

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัว เกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า : การศึกษาเชิงคุณภาพ

วันรับ : 10 ตุลาคม 2565
วันแก้ไข : 26 กุมภาพันธ์ 2566
วันตอบรับ : 3 มีนาคม 2566

อธิชญา สุขธรรมรัตน์, ศศ.ม.,
ณัฐสุดา เต็มพันธ์, ป.ร.ด.
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสบการณ์ทางจิตใจและมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการรับมือกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างให้การสนับสนุนดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า

วิธีการ : การศึกษาเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว 6 คน ซึ่งเคยมีประสบการณ์ในการดูแลหรือกำลังให้การดูแลวัยรุ่นอายุ 13 - 19 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวในการสนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า ลักษณะแนวทางในการดูแลรับมือ มุมมอง ความคิด และอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแล การปรับตัว และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง

ผล : พบประเด็นสำคัญ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การมีทรัพยากรที่เพียงพอต่อการสนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแล 3) แนวทางการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล และ 4) การตกผลึกทางความคิดจากประสบการณ์ในการดูแล

สรุป : ผลการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่กำลังเผชิญกับอุปสรรคปัญหาในการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า ตลอดจนเป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองและให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาทางจิตใจ

คำสำคัญ : วัยรุ่น, โรคซึมเศร้า, ผู้ดูแลในครอบครัว, การศึกษาเชิงคุณภาพ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : อธิชญา สุขธรรมรัตน์; e-mail: athichya@gmail.com

Original articles

Experiences and perspectives of family caregivers in supporting and caring for adolescents with depressive disorder: a qualitative study

Received : 10 October 2022

Revised : 26 February 2023

Accepted : 3 March 2023

Athichaya Sukthammarat, M.A.,

Nattasuda Taephant, Ph.D.

Faculty of Psychology, Chulalongkorn University

Abstract

Objective: To study family caregivers' experiences and perspectives in supporting and coping with problems during caregiving for adolescents with depressive disorder.

Methods: The interpretative phenomenological analysis was conducted among six family caregivers who previously or currently cared for adolescents (13 - 19 years) with major depressive disorder. Semi-structured, in-depth interviews were used to explore experiences in supporting and caring for adolescents with depressive disorder, including approaches to caregiving, perspectives, emotions that emerged during caregiving, adjustment, resilience, and self-reflection from the experiences.

Results: Four themes were found: 1) the sufficient resources in supporting and caring for adolescents with depressive disorder, 2) the caregivers' mentality and emotional changes during caregiving, 3) the approaches to adjustment in caregivers, and 4) the crystallization of thoughts from caregiving experiences.

Conclusion: Findings could be beneficial for individuals who are encountering challenges in taking care of adolescents with depression and who are involved in mental health services, leading to a better understanding of caregivers' roles, self-development processes, and support for family members with mental health issues.

Keywords: adolescents, depressive disorder, family caregiver, qualitative study

Corresponding author: Athichaya Sukthammarat; e-mail: athichya@gmail.com

ความรู้เดิม : การศึกษาในผู้ดูแลในครอบครัวของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นศึกษาในบริบทของการสนับสนุนจากครอบครัวที่มีส่วนช่วยให้อาการของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าดีขึ้น

ความรู้ใหม่ : ผลกระทบทางจิตใจและแนวทางในการปรับตัวเพื่อรับมือกับปัญหาของผู้ดูแล อันเกิดจากความไม่พร้อมทางทรัพยากรของครอบครัว ซึ่งการทำความเข้าใจและยอมรับว่าวัยรุ่นต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับมุมมองความคิดและวิธีการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตสามารถนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลในครอบครัวที่มารับบริการเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง มีแนวทางในการรับมือกับปัญหา และจัดการกับผลกระทบทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้อย่างแพร่หลาย ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ จนนำไปสู่ความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย¹ ประเมินการว่าปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยราว 1.35 ล้านคน² สถานการณ์ในกลุ่มวัยรุ่นพบว่า นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในประเทศไทยเสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 17.5 และมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 20.5³ โดยมีนักเรียนที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ร้อยละ 1.6⁴ สถิติการให้บริการของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ปี พ.ศ. 2565 พบว่า วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปีที่ขอเข้ารับบริการโดยไม่มีผู้ปกครองมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 1.53 เท่า และพบวัยรุ่นที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้นถึง 2.67 เท่า โดยผู้ป่วยวัยรุ่นที่มารับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 70^{2,5} แสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นใน

ไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ยังมีประชากรในกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิต⁶ ส่งผลทำให้ไม่ได้รับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจอย่างเหมาะสม

โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นอาจเป็นผลมาจากปัจจัยทางด้านจิตพลวัตที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งภายในจิตใจได้สำนึกอันสืบเนื่องมาจากประสบการณ์ในอดีตหรือความยากลำบากในวัยเด็ก เช่น การสูญเสียบุคคลสำคัญ การสูญเสียความเป็นตัวตน ความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตนเอง ปัจจัยทางด้านความคิดที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลมีมุมมองต่อตนเองและสิ่งต่าง ๆ ในเชิงลบ ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความผิดหวังและความล้มเหลวในชีวิต และปัจจัยทางจิตสังคมที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ความเครียด ความกังวล ความขัดแย้ง ความรู้สึกไม่มั่นคงจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมถึงปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการปรับตัวทางสังคม^{7,8} โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมเสี่ยงและอาการทางร่างกายอย่างต่อเนื่อง จนส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ความสามารถในการปรับตัว และการปฏิบัติหน้าที่ของวัยรุ่น เช่น ปัญหาการเรียน ปัญหาสัมพันธภาพ และการใช้สารเสพติด⁷ การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่า วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงเกิดปัญหาสุขภาพจิตอาจมีความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว มีความวิตกกังวล มีปัญหานอนไม่หลับบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ เคยมีความคิดจริงจังในการพยายามฆ่าตัวตาย เคยวางแผนฆ่าตัวตาย และเคยพยายามฆ่าตัวตาย⁹

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มที่¹⁰ และยังต้องการความช่วยเหลือในการรับมือกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในชีวิต^{11,12} การทำความเข้าใจถึงอุปสรรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวระหว่างการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าจะช่วยให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าและเป็นแนวทางในการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวที่กำลัง

ประสบปัญหาระหว่างให้การสนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า การทบทวนวรรณกรรมพบว่า อุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า เกิดจากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าไม่มากพอ¹³ การต้องรับมือกับภาวะอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ ของวัยรุ่นที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าโดยขาดความรู้ความเข้าใจในวิธีปฏิบัติตัวหรือให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบทางจิตใจในแง่อารมณ์ความรู้สึกทางลบ¹⁴ นอกจากนี้ทัศนคติทางลบต่อโรคซึมเศร้า และผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชก็เป็นอุปสรรคที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวเช่นกัน หากผู้ดูแลในครอบครัวมีการรับรู้ทราบและเกิดความรู้สึกเป็นภาระ (burden) ต่อโรคทางจิตเวช อาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการแสดงออกต่อวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าในลักษณะที่ไม่ยอมรับ และไม่สามารถรับมือกับอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม รวมถึงอาการของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม¹⁵ การศึกษาของ Ahlström และคณะ¹⁴ พบว่าการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหมือนตนเองถูกบังคับให้สูญเสียการควบคุมและพลังงาน รวมถึงความสามารถในการจัดการชีวิตประจำวันของตนเองก็ลดลงเนื่องจากความไม่แน่นอนและอารมณ์ที่ไม่มั่นคงของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อบรรยากาศในครอบครัว จนส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว เพราะต้องคอยเป็นห่วงถึงความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวไปพร้อมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง การศึกษาของ Yamashita และคณะ¹⁶ พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่งผลทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเผชิญกับความเครียดจากภาระทางอารมณ์และภาระทางสังคม อันเนื่องมาจากสถานการณ์ในชีวิตไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ซึ่งการหาข้อมูลและการพูดคุยกับเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายกันมีส่วนช่วยทำให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับความเครียดและความขัดแย้งได้ดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของสุประวีณ์ ทองชิต และอุมาพร ตรังคสมบัติ¹⁷ พบว่าความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลของเด็กวัยรุ่นที่มีปัญหา

ทางจิตเวชมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของผู้ปกครอง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทยที่ครอบคลุมถึง มุมมอง ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล รวมถึงลักษณะการรับมือ แนวทางในการปรับตัว ตลอดจนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวจากการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร่ายังมีจำกัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทำความเข้าใจถึงประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการรับมือกับอุปสรรคปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า

วิธีการ

การศึกษาเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (interpretative phenomenological analysis: IPA) เป็นการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ส่วนบุคคลและการให้ความหมายต่อประสบการณ์ผ่านทัศนะของผู้ให้ข้อมูลมุ่งสำรวจและทำความเข้าใจปรากฏการณ์ เหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่มีความหมายอย่างไรต่อตัวผู้ให้ประสบการณ์นั้น¹⁸ และวิเคราะห์ข้อมูลผ่านการตีความโดยผู้วิจัยด้วยการสังเกตความเชื่อมโยงของประเด็นสำคัญต่าง ๆ ที่พบได้จากมุมมองการรับรู้ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 051/2565 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2565

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ดูแลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับวัยรุ่นอายุ 13 - 19 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V)¹⁹ มีประสบการณ์หรือกำลังให้การดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ เช่น ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ การรักษา และการปรับตัว อย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือน และไม่อยู่ในระหว่างการรักษาทางจิตเวช เลือกรับตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่ม

แบบเจาะจง (purposive sampling) ผ่านการประชาสัมพันธ์งานวิจัยทางสื่อออนไลน์ส่วนบุคคล การสอบถามจากบุคคลที่สามารถแนะนำให้ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก และการค้นหาผู้ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ Twitter ที่เปิดเผยประสบการณ์ส่วนตัวในการพาวัยรุ่นในครอบครัวไปพบจิตแพทย์ โดยเปิดให้ผู้อื่นเข้าถึงข้อมูลของตนเองได้ในพื้นที่สาธารณะ

เครื่องมือ

1. แนวคำถามสัมภาษณ์หลัก จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะกึ่งโครงสร้าง เป็นคำถามแบบปลายเปิดไว้สำหรับยืดหยุ่นตามการสนทนา เน้นการพูดคุยอย่างต่อเนื่องโดยตอบทีละคำถาม เพื่อให้ครอบคลุมเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการศึกษา แนวคำถามผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญการวิจัยด้านสุขภาพจิต 2 คน และนักจิตวิทยาคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญด้านการประเมินสุขภาพจิต 1 คน แล้วนำแนวคำถามสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลก่อนใช้สัมภาษณ์จริง ตัวอย่างคำถาม เช่น *ตอนที่ได้รู้ว่าวัยรุ่นในครอบครัวของคุณเป็นโรคซึมเศร้า คุณรู้สึกอย่างไร? คุณมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่วัยรุ่นในครอบครัวเป็นอยู่อย่างไรบ้าง? คุณได้รับผลกระทบจากการดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่มีสภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมหรืออาการของโรคซึมเศร้าอย่างไรบ้าง และคุณมีการรับมืออย่างไร? คุณได้มองหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่นหรือไม่ ถ้ามี สิ่งนั้นมีส่วนช่วยให้คุณอย่างไร? จากประสบการณ์ชีวิตของคุณที่เคยดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า คุณได้รู้หรือพบข้อคิดอะไรที่สำคัญกับคุณบ้าง?*

2. โปรแกรม Zoom meeting เพื่อบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ ซึ่งมีการขอความยินยอมผู้ให้ข้อมูลก่อนการบันทึกเสียงทุกครั้ง รวมถึงอธิบายขั้นตอนการเก็บรักษาความลับของข้อมูลและชี้แจงถึงสิทธิและความปลอดภัยของการให้ข้อมูล

การเก็บข้อมูล

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (individual in-depth interview) ใช้เวลาสัมภาษณ์ครั้งละ 60 - 120 นาที เลือกวันและเวลาสัมภาษณ์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ดำเนินการโดยผู้สัมภาษณ์ 1 คนที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นทางด้านสุขภาพจิต ก่อนสัมภาษณ์มีการชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ^{18,20} โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ถอดเทปบันทึกเสียงสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) โดยพิมพ์ออกมาเป็นบทสนทนา (transcript) แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการฟังเทปการสัมภาษณ์ซ้ำจนบันทึกข้อมูลได้ถูกต้องและครบถ้วน 2) อ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัด เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยการบันทึกประเด็นสำคัญ (comments) โดยมีแนวทางการบันทึก ได้แก่ การบันทึกเชิงบรรยาย (descriptive comments) ที่สะท้อนความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล การบันทึกเชิงแนวคิด (conceptual comments) จากเนื้อหาและความหมายที่ไม่ปรากฏชัดผ่านการตีความของผู้วิจัย และการบันทึกด้านภาษา (linguistic comments) เช่น การใช้สรรพนาม การกล่าวซ้ำ การหัวเราะ และการเปลี่ยนโทนเสียง 3) แลบบันทึกประเด็นสำคัญเป็นใจความสำคัญ (theme) ที่กระชับและสะท้อนถึงแก่นความหมายของข้อมูล 4) จัดระบบความหมายที่เกี่ยวข้องกันไว้ในหมวดหมู่เดียวกัน โดยแต่ละหมวดหมู่มีใจความสำคัญหลัก (super-ordinate theme) และใจความสำคัญรอง (sub-ordinate theme) โดยอาจมีการตัดใจความสำคัญที่ไม่เกี่ยวข้องกับใจความสำคัญอื่น ๆ หรือไม่เกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัยออก 5) เมื่อจัดกระทำข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสำเร็จจึงนำข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลรายอื่นมาวิเคราะห์ตามขั้นตอนดังกล่าวต่อไปเรื่อย ๆ และนำหมวดหมู่

ใจความสำคัญทั้งหมดมาวิเคราะห์ร่วมกัน จนสามารถอธิบายสรุปเป็นใจความสำคัญหลักของประสบการณ์นั้นได้

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) อิงหลักเกณฑ์ของ Smith^{18,20} ประกอบด้วย 1) การกำหนดขอบเขตของการวิจัยให้ชัดเจน โดยการศึกษาเน้นการศึกษาและอภิปรายผลเกี่ยวกับประสบการณ์ทางจิตใจและมุมมองเชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อการดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า 2) การมีข้อมูลวิจัยที่มีคุณภาพ อันได้มาจากการเก็บข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อแสดงถึงทัศนะของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า 3) การมีหลักฐานสนับสนุนโดยระบุว่าใจความสำคัญต่าง ๆ มาจากผู้ให้ข้อมูลคนใดบ้าง เพื่อให้เห็นถึงความแพร่หลายของใจความสำคัญนั้น และนำเสนอคำสัมภาษณ์ที่แสดงถึงความเหมือนและความต่างในแต่ละใจความสำคัญ 4) การนำเสนอคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลในเชิงลึก ด้วยการให้พื้นที่ในการอธิบายถึงรายละเอียดของแต่ละใจความสำคัญรองที่อยู่ภายใต้ใจความสำคัญหลักอย่างเพียงพอ 5) การตีความข้อมูล 2 ชั้น ด้วยการตีความคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ตามความเข้าใจของผู้วิจัยและนำเสนอความหมายที่เป็นไปได้ โดยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือร่วมกันระหว่างผู้ร่วมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับสาระสำคัญที่มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนในระดับที่ลึกซึ้ง และ 6) การสังเคราะห์และนำเสนอความเหมือนและความต่างของข้อมูลในแต่ละใจความสำคัญ เพื่ออธิบายว่าประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่สะท้อนใจความสำคัญเดียวกันนั้นมีแง่มุมเฉพาะที่แตกต่างกันอยู่

ผล

จากผู้ให้ข้อมูลที่เข้าถึงได้ทั้งหมด 8 คน มีผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์คัดเข้า 6 คน อายุ 49 - 58 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและทำงานประจำ ทุกคนเป็นแม่ของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยดังแสดงในตารางที่ 1

ประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าแบ่งเป็นประเด็นสำคัญ 4 ประเด็น ได้แก่

1. การมีทรัพยากรที่เพียงพอต่อการสนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า

การมีทรัพยากรที่เพียงพอต่อการสนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งแต่ละคนอาจมีความพร้อมทางด้านทรัพยากรมากน้อยแตกต่างกัน อันเป็นผลมาจากสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว ปัจจัยด้านทางเศรษฐกิจ รวมถึงปัจจัยทางด้านสังคมที่ส่งผลไปถึงทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อที่บุคคลได้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ส่วนตัว จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการสนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมเพียงพอขึ้นอยู่กับ

1.1 การมีเวลาคุณภาพร่วมกัน (quality time)

การที่ผู้ดูแลจัดสรรเวลาของตนเองมาให้การดูแลเอาใจใส่ชีวิตความเป็นอยู่ของวัยรุ่นโรคซึมเศร้าได้มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงเรื่องราวที่เป็นปัญหาและเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของวัยรุ่น พบความแตกต่างระหว่างช่วงที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมมีเวลาคุณภาพให้กับวัยรุ่นในครอบครัวกับช่วงที่ผู้ดูแลไม่สามารถมีเวลาคุณภาพให้กับวัยรุ่นได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากต้องแบ่งเวลาไปให้กับการทำหน้าที่อื่น ๆ จนก่อให้เกิดความรู้สึกห่างเหินกันในครอบครัว แต่หลังจากผู้ให้ข้อมูลเริ่มมีเวลาคุณภาพให้กับวัยรุ่นโดยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์เวลาที่วัยรุ่นเผชิญกับปัญหา พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับวัยรุ่นพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น

“มันเหมือนที่ผ่านมา แม้ไม่ได้ให้เวลากับเขาเต็มที่อะ แม่อยู่กับเขา ดูแลเขาก็จริง แต่ก็ทำให้เขารู้สึกว่าเขาอยู่คนเดียว เขาอาจจะรู้สึกว่ายาว เขาตัวคนเดียว แต่ตอนเนี่ยมันกลายเป็นว่า พออยู่หลายคน มันก็เหมือนมีการพูดคุยกับคนอื่นบ้าง หรือได้กินข้าวร่วมกัน ได้มีการถาม หรือบางทีก็มีเพื่อน แม่ แวะเอาของมาให้เขากิน มันเหมือนได้เจอคนอื่นบ้าง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีต่อการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า

ผู้ให้ข้อมูล	อายุ	สถานภาพ	อาชีพ	ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
1	56	สมรส	แม่บ้าน	มีลูก 2 คน ลูกสาวคนเล็กเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่อายุ 19 ปี ตัดสินใจย้ายมาอยู่ดูแลลูกที่หอพักใกล้มหาวิทยาลัย โดยให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมา 7 - 8 ปี จนลูกเรียนจบ ครอบครัวมีความพร้อมทางการเงินและเวลา สามารถให้การสนับสนุนได้อย่างเต็มที่ ให้การดูแลลูกที่เป็นโรคซึมเศร้ามาไม่น้อยกว่า 8 ปี
2	53	สมรส	ธุรกิจส่วนตัว	มีลูก 2 คน ลูกสาวคนเล็กเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่อายุ 15 ปี ปกติแล้วครอบครัวเลี้ยงดูอย่างใกล้ชิด ครอบครัวมีความพร้อมทางการเงิน ให้ความช่วยเหลือดูแลทุกอย่าง เริ่มเกิดปัญหาช่วงที่ลูกย้ายโรงเรียน มีความกดดันเรื่องการเรียนและการปรับตัวให้การดูแลลูกที่เป็นโรคซึมเศร้ามาไม่น้อยกว่า 2 ปี
3	53	สมรส	รับราชการ	มีลูก 2 คน ลูกสาวคนเล็กเป็นโรคซึมเศร้าตั้งแต่อายุ 16 ปี ได้รู้หลังจากลูกให้น้ำสาวเป็นคนพาไปพบจิตแพทย์มาแล้ว 2 ครั้ง ส่วนตัวเชื่อว่าลูกเกิดความเครียดเพราะมีปัญหาเรื่องเรียนกับครูที่โรงเรียนมากกว่า ให้การดูแลลูกที่เป็นโรคซึมเศร้ามาไม่น้อยกว่า 3 ปี
4	58	แม่เลี้ยงเดี่ยว	รับราชการ	มีลูก 3 คน หย่ากับสามีตั้งแต่ลูกยังเด็ก ลูกสาวคนเล็กมีปัญหาการเรียนรู้อ่อนตั้งแต่ตั้งแต่อายุ 8 ปี จนต้องพาไปรักษาเพราะลูกไม่สามารถเรียนและปรับตัวเข้ากับการศึกษาในระบบได้ พบว่าลูกเป็นโรคซึมเศร้าช่วงอายุประมาณ 16 - 17 ปี ได้รับผลกระทบมากเนื่องจากสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ให้การดูแลลูกที่เป็นโรคซึมเศร้ามาไม่น้อยกว่า 10 ปี
5	49	แม่เลี้ยงเดี่ยว	พนักงานบริษัท	มีลูกสาวคนเดียว ตนเองทำงานหาเงินมาเลี้ยงดูครอบครัวตั้งแต่ลูกยังเด็ก ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาดูแลเอาใจใส่ทางด้านอารมณ์กับลูก พบว่าลูกเป็นโรคซึมเศร้าตอนอายุ 19 ปี ระหว่างดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ที่ป่วยในช่วง COVID-19 ไปด้วย หลังจากพ่อแม่เสียชีวิตพยายามมีเวลาให้กับลูกมากขึ้น ให้การดูแลลูกที่เป็นโรคซึมเศร้ามาไม่น้อยกว่า 4 ปี
6	56	สมรส	รับราชการ	มีลูก 2 คน ปกติครอบครัวจะแบ่งหน้าที่ในการเลี้ยงดู โดยสามีเป็นคนให้การสนับสนุนดูแลด้านชีวิตความเป็นอยู่ของลูก ส่วนตนเองรับผิดชอบเรื่องการงานหาเงินเป็นหลัก แต่หลังจากพบว่าลูกสาวคนเล็กเป็นโรคซึมเศร้าเมื่ออายุ 13 ปี ก็เปลี่ยนมาให้การสนับสนุนดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ให้การดูแลลูกที่เป็นโรคซึมเศร้ามาไม่น้อยกว่า 2 ปี

เริ่มมีสิ่งคั่งค้างนิดหน่อย ไม่ใช่วัน ๆ นั่งอยู่คนเดียว แล้วก็ คิดคนเดียวอย่างเนี่ยค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

1.2 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสถานะการเงินของครอบครัว (economic and financial factors) ถือเป็นทรัพยากรสำคัญสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความพร้อมทางการเงินอาจได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากการแบกรับ

ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้กับวัยรุ่นน้อยกว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่มีปัญหาหรือความกังวลในเรื่องรายได้ เนื่องจากไม่ต้องคำนึงถึงสถานะทางการเงินของครอบครัวและยังสามารถจัดสรรเวลาคุณภาพร่วมกับวัยรุ่นได้มากขึ้น

“คนที่ป่วยเป็นแบบนี้จะค่ะ ต้องใช้ระยะเวลา มันไม่เหมือนป่วยร่างกายที่แบบว่า โอเคผ่าตัดได้ หรือ

การตรวจสอบมันง่ายว่าเป็นตรงไหน ผู้ป่วยแบบนี้คือตรวจสอบยาก เพราะฉะนั้นมันอาจต้องใช้เวลา แล้วก็กำลังทรัพย์ อันนี้เป็นสิ่งที่แม่คิดว่าในบางสถานการณ์ของครอบครัวบางครอบครัวจะลำบาก เพราะว่าเรื่องนี้มันยังไม่ได้มีการ support อย่างบางโรคอะนะคะ ในมุมมองแม่นะ เพราะค่าใช้จ่ายเยอะ ถ้าที่เคยพาไปคลินิกเอกชน ครั้งละ 5,000 - 6,000 บาทนะคะ แต่ที่พาไปปัจจุบันเป็นคลินิกพิเศษของโรงพยาบาลรัฐ ก็ 3,000 - 4,000 บาทคะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ตอนนั้นเสียเงินค่าที่พักที่นอนโรงพยาบาลประมาณหมื่น แม่ต้องหาเงินส่งให้อะ คือไอ้โห แม่ก็ทрудก็เครียด ทั้งเรื่องงาน เรื่องเงิน ทั้งเรื่องลูก สารพัดนะ ทั้งหลานทั้งอะไร เจอหลายเรื่องเยอะแยะ เราได้รับวันเดียว แต่จ่ายก็วันคือรายรับอะมันน้อย แต่เราจ่ายไปเยอะ มันก็ทำให้เครียดไหนจะต้องดูแลเขา ไหนจะจัดการหนี้ แม่ก็แย่ จนแบบ มันก็ถม ๆ ๆ มันเหนื่อย เหนื่อยมาก ทุกวันนี้แม่ก็นั่งคิดนอนคิดอยู่ว่าจะทำไงดี ต้องหาวิธีแก้ปัญหาตรงนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

1.3 ภาระหน้าที่อื่น ๆ (responsibilities) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ดูแลแต่ละคนมีความพร้อมในการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็งแตกต่างกัน เนื่องจากผู้ดูแลอาจมีบทบาทความรับผิดชอบอย่างอื่นที่ต้องดูแลไปด้วย พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ได้มีภาระหน้าที่อื่นนอกจากการเป็นผู้ดูแลให้กับวัยรุ่นในครอบครัวไม่มีความกังวลในเรื่องงานและการรับผิดชอบหน้าที่อื่น ๆ จึงสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนจำเป็นต้องแบ่งเวลาไปกับการทำงานหารายได้เพื่อเพิ่มความมั่นคงในชีวิตของตนเองและครอบครัว หรือเพื่อดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ จนส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและเกิดความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่วัยรุ่นเป็นอยู่

“สิ่งที่น้องเผชิญอยู่เนี่ย ก็แค่เราช่วยกัน support ให้มันผ่านไป ก็จะไม่ค่อยมีอะไรทำไร มันไม่มีอะไรที่มาให้เราหนักใจอะว่าเนี่ย ฉันจะต้องไปทำงาน ฉันจะต้องไอนุ่นไอนั้นไอนั้น คือชีวิตแม่เนี่ย มันฟรีแล้วไง อีสาระมาก คือพ่อจะเปิดโอกาสให้แม่เต็มที่กับชีวิตอะ ชีวิตแม่คืออยู่เพื่อน้องเพื่อลูก มีชีวิตเพื่อลูกเฉย ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“น้องจะผูกพันกับพ่อมากกว่า พ่อแบ่งหน้าที่มันก็กลายเป็นว่า บางครั้งน้องเนี่ย บางเรื่องน้องก็จะไม่ค่อยกล้าคุยกับแม่ เพราะเหมือนพ่อก็จะบอกว่า สงสารแม่บ้างนะ บางทีแม่ทำงานเหนื่อย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

1.4 ค่านิยมเกี่ยวกับการเลี้ยงดู (parenting values) ของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการสนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็ง เพราะนอกจากส่งผลให้ผู้ดูแลมีรูปแบบวิธีการดูแลวัยรุ่นแตกต่างกันจนส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวของวัยรุ่นแล้ว ยังส่งผลให้ผู้ดูแลแต่ละคนมีแนวทางในการรับมือหรือจัดการกับอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจของตนเองเมื่อเผชิญกับอุปสรรคปัญหาระหว่างการดูแลวัยรุ่นในลักษณะที่แตกต่างกันด้วย พบว่าผู้ให้ข้อมูลบางคนมีความเชื่อและแนวทางในการเลี้ยงดูแบบควบคุมจัดการชีวิตความเป็นอยู่ของวัยรุ่น แม่ตนเองยังรู้สึกไม่ยอมรับที่วัยรุ่นเป็นโรคมะเร็ง เนื่องจากวัยรุ่นไม่ได้แสดงพฤติกรรมที่ตนเองมองว่าเป็นปัญหารุนแรง ทั้งยังสามารถออกไปใช้ชีวิตที่โรงเรียนได้ตามปกติ แต่เมื่อวัยรุ่นยืนยันถึงความต้องการไปพบจิตแพทย์และนักจิตวิทยาที่ตัดสินใจยอมให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อให้วัยรุ่นได้รับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการศึกษาและความมั่นคงในอนาคตของวัยรุ่น

“ตอนน้ำสาวเป็นคนพาไปหาคุณหมอ เขาก็ยังปิดคุณแม่ ไม่กล้าบอก คุณหมอก็ request ว่าอยากพบคุณแม่ เพราะว่าเขาคงจะไปเล่าว่าการตัดสินใจของเขา ทุกอย่างขึ้นอยู่กับคุณแม่ ไม่ว่าเรื่องการเรียน ค่าใช้จ่าย เรื่องที่พัก เรื่องอะไรเงี้ย ตั้งแต่เล็กเลย ตั้งแต่อนุบาลจนถึง ม. อะไรแม่จะเป็นคนจัดการ แต่ด้วยความที่เรารู้จักกัน เราก็ไม่คิดว่าลูกเราจะเป็นอย่างขนาดนั้นคะ ไม่คิดว่าเขาจะต้องอะไรกันมากมาย ก็คือเหมือนกับน่าจะปลงได้แล้วก็จบอะ ไม่น่าจะต้องมีการกินยา แต่ในเมื่อเขารักษาแล้ว เราก็ไม่ยอมให้ขาดการรักษา เพราะว่าถ้าเราตัดสินใจแบบนั้นอะเราจะทำร้ายเขาอะ เขาจะได้ระบายกับใครหรือมีอะไรที่นอกเหนือจากตรงนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

1.5 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (knowledge and beliefs about depression) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมในการสนับสนุนดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่ามุมมองการรับรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าสะท้อนถึงทัศนคติและระดับการยอมรับของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า อีกทั้งยังส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ให้ข้อมูลเพื่อรับมือกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ผู้ให้ข้อมูลบางคนยอมรับว่าตนเองไม่ได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามากเพียงพอและไม่รู้วิธีรับมือกับพฤติกรรมและอาการซึมเศร้าของวัยรุ่น ทำให้ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือโดยให้การสนับสนุนทางจิตใจวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม แต่ก็พยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นและหาแนวทางการรักษาหลากหลายรูปแบบที่อาจช่วยให้อาการของวัยรุ่นหายจากโรคซึมเศร้าหรือมีสภาวะทางอารมณ์ที่ดีขึ้น ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางคนพยายามสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ถูกต้องให้กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ที่ยังคงมีการรับรู้ในแง่ลบทางลบ เพื่อให้เกิดบรรยากาศแห่งการยอมรับในครอบครัวและช่วยกันให้การสนับสนุนดูแลทางจิตใจกับวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า

“ถึงเราจะสังเกตอาการเขาได้ แต่เราคงความรู้ไม่พอจะวินิจฉัยสิ่งที่ลูกเราเป็น แรก ๆ เลยพยายามจะไปเข้าใจว่าแต่ละโรคแตกต่างกันยังไง แต่ยอมรับว่าอ่านเท่าไรก็ไม่เข้าใจ หลัง ๆ เลยไปอ่านวิธีการอยู่กับผู้ป่วยประเภทแบบนี้ว่าเราต้องปฏิบัติตัวยังไง เราก็จะพยายามเปลี่ยนแบบช่วยเขาให้ดีที่สุดจริงๆ เราก็ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง ต้องยอมรับ เพราะเราดูไม่ออกว่าจังหวะไหนที่จะต้องทำอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ตอนแรกครอบครัวเรารู้จักเรื่องโรคซึมเศร้านะคะ แต่ก็ไม่ได้ตระหนักว่ามันมีผลร้ายแรงอะไร พ่อเขาไม่เชื่อด้วยซ้ำไปว่าในโลกนี้จะมีโรคซึมเศร้า เขาคิดว่าคนทำไปเองเราเศร้าไปเอง แต่แม่เชื่อ แม่ก็พยายามบอกเปลี่ยนความคิดของพ่อว่า มันมีจริง มันเกี่ยวกับสารเคมีในสมอง ไม่มีใครอยากเป็นโรคซึมเศร้า แต่สารเคมีในสมองมันผิดปกติทำให้เราเป็น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างการให้การดูแล

การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล เป็นประสบการณ์ทางจิตใจที่ผู้ดูแลรับรู้ได้ถึงอารมณ์ความรู้สึกของตนเองระหว่างการดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า การวิเคราะห์ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 คนพบว่า การเปลี่ยนแปลงแบ่งเป็น 3 ช่วงเวลา ดังนี้

2.1 ช่วงที่ได้รับรู้ว่าวัยรุ่นในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า พบว่า ผู้ให้ข้อมูลต่างได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจในลักษณะอารมณ์ความคิดทางลบ ซึ่งเป็นไปตามมุมมองความเข้าใจที่ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลในช่วงนี้ เช่น รู้สึกไม่ยอมรับ ไม่เข้าใจ เครียด กังวล เป็นห่วง ผิดหวัง เสียใจ และรู้สึกผิด ทำให้ย้อนกลับมาพิจารณาตนเองถึงพฤติกรรมที่อาจเป็นสาเหตุของปัญหาทางด้านจิตใจของวัยรุ่น

“เราก็ดูกังวล เครียด เป็นห่วงอะคะ แล้วเราก็อ่ยนคิดไปว่าอืม เราทำอะไรบ้างนะ ลูกถึงได้เป็นอะไรอย่างเนี่ย เราระเบียบไปหรือเปล่า เราใช้อารมณ์กับลูกหรือเปล่า เราอะไรกับลูกรีไปล่า เราก็อ่ยนกลับไปคิดอะคะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

2.2 ช่วงทำความเข้าใจและปรับตัว โดยส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลยังไม่เข้าใจสภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และอาการทางกายของวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้านัก รวมถึงไม่รู้วิธีให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมในช่วงเวลาต่าง ๆ และเกิดความยากลำบากทางจิตใจเมื่อไม่สามารถเข้าถึงสภาวะอารมณ์ความรู้สึกของวัยรุ่นและให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นได้ จนส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของตนเอง เช่น รู้สึกท้อใจ เหนื่อยใจ กลัว โกรธ ถดถอย และท้อใจกับการดูแล

“มันรู้สึกแย่มาก เพราะไม่ใช่เราไม่ยอมเข้าใจ เราอยากเข้าใจมาก แต่เราก็ไม่รู้จะเข้าใจยังไง อยากเข้าใจความรู้สึกที่เขาเป็นอยู่มาก คืออยากจะทำ replace ดูด้วยซ้ำว่าเป็นยังไง ให้เรารู้สึก เราจะได้รู้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2.3 ช่วงเกิดความคุ้นเคยในการดูแลรับมือพบว่า อารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 คนในช่วงนี้เริ่มมีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์และความคิดทางลบของตนเองได้ดีขึ้น เช่น การปรับมุมมองความคิด ทำให้สามารถปล่อยวาง ปลง ยอมรับ รู้สึกดี มีความหวัง และผ่อนคลายมากขึ้น

“ก็ยอมรับ แล้วก็คิดอะค่ะว่า อิม โรคมิมเซิร์ราเนี่ย มันก็ไม่ได้มีลูกของเราคนเดียวนะที่เป็น เขาก็เป็นทั้งโลกนะ ทำไมเราต้องมานั่งแบบเครียด คิดมากอะไรเงี้ย เราก็ทำตัวให้ปกติ ให้ลูกเราไม่เครียดสิ ก็เหมือนไม่ต้องให้เขารู้สึกว่าเขาป่วยสิ ยิ่งเราเครียดอะ เขาก็จะตอกย้ำว่า ฉันทป่วยอะแม้อะถึงได้เครียด เราก็เลยทำเป็นปกติ แล้วก็คิดว่าในโลกนี้ลูกใครเขาก็เป็น เขาเป็นกันเยอะแยะ ไม่ใช่มีลูกเราคนเดียวเพราะฉะนั้นเราไม่ต้องไปจิตตกอะไรหรอก เราก็ใช้ชีวิตปกติก็พาลูกกินยาไปอะไรไป” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

3. แนวทางการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล

แนวทางการปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแล หมายถึงแนวทางที่ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวรับมือหรือจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกทางลบของตนเอง เมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือสถานการณ์ยากลำบากระหว่างการดูแลรับมือในช่วงเวลาต่าง ๆ พบว่าผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนมีแนวทางการปรับตัวในบทบาทของตนเองทั้งในรูปแบบที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่

3.1 การมองหาแนวทางที่ช่วยในการปรับตัว

เป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถทำใจยอมรับ จัดการกับอารมณ์ความรู้สึกทางลบ รวมถึงปรับความคิดและปรับพฤติกรรมของตนเองได้ดีขึ้น เมื่อเผชิญกับอุปสรรคปัญหาต่าง ๆ อีกทั้งยังทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะที่วัยรุ่นในครอบครัวเป็นอยู่มากขึ้น พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีแนวทางการปรับตัวในบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวที่หลากหลาย เช่น การสืบค้นข้อมูลผ่านทางอินเทอร์เน็ต การขอความช่วยเหลือจากจิตแพทย์ นักจิตวิทยา สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ครูที่โรงเรียน และเพื่อนของวัยรุ่น เพื่อให้ตนเองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมิมเซิร์ราของวัยรุ่น นอกจากนี้

ยังพบว่าการทำกิจกรรมทางสังคม เช่น การพูดคุยกับเพื่อน การออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ การใช้เวลากับสัตว์เลี้ยง และการนอนหลับพักผ่อน ก็เป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถรับมือกับผลกระทบทางจิตใจที่เกิดขึ้นระหว่างดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมิมเซิร์ราได้เช่นกัน

“ถ้าเราเครียด เราพักผ่อนน้อยจนเราป่วยแล้วใครจะดูแล ก็เลยคิดว่า โอเค สิ่งที่ทำได้ดีที่สุดก็คือนอน ให้มีแรง เข้าขึ้นมาก็ค่อยมาดูแลได้ พุดง่าย ๆ ว่า ป่วยไปหนึ่งแล้วอย่าป่วยไปเพิ่มอย่างเนี่ยค่ะ ถ้าคนหนึ่งป่วยแล้วเราป่วยตาม ไม่ว่าจะป่วยกายหรือป่วยจิตเนี่ย โอกาสที่เขาจะหายเนี่ยมันแทบ..ไม่มี คือเราบอกตัวเองแบบนี้มาตลอดอะค่ะว่าเราต้อง balance ตัวเราด้วย คือจริง ๆ เราไม่ได้คิดจะห่างเขา แต่เราต้อง balance อย่างเช่นรู้ว่าความสุขของเราคือเรื่องอะไร ถ้าเรา balance มันก็จะทำให้เรายังอยู่ได้ ของแมงก็ไปออกกำลังกาย แมงทอมยกับเพื่อน มีสังสรรค์บ้างอย่างเนี่ยค่ะ ไม่ได้เอาชีวิตดิ่งลงไปด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

3.2 การปรับเปลี่ยนวิธีให้การดูแล

เป็นอีกแนวทางหนึ่งให้ผู้ให้ข้อมูลใช้เพื่อรับมือกับอุปสรรคปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองระหว่างให้การดูแลวัยรุ่น โดยมักปรากฏในลักษณะของการปรับวิธีการสื่อสารเพื่อให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่วัยรุ่นในครอบครัวที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 คน มีแนวทางการปรับเปลี่ยนวิธีให้การดูแลวัยรุ่นที่แตกต่างกัน เช่น การพูดคุยอย่างเปิดใจรับฟัง การสังเกตและทำความเข้าใจสถานะอารมณ์ ความคิดของวัยรุ่น การอดทนเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความขัดแย้ง การให้คำแนะนำหรือแง่คิดที่มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล การระมัดระวังคำพูดและการแสดงความคิดเห็นเชิงลบ และการยอมรับข้อจำกัดและความผิดพลาดของตนเองในฐานะมนุษย์

“ก็คืออาศัยด้วยว่าที่เราไปหาหมอ มันจะต้องไปทุกครั้งใช้มัยคะ พอหมอปรับอารมณ์ ถามเขาปุ๊บเนี่ย เราจะรู้ตรงจุดนั้น ว่าเออ ณ ตอนเนี่ย เขาเป็นอย่างนี้เนาะ แล้วก็อีกอย่างหนึ่งคือ บางทีเขามืออะไรเขาก็จะมาเปิด มันเปิดใจกันขึ้นนะค่ะ พอเปิดใจขึ้นปุ๊บมันก็จะพอรู้ พอรู้แล้วว่าเออ เขาคิด

แบบนี้ละ อะไรแบบนี้ละ พอเรารู้ตรงนี้บ๊อบ ตรงไหนที่เขาไม่ไอ้นี้ (ไม่ชอบ ไม่พอใจ) เราก็ต้องตัดออกไป พยายามไม่ไปตรงจุดนั้น หรือที่เขาไม่ชอบตรงไหน เราก็ต้องเลี่ยง เราก็ต้องไม่ไปอย่างนั้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

4. การตกผลึกทางความคิดจากประสบการณ์ในการดูแล

การตกผลึกทางความคิดจากประสบการณ์ในการดูแล หมายถึง สิ่งที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ในระหว่างให้การดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า จากการวิเคราะห์ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 คน พบว่าแบ่งได้เป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

4.1 สภาพแวดล้อมในครอบครัวมีผลต่อการจัดการกับอารมณ์ของวัยรุ่น เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลต่างได้กลับมาทบทวนทำความเข้าใจถึงโรคซึมเศร้าที่วัยรุ่นในครอบครัวเป็นอยู่ จึงเกิดการตระหนักรู้จากประสบการณ์ของตนเองว่า การเลี้ยงดูและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อสุขภาพจิตของวัยรุ่น อันเป็นจุดเปลี่ยนที่ทำให้พยายามปรับมุมมองความคิดและวิธีการสนับสนุนวัยรุ่นในความดูแลของตนเอง

“แม่คิดว่าโรคซึมเศร้าเนี่ย มันขึ้นอยู่กับเคมีในสมองส่วนหนึ่งใช่ไหมคะ อีกส่วนหนึ่งก็คือสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ของครอบครัวเนี่ยมีส่วนด้วยนะคะ ตามที่คุยกับคุณหมอ เขาบอกกับน้องอะว่า น้องโชคดีมากนะที่มีครอบครัวที่ดี คอย support ครอบครัวของหนูอะไม่ toxic คือตอนแรกเราไม่เข้าใจว่าเพราะอะไร คุณหมอก็บอกว่าบางคนเนี่ย ครอบครัวเขาไม่มีอะคะ เขาต้องหาดีมันด้วยตัวเอง เขาไม่มีโอกาสทางสังคม พ่อแม่กินเหล้า ทะเลาะกันอะไรอย่างเงี้ย ตีกันอย่างเนี่ยคะ มันจะเป็น toxic ในชีวิต มันทำให้โรคของเขาอะรุนแรงขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

4.2 การดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นหน้าที่ของตนเอง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 คนมีบทบาทความเป็นแม่ เมื่อพบว่าลูกกำลังเผชิญกับปัญหาทางจิตหรือประสบกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต จึงเป็นจุดเปลี่ยนทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้กลับมาทบทวนตนเอง และตระหนักว่าสิ่งที่

ตนเองสามารถทำเพื่อลูกได้คือการเป็นที่พึ่งให้กับลูก โดยให้ความช่วยเหลือและให้การสนับสนุนด้วยทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่อย่างเต็มที่เพื่อให้ลูกมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

“ก็คือทำให้เรารู้ว่าจะต้องพยายามให้ความรักกับเขา ให้ความอบอุ่นกับเขา ต้องรู้ว่าถ้าหากเราวิ่งไล่ลูกเราตรงนั้น เราจะเสียใจไปอีกนาน ถ้าเราทำไปแบบนี้เราเองก็เสียใจ มันแก้มัดกเป็นปมอยู่ตรงนั้นแหละ ทางที่ดีเอาน้ำเย็นเข้าลูบดีกว่า ค่อย ๆ พูดกัน ให้ต่างคนต่างโอเค ถ้าเขาแรงแมา ฟังเขาก่อน อย่าไปเบรค ฟังเขาพูดให้เขาสุดก่อน ก็คุยกับเขาเล็กน้อย หรือไม่ก็ยังไม่ต้องคุย ยังไงเขาก็มีแม่คนเดียวนะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

4.3 การดูแลวัยรุ่นในครอบครัวที่เป็นโรคซึมเศร้า เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลตระหนักว่าปัญหาทางด้านจิตใจของวัยรุ่นในครอบครัว รวมถึงการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลของตนเอง เป็นสถานการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต จึงต้องทำใจยอมรับและช่วยดูแลสุขภาพจิตของวัยรุ่นในครอบครัว ประสบการณ์นี้ยังมีส่วนช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้และปรับตัวเพื่อรับมือกับอุปสรรคปัญหาในชีวิตได้ดีขึ้น

“เราไม่ได้มองว่ามันความยากลำบากนะ แต่เรามองว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเราแล้ว ในเมื่อเราเกิดมาเป็นอย่างเงี้ยแล้วเราต้องยอมรับสภาพให้ได้ เราต้องยอมรับ ทำยังไงจะอยู่กับมันได้ ทำยังไงถึงจะทำให้เขาคิดดีขึ้นได้ มันเลยส่วนนั้นมาแล้วละคะ หมายถึงจุดที่ว่ามันเป็นอุปสรรค มันคิดแบบนั้นไม่ได้คะ เราจะต้องมองว่า เอ๊ ทำยังไงนะ มันจะต้องหาย มันจะต้องดีขึ้น ลองหาวิธี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

วิจารณ์

การศึกษาประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าจากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 คนที่เป็นแม่ของวัยรุ่นทำให้เข้าใจถึงมุมมอง ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และแนวทางการปรับตัวของผู้ดูแล ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความพร้อมทางทรัพยากรการมีเวลาคุณภาพร่วมกัน ภาระหน้าที่ รวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวไม่เพียงแต่มีอิทธิพลต่อมุมมองความคิดของผู้ดูแลในการ

รับมือกับปัญหาและผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแล แต่ยังคงผลต่อแนวทางที่ผู้ดูแลเลือกให้การสนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็ง ปัจจัยด้านรายได้หรือสถานะทางการเงินในครอบครัวบ่งบอกถึงการมีทางเลือกและอำนาจอิสระ (autonomy) ในการตัดสินใจของผู้ดูแล²¹ พบว่า ผู้ดูแลที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจสามารถช่วยให้วัยรุ่นในครอบครัวมีโอกาสได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีทางเลือกในการสนับสนุนดูแลวัยรุ่นมากกว่าผู้ดูแลที่มีความกังวลในเรื่องรายได้หรือสถานะการเงินของครอบครัว ในขณะที่ความไม่พร้อมทางเศรษฐกิจอาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคมะเร็งในวัยรุ่น²²

ผลกระทบจากความไม่พร้อมในการมีเวลาคุณภาพที่มีต่อสุขภาพจิตทั้งของวัยรุ่นและผู้ดูแลในครอบครัวที่พบในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Deb และคณะ²³ ที่พบว่า ข้อจำกัดจากหน้าที่การงานและปัจจัยทางเศรษฐกิจของครอบครัวส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการใช้เวลาคุณภาพเพื่อให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่วัยรุ่น ขณะที่การแก้ปัญหาโดยให้บุคคลอื่นมาช่วยเลี้ยงดูหรือปล่อยให้วัยรุ่นอยู่ด้วยตนเองอาจส่งผลทำให้วัยรุ่นรู้สึกเหงา ถูกเพิกเฉย ห่างเหิน และวิตกกังวล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Badri และคณะ²⁴ ที่พบว่า ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความพอใจในชีวิตครอบครัว และการมีเวลาคุณภาพร่วมกันในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ถึงภาวะซึมเศร้าในตนเองของวัยรุ่น ในทางกลับกัน การศึกษานี้ยังพบว่า การปรับตัวของผู้ดูแลด้วยการใช้เวลาคุณภาพกับวัยรุ่นมากขึ้นมีส่วนช่วยทำให้สุขภาพจิตและสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับวัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็งดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Desha และคณะ²⁵ ที่พบว่า การมีเวลาคุณภาพร่วมกันจนเกิดความสนิทสนมกันระหว่างวัยรุ่นและครอบครัวทำให้วัยรุ่นเกิดความไว้วางใจและรับรู้ถึงการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัว ขณะที่การไม่มีเวลาคุณภาพให้กับวัยรุ่นอาจทำให้วัยรุ่นไม่อยากจะบอกเล่าเรื่องส่วนตัวและหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองถูกควบคุมทางจิตใจจากคนในครอบครัว อันเป็นอุปสรรคต่อการดูแลรับมือกับอาการของผู้ป่วยวัยรุ่น

การรับมือกับสภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และอาการของวัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็ง ส่งผลกระทบต่อจิตใจและความเป็นอยู่ของผู้ดูแล ทั้งในช่วงที่เริ่มรู้ว่าวัยรุ่นเป็นโรคมะเร็งตลอดจนช่วงปรับตัวและทำความเข้าใจในการดูแล ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งไม่เพียงพอ หรือยังมีมุมมองความเชื่อเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งในแง่ลบ ซึ่งเป็นผลมาจากค่านิยมทางสังคมหรือชุดความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งในลักษณะความผิดปกติและเป็นผลของการกระทำที่ผิดพลาดในอดีต²⁶ ทำให้ผู้ดูแลเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากในการทำความเข้าใจ การยอมรับ และการจัดการกับอารมณ์ความคิดทางลบของตนเอง เมื่อวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวหรือรับมือกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา การศึกษานี้พบว่า การแสวงหาแนวทางที่ช่วยในการรับมือกับปัญหาและผลกระทบจากความไม่พร้อมทางทรัพยากรด้วยวิธีต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการขอความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว คนใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อทำความเข้าใจโรคมะเร็งของวัยรุ่น มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตระหนักถึงอารมณ์ความคิดทางลบของตนเอง สามารถจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่พอใจ และความไม่เข้าใจได้อย่างเหมาะสม สามารถยอมรับต่อสถานการณ์ในชีวิตที่เป็นปัญหา และเกิดการตกตะกอนทางความคิดจากประสบการณ์ในการดูแลของตนเองว่าสภาพแวดล้อมในครอบครัวมีผลต่อการจัดการกับอารมณ์ของวัยรุ่น และการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นในครอบครัวเป็นหน้าที่และส่วนหนึ่งของชีวิตของตนเอง นอกจากนี้ การปรับตัวในบทบาทของผู้ดูแลยังช่วยให้วัยรุ่นรับมือกับปัญหาและจัดการกับผลกระทบทางจิตใจของตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานศึกษาของ Yap และคณะ²⁷ ที่พบว่า การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสภาวะอารมณ์และความคิดของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งทำให้ผู้ดูแลยอมรับและจัดการอารมณ์ความคิดทางลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสามารถรับมือกับอาการของวัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็งได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยทุกคนเป็นแม่ของวัยรุ่นที่เป็นโรคมะเร็ง

ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นเพียงตัวอย่าง ประสพการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวเพศหญิงที่มีบทบาท ความเป็นแม่ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมและ ค่านิยมความเชื่อทางสังคมคล้ายกัน การตระหนักและการ ยอมรับถึงหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลของตนเองส่วนหนึ่งอาจ เนื่องจากบทบาทความเป็นแม่ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นควรมี การศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกคนอื่น ๆ ใน ครอบครัวเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสพการณ์การดูแล ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้าในมิติที่หลากหลาย

สรุป

การศึกษาประสพการณ์และมุมมองของผู้ดูแลใน ครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ได้ขยายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้และประสพการณ์ ของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทักษะการ การปรับตัวเพื่อรับมือกับอุปสรรคปัญหา และการจัดการ กับผลกระทบทางจิตใจของตนเองที่เกิดขึ้นระหว่างให้การ สนับสนุนดูแลวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่น โรคซึมเศร้าที่ครอบครัวมีส่วนร่วมและการดูแลสุขภาพจิตของ ผู้ดูแลในครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง ประสพการณ์ทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวที่ให้การ สนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า โดยได้รับการสนับสนุน ทุนการศึกษาจากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2022 Nov 6]. Available from: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเข้าถึง บริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เดือนกันยายน 2565 [Report on service access for patients with depression, September 2022] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2565 [สืบค้นเมื่อ วันที่ 6 พ.ย. 2565]. จาก: https://thai.depression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-09-22-mix_HDC.pdf
3. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, จอมสุรางค์ โพธิ์สัตย์, รสสุคนธ์ ชมชื่น. ความชุกของโรคจิตเวชในนักเรียนไทยอายุ 13 - 17 ปี [The prevalence of psychiatric disorders in Thai students aged 13-17 year]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2559;24(3):141-53.
4. วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, โชษิตา ภาวสุทธิโพธิ์ศรี. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยง ฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย : การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ [Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563;28(2):136-49.
5. วัยรุ่นรับบริการสุขภาพจิตไม่มีผู้ปกครองเพิ่ม 1.5 เท่า ย้ำสิทธิทำได้. [อินเทอร์เน็ต]. [กรุงเทพฯ]: กรุงเทพธุรกิจ; 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 22 ก.พ. 2566]. จาก: www.bangkokbiznews.com/social/1008029
6. อธิป ต้นอารีย์, นิศากร แก้วพิลา, เบ็ญจา นิมมवल, เศรษฐพงศ์ บุญหมั่น, ลวิญญ์วิชัยพงศ์ ภูมิฉิน, ณัฐพร สุนทรวิทย์. การรับบริการสุขภาพจิตและสาเหตุที่ไม่เข้ารับ บริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชไทย [Mental health service utilization and reason for not receiving services among individuals with mental disorders]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(3):176-86.
7. ปิติมา คุริโมโตะ. ความบกพร่องของทักษะทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการ ตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ [Social skills deficits and the associated factors of patients with depressive disorders in outpatient psychiatric department, King Chulalongkorn Memorial hospital] [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท]. [กรุงเทพฯ]: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.

8. Puig-Antich J, Kaufman J, Ryan ND, Williamson DE, Dahl RE, Lukens E, et al. The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32(2):244-53.
9. กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนวัยรุ่นน สำนักรส่งเสริมสุขภาพ. การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนใน ประเทศไทย พ.ศ. 2564 [Thailand Global School-based Student Health Survey, 2021: GSHS] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565 [สืบค้นเมื่อวันที่ 22 ก.พ. 2566]. จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5784?locale-attribute=th>
10. Nasser EH, Overholser JC. Recovery from major depression: the role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(2):125-32. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00423.x.
11. Newman BM, Newman PR, Griffen S, O'Connor K, Spas J. The relationship of social support to depressive symptoms during the transition to high school. *Adolescence*. 2007;42(167):441-59.
12. Stark KD, Banneyer KN, Wang LA, Arora P. Child and adolescent depression in the family. *Couple Family Psychol: Research and Practice*. 2012;1(3):161-84. doi:10.1037/a0029916.
13. Plunkett SW, Henry CS, Robinson LC, Behnke A, Falcon PC. Adolescent perceptions of parental behaviors, adolescent self-esteem, and adolescent depressed mood. *J Child Fam Stud*. 2007;16:760-72. doi:10.1007/s10826-006-9123-0.
14. Ahlström BH, Skärsäter I, Danielson E. Living with major depression: experiences from families' perspectives. *Scand J Caring Sci*. 2009;23(2):309-16. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00624.x.
15. อาชวศรี คำหอม. การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล ทักษะชีวิต และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท [Perceived stigma of caregivers, life skills and perceived stigma of persons with schizophrenia] [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
16. Yamashita N, Kuzuoka H, Hirata K, Kudo T. Understanding the conflicting demands of family caregivers caring for depressed family members. In: *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems*; 2013 Apr 27-May 2; Paris, France. New York: Association for Computing Machinery; 2013. p. 2637-46.
17. สุประวีณ์ ทองชิต, อุมาพร ตรังคสมบัติ. ความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง ที่พาเด็กมา รับการรักษาที่หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [Stress and burdens in parents of children who came to child psychiatric clinic of King Chulalongkorn Memorial hospital]. *จุฬาลงกรณ์ เวชสาร*. 2556;57(6):737-50.
18. Smith JA. Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychol Rev*. 2011;5(1):9-27. doi:10.1080/17437199.2010.510659.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association; 2013. p. 123-88.
20. ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล. การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยา แบบตีความ: ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพสำหรับการวิจัย ทางด้านจิตวิทยา [Interpretative phenomenological analysis: a qualitative methodology for psychological research]. *วารสารศึกษาศาสตร์*. 2560;28(3):1-13.
21. Chronister J, Chou CC, Kwan KL, Lawton M, Silver K. The meaning of social support for persons with serious mental illness. *Rehabil Psychol*. 2015;60(3):232-45. doi:10.1037/rep0000038.
22. Wilkinson PO, Harris C, Kelvin R, Dubicka B, Goodyer IM. Associations between adolescent depression and parental mental health, before and after treatment of adolescent depression. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(1):3-11. doi:10.1007/s00787-012-0310-9.

23. Deb S, Chatterjee P, Walsh K. Anxiety among high school students in India: Comparisons across gender, school type, social strata and perceptions of quality time with parents. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*. 2010;10:18-31.
24. Badri M, Khaili MA, Bahar MA, Yang G, Reynhout G, Rashdi AA. Social connection and self-perceived depression among adolescents: A path analytic model for Abu Dhabi. *J Child Fam Stud*. 2021;30:146-57. doi:10.1007/s10826-020-01891-2.
25. Desha LN, Nicholson JM, Ziviani JM. Adolescent depression and time spent with parents and siblings. *Soc Indic Res*. 2011;101:233-8. doi:10.1007/s11205-010-9658-8.
26. ชนกานต์ ชัชวาลา. วาทกรรมของโรคจิตเวชที่ปรากฏในวรรณกรรมร่วมสมัยของไทย: การศึกษาผลงานของ ปิยะพรศักดิ์เกษม [Discourse on psychiatric disorders in modern Thai literature: a study of Piyaporn Saksasem's novels]. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. 2561;10(1):204-28.
27. Yap MB, Allen NB, Sheeber L. Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2007;10(2):180-96. doi:10.1007/s10567-006-0014-0.