พูดไปก็ไม่ต้องไปย่ำเขาเขาก็ทำ” (ID6T1)

3.1.6) คอยเตือนไม่ให้ดื่มเหล้า สูบบุหรี่หรือสารกระตุ้น

“...เหล้าบอกเด็ดขาดเลย ไม่เอา ส่วนบุหรี่เขาก็หยุดได้เป็นปี กินยาตั้มยาหญ้าดอกขาวรับมาจากโรงพยาบาลชุมชนxxx เอามาต้มกินกับน้ำร้อน กินตอนเช้า มันจะลดอาการอยาก...” (ID11T2)

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้ดูแลหลักกระทำโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดูแลตนเองได้ ปลอดภัย และไม่กลับมามีอาการซ้ำ

3.2 ให้ผู้ป่วยได้กลับมาประกอบอาชีพและมีรายได้เป็นของตนเอง

การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยช่วงแรกต้องค่อย ๆ ฝึกค่อย ๆ หัดทุกอย่าง แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูดีแล้วทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

“...ช่วงประมาณเกือบหลังปีใหม่แล้วลงมาทำงานด้วยกัน พอลงมาทำงานที่ระยองขับรถไปทำงานเหมือนคนปกติ ตอนนั้นก็ทำงานช่างประกอบครับ เป็นเครื่องจักรครับเหมือนพวกไฮดรอลิกหะครับ ก็คือไขน็อตประกอบน็อตปกติแต่ไม่ได้ยุ่งกับเครื่องจักร แต่เป็นประมาณไขน็อตประกอบชิ้นเล็ก ๆ เข้าไป” (ID6T1)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลหลักเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกที่มีระหว่างผู้ดูแลหลักต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ มีคุณค่า มีความหมายต่อผู้ดูแลหลัก ด้วยความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามศักยภาพของผู้ดูแลหลัก โดยเรื่องราวสถานการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้สะท้อนความหมายและคุณค่าที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย



ทำให้ครอบครัวเกิดความผูกพัน เกิดความอบอุ่นในครอบครัวมากขึ้น การดูแลเป็นการกระทำโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดูแลตนเองได้ ปลอดภัยและไม่กลับมามีอาการป่วย โดยผู้ดูแลหลักพยายามพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและความผูกพันใกล้ชิดในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง¹¹ สอดคล้องกับ McAuliffe, O'Connor, และ Meagher¹² กล่าวว่า ความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก คือการยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลหลักด้วยความรู้สึกรักและรับผิดชอบต่อผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

1. การรับรู้ผู้ป่วยผิดปกติและแสวงหาการรักษา

ผู้ดูแลหลักรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากที่มีบุคคลนอกครอบครัวบอก และจากการสังเกตของตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวจนนำไปสู่การรักษาผู้ป่วยแต่ด้วยอาการเจ็บป่วยของโรคและแนวทางในการวินิจฉัยรักษามีความซับซ้อน ใช้เวลาในการวินิจฉัยโรคนานและมีความเฉพาะทางสูง สถานบริการที่จะดูแลรักษาจึงมีน้อยเข้าถึงได้ยากมากกว่าโรคทั่วไป ยาที่รักษาก็ต้องมีการปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและมีอาการข้างเคียงมาก ทำให้ผู้ดูแลหลักต้องแสวงหาการรักษาและการดูแลอย่างเหมาะสมกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและความสะดวกในการเข้าถึงของผู้ดูแลหลัก การรับรู้การเจ็บป่วยเป็นคุณลักษณะสำคัญอย่างยิ่งของผู้ดูแลหลักที่ทำให้เกิดการแสวงหาทางรักษาผู้ป่วย¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamker⁴ กล่าวว่า จะเข้ารับการรักษามากตามความเชื่อหรือพบแพทย์แผนปัจจุบัน หรือหลายวิธีร่วมกันเพราะหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น ซึ่งการเข้ารับการรักษาที่ล่าช้ามีสาเหตุเนื่องมาจากไม่เข้าใจธรรมชาติของโรคจิตเภท ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่มีผู้สนับสนุนขาดแรงจูงใจ หรือกลัวการตีตรา รังเกียจเสียคนซึ่งส่งผลต่อการพยากรณ์โรคหรือผลลัพธ์ในการรักษาที่ไม่ดี ในทำนองเดียวกัน Tharoor และ Ganesh¹⁴ กล่าวว่า จากคุณลักษณะของการเจ็บป่วยทางจิต ยังมี

ความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งเหนือธรรมชาติ (Supernatural) เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย เช่น อนุทวีปในอินเดีย (Indian sub-continent) ที่ยังมีความเชื่อเกี่ยวกับไสยศาสตร์ (Magico-religious) และผู้ดูแลตอบสนองอาการทางจิตในระดับสูง ดังนั้นครอบครัวจึงแสวงหาทางช่วยเหลือตามวิธีการความเชื่อทางศาสนาในการรักษาโรค (Faith healers) เป็นอันดับแรก หลังจากนั้นจึงพิจารณาเข้ารับการรักษาทางจิต

2. การทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น

ผู้ดูแลหลักเกิดความทุกข์หรือความคิด ความรู้สึกเชิงลบหลายประการระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ รู้สึกผิด เสียใจที่ทำให้ลูกป่วย เสียใจที่ลูกป่วยแล้วจำพ่อแม่ตนเองไม่ได้ ดูแลตนเองไม่ได้ กังวลเป็นห่วงอนาคตลูกผิดหวังที่ต้องมาดูแลลูกป่วยแทนที่ลูกจะดูแลตนเอง รู้สึกเครียด นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย ท้อง่าย พึงชัน โดยเฉพาะช่วงที่ต้องดูแลลูกอย่างใกล้ชิดช่วงที่มีอาการเหนื่อยกาย เหนื่อยใจที่ต้องทำมาหากินและดูแลลูกด้วยเหตุนี้ น้อยใจที่ผู้ป่วยถูกเรียก “บ้า” เป็นต้น หลายสิ่งที่คุณดูแลหลักต้องเผชิญทั้งสังคม สิ่งแวดล้อม และความรู้สึกภายในของตนเอง

การดูแลเป็นการรับรู้ประสบการณ์เศร้าเพราะเป็นการสะท้อนการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแลหลักและผู้ได้รับการดูแล พ่อแม่พี่น้องที่มีลูกหรือพี่น้องที่มีอาการทางจิตมักจะรู้สึกอับอายและมีตราบ ความรู้สึกตราบในครอบครัวจะอยู่ในระดับต่ำถ้าผู้ป่วยยังสามารถถูกกระตุ้นให้ไปทำงานได้ ครอบครัวได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษา การได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และการพูดคุยกับนักบวช พระ หรือบุคคลที่ตนเองเคารพบูชาจะทำให้ความรู้สึกนี้ลดลง ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เผชิญกับการเป็นตราบโดยเปิดเผยในเรื่องความเจ็บป่วยของลูกหรือบุคคลในครอบครัว แต่ก็ยังมีส่วนที่ยังเก็บไว้เป็นความลับเพราะกลัวจะถูกตีตราจากสังคม^{7,15} การปรับความคิดของผู้ดูแลหลักเองด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลหลักมีจิตใจที่สงบขึ้น ทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตและดูแลผู้ป่วยต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Sriyoha



และ Dangdomyouth¹⁶ กล่าวว่า สิ่งที่ได้จากการดูแลมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักก่อนการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ดูแลหลักทราบถึงบุคลิก ลักษณะนิสัย ความคิดพื้นฐาน ความต้องการของผู้ป่วยซึ่งผู้ดูแลหลักรู้ลักษณะนิสัยใจคอของผู้ป่วยเป็นอย่างดีจึงวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม

3. การดูแลฟื้นฟูและป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือการกระทำหรือกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยในวิถีชีวิตประจำวัน รวมถึงแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและช่วยเหลือตนเองได้ ปลอดภัย และไม่กลับมามีอาการป่วยซ้ำ โดยกระทำด้วยความรู้สึกห่วงใยและผูกพันกับผู้ป่วยซึ่งเป็นลูกหรือญาติพี่น้องร่วมสายเลือดที่เจ็บป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทผ่านวิกฤตการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้ สามารถดำรงชีพได้ ทำให้เกิดความผูกพัน รักใคร่ในครอบครัวมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang และ Horrocks¹⁷ กล่าวว่า ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การดูแลสุขภาพ รับประทานอาหารส่วนบุคคล การทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ และการรับประทานยาด้วยตนเอง ซึ่งผู้ดูแลจะทำหน้าที่ติดตามกำกับและสอดส่องดูแลพฤติกรรมในการรับประทานยาของผู้ป่วยในบางโอกาส สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเอง และฝึกทักษะทางสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าของการมีอยู่ (Being-in-the-world)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่าในช่วงแรกเมื่อรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ผู้ดูแลหลักยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท จึงแสวงหาความเชื่อที่หลากหลายในการดูแลทั้งวิธีการด้านไสยศาสตร์และตามความเชื่อทางศาสนา ทำให้ช่วงระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาเนิ่นนานออกไป (Duration of untreated psychosis)

ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและการดูแลให้กับผู้ดูแลหลักกลุ่มนี้มากขึ้น รวมถึงการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลหลักคงไว้ซึ่งศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

2. จากการศึกษาพบว่าการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักทั้งความเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือวิตกกังวล ดังนั้นผู้ดูแลหลักควรได้รับการประเมิน การให้คำปรึกษาในการจัดการปัญหาตามความเหมาะสมหรือมีการพัฒนากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำหลังการวินิจฉัยครั้งแรก (Caregiver support group) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันและสนับสนุนทางด้านจิตใจ สังคมของผู้ดูแลหลักต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

การศึกษาวินิจฉัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำหลังการวินิจฉัยครั้งแรก ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มเติมดังนี้

1. ควรมีการศึกษาผลกระทบที่เกิดต่อผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

2. ควรมีการพัฒนา กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ (Caregivers support group) กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (First episode schizophrenia) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ สนับสนุนด้านจิตใจ สังคมซึ่งกันและกันต่อไป

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำภายหลังได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย และขอขอบคุณผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในการทำวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน



References

1. Janicak PG, Marder SR, Tandon R, Goldman M. Schizophrenia: Recent Advances in Diagnosis and Treatment. 7th ed. New York: Springer New York; 2014.
2. World Health Organization. Medical centre: Schizophrenia [Internet]. 2018 [cited 2018 May 6]. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
4. Khamker N. First episode schizophrenia. South African Family Practice 2015; 57(5): 29-33.
5. Gardner KN, Nasrallah HA. Managing first-episode psychosis: an early stage of schizophrenia with distinct treatment needs: minimize duration of untreated psychosis; aim for remission. Current Psychiatry 2015; 14(5): 32-41.
6. Malla A, Norman R, Schmitz N, Manchanda R, Bechard-Evans L, Takhar J, et al. Predictors of rate and time to remission in first-episode psychosis: a two-year outcome study. Psychological Medicine 2006; 36(5): 649-58.
7. Napa W, Tungpunkom P, Sethabouppha H, Klunklin A, Fernandez R. A grounded theory study of Thai family caregiving process for relatives with first episode psychosis. Pacific Rim International Journal of Nursing Research 2017; 21(2): 158-70. (in Thai)
8. Ali A, Carre A, Orri M, Urbach M, Barry C, Hassler C, et al. The real-life effectiveness of psychosocial therapies on social autonomy in schizophrenia patients: Results from a nationwide cohort study in France. Psychiatry Research 2017; 247: 97-104.
9. Ketchai S, Sitthimongkol Y, Vongsirimas N, Petrasuwan S. Predictors of depressive symptoms in individual with first-episode schizophrenia. Nursing Science Journal of Thailand 2012; 30(4): 90-101. (in Thai)
10. Aumtanee A. Qualitative research in Nursing. Bangkok: Chulalongkorn University Printery; 2016.
11. Imkome EU, Waraassawapati K. Perspectives and experiences of primary caregivers of individuals with schizophrenia in Thailand. Issues in Mental Health Nursing 2018; 39(10): 858-64. doi.org/10.1080/01612840.2018.1488312.
12. McAuliffe R, O'Connor L, Meagher D. Parents' experience of living with and caring for an adult son or daughter with schizophrenia at home in Ireland: a qualitative study. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2014; 21(2): 145-53.
13. Gloria O, Osafo J, Goldmann E, Parikh NS, Nonvignon J, Kretchy IMA. The experiences of providing caregiving for patients with schizophrenia in the Ghanaian context. Archives of Psychiatric Nursing 2018; 32(6): 815-22.
14. Tharoor H, Ganesh A. Symptoms at onset in first episode schizophrenia: caregivers perspectives. Indian Journal of Psychological Medicine 2015; 37(4): 399-402.
15. McCann TV, Lubman DI, Clark E. First-time primary caregivers' experience of caring for young adults with first-episode



- psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 2011; 37(2): 381-8.
16. Sriyoha N, Dangdomyouth P. Caring Experiences of Spouses of Persons with Schizophrenia. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2020; 31(1): 129-42. (in Thai)
17. Chang KH, Horrocks S. Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *Journal of Advanced Nursing*. 2006; 53(4): 435-43.