

ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท* Caring Experiences of Spouses of Persons with Schizophrenia*

ศิวภาวรรณ ศรีโยทะ, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)¹
Nipawan Sriyoha, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)¹
เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, พย.ค. (การพยาบาล)²
Pennapa Dangdomyouth, Ph.D. (Nursing)²

Received: January 24, 2019 Revised: May 12, 2020 Accepted: May 14, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายความหมายและประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท และพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 13 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย ผู้วิจัย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น และแบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ในช่วงเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือน เมษายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของโคไลซี

ผลการวิจัยพบว่า การให้ความหมายของการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ 1) การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ และ 2) สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง ส่วนประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค 2) การปรับตัวเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย และ 3) การดูแลตามอาการที่เป็น

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพจิตควรให้คำปรึกษาแก่คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การบริหารเวลาและการจัดการปัญหาที่เหมาะสม รวมทั้ง การสร้างความเข้มแข็งทางใจ

คำสำคัญ: การดูแล ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต โรคจิตเภท

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹ Master, Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: esafos123@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University: Advisor

Abstract

This qualitative research aimed to explain meaning of caring and caring experiences of spouses of persons with schizophrenia. The informants consisted of 13 spouses of persons with schizophrenia who took the patients for treatment at the out-patient department of one government hospital. The research instruments included the researcher, the demographic interview form, the interview guide regarding caring experiences of spouses of persons with schizophrenia, the field note, the paraphrase and coding record form, and the operational record form. An in-depth interview and observation were performed to collect data from October, 2017 to April, 2018. Data were analyzed by using Colaizzi's method.

The research results revealed that meaning of caring of spouses of persons with schizophrenia were consisted of 2 major themes: 1) caring is loving and understanding, and 2) bonding family ties cannot be abandoned. Additionally, caring experiences of spouses of persons with schizophrenia were consisted of 3 major themes: 1) knowing and understanding about the disease, 2) adaptation when their spouses got sick, and 3) taking care according to symptoms.

This research suggests that psychiatric health care providers should provide counseling for spouses of persons with schizophrenia regarding effective communication, social support seeking, effective time management and problem solving as well as resilience strengthening.

Keywords: Caring, Spouse caregiver, Schizophrenia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยอัตราการป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี และส่งผลกระทบต่อการสูญเสียด้านเศรษฐกิจและทรัพยากรของประเทศ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบผู้ป่วยโรคจิตเภท 409,003 คน คิดเป็นจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2557) เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการแบบเรื้อรัง การเจ็บป่วยแต่ละครั้งทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยลดลง (อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย, 2554) การรักษาจึงมีเป้าหมายเพื่อรักษาให้หายหรือบรรเทาและป้องกันไม่ให้ป่วยซ้ำ การดูแลให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่และสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ โดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้อาการกำเริบ การฟื้นฟูสมรรถภาพ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลาและเป็นไปอย่างต่อเนื่องทั้งในเรื่องกิจวัตรประจำวันและการใช้ชีวิต (ชิตารัตน์ คณิงเพียร, 2556; Kaushik & Bhatia, 2013)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักเริ่มมีการเจ็บป่วยตั้งแต่วัยรุ่น จึงขาดทักษะทางสังคมและไม่สามารถแสดงบทบาททางสังคมที่เหมาะสมกับอายุได้ การแต่งงานในผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงพบได้น้อยเมื่อเทียบกับคนทั่วไป (Ikebuchi, 2006) การศึกษาในประเทศจีนพบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นคู่ชีวิตมีประมาณร้อยละ 26.50 (Yin et al., 2014) แต่ในประเทศญี่ปุ่นพบเพียงร้อยละ 6.10 (Mizuno, Iwasaki, & Sakai, 2011) สำหรับในประเทศไทยนั้น ข้อมูลทางสถิติของผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่แน่ชัด จากการศึกษาของเทียนทอง ทาระบุตร (2555) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความสัมพันธ์เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยพบร้อยละ 16 เป็นสามีร้อยละ 8.30 และภรรยา ร้อยละ 7.70 ซึ่งผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ, 2557) เนื่องจากความสัมพันธ์ในชีวิตคู่มีลักษณะพิเศษ ไม่เหมือนความสัมพันธ์อื่น การประคับประคองจากคู่ชีวิตเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะหากฝ่ายหนึ่งมีปัญหาทางจิต โดยชีวิตคู่มีผลต่อการปรับตัวกับความตึงเครียดอื่นๆ (อุมาพร ตระจกสมบัติ, 2545) การใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยและใช้เวลาในการดูแลเป็นอย่างมากนำไปสู่ความเครียดที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อต้อง

ดูแลในระยะยาว (Pinquart & Sorensen, 2011) การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นงานที่เหน็ดเหนื่อยและทำให้ท้อแท้ สามารถสร้างหรือทำลายความสัมพันธ์ได้ (Brichford & Carson-DeWitt, 2014) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคู่ชีวิตของผู้ป่วยนั้นมีลักษณะที่ไม่ซ้ำกัน (Mizono et al., 2011) คู่ชีวิตที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีความพึงพอใจในชีวิตลดลงตามระยะเวลาที่ให้การดูแล และมีความผูกพันชีวิตที่ต่ำลง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ, 2557)

การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและการมีสุขภาพของคู่ชีวิต ชีวิตการแต่งงานได้รับผลกระทบอย่างมากจากการดูแล โดยเฉพาะผลกระทบด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Kaushik & Bhatia, 2013) ทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตคู่ มีโอกาสที่จะเกิดความรุนแรงในครอบครัว จากการศึกษาพบว่า อัตราการใช้ความรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อคู่ชีวิตสูงถึงร้อยละ 19.50 (Kageyama et al., 2015) และอัตราการทำร้ายร้อยละ 16.98 (Thara & Srinivasan, 1997) สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิตถือเป็นผลกระทบที่ใหญ่ที่สุดนำไปสู่การแยกทางหรือหย่าร้างเมื่อคู่ชีวิตไม่สามารถที่จะรับมือกับการดูแลในระยะยาวได้ (Lawn & McMahon, 2014) แต่ก็มีผู้ป่วยโรคจิตเภทและคู่ชีวิตจำนวนไม่น้อยที่สามารถรักษาความสัมพันธ์เหล่านั้นไว้ได้ บางรายพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิตกับผู้ป่วยดีขึ้น มีความรักซึ่งกันและกัน มีความเคารพและความเข้าใจ เกิดความเข้มแข็งที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย (Jungbauer, Wittmund, Dietrich, & Angermeyer, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับคู่ชีวิตของผู้ป่วยมีลักษณะที่ไม่ซ้ำกัน ซึ่งมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของคู่ชีวิตแต่ละคน แต่การวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีน้อย (Mizono et al., 2011) ทำให้ผู้ดูแลในกลุ่มนี้ได้รับการละเลย (Kumari, Singh, Verma, Verma, & Chaudhury, 2009) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์เป็นคู่ชีวิต ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึงประสบการณ์ของการดูแลในภาพที่กว้างและลึกซึ้งขึ้น อันทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ต่างๆ ของผู้ป่วยและคู่ชีวิตทั้งเพศชายและเพศหญิงในสังคมไทยได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายความหมายของการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. เพื่ออธิบายประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต (spouse caregiver) มีบทบาทที่เฉพาะ (unique role) เมื่อเทียบกับบทบาทการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มอื่น คู่ชีวิตของผู้ป่วยพยายามปรับตัวในการดูแลเพื่อที่จะรักษาสัมพันธภาพของชีวิตคู่เอาไว้ มักมองว่าตนเองเป็นสามี/ภรรยาแทนที่จะเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลแต่ละคนรับมือกับภาระการดูแลและผลกระทบกับความสัมพันธ์ของชีวิตคู่โดยแทบจะไม่มีใครช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ แต่ก็ยังมีความมุ่งมั่นที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจและมีปัญหาแยกจากสังคม (Lawn & McMahon, 2014) จากการศึกษาของเสาวภา พราวตะคุ (2549) พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตมีความเครียดจากการดูแลโดยรวมสูงที่สุดแต่ให้เหตุผลในการรับบทบาทของผู้ดูแลว่า คือ ความรักและความผูกพัน ซึ่งความรักเป็นสิ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตมีลักษณะพิเศษแตกต่างจากความสัมพันธ์อื่น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) ความรักเป็นความผูกพันทางอารมณ์ (emotional attachment) ที่แสดงใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกลึก ด้านความคิด และด้านการกระทำ (Lasswell & Lasswell, 1976)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ตามแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (descriptive phenomenology) ของ Husserl (1969)

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์เป็นคู่ชีวิตของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-5) และพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) มีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วยโรคจิตเภททางพฤตินัยหรือนิตินัย 2) ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยตรง 3) ให้ความเวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น และอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 4) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 5) ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 2 ปี 6) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับจำนวนผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturation)

กล่าวคือ มีแบบแผนข้อมูลที่ซ้ำกัน และไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 13 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญ เพราะในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยต้องทำการสัมภาษณ์และสังเกตผู้ให้ข้อมูลอย่างใกล้ชิดในสถานการณ์จริง

2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วยชื่อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาที่แต่งงานหรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และการมีบุตรร่วมกัน และส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วยชื่อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมจำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของคูชีวิต และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นแนวคำถามกว้างๆ ที่สามารถปรับได้ตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากคูชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งมีแนวคำถามหลัก 3 ข้อ ได้แก่ 1) การให้ความหมายการดูแลคูชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท 2) การรับรู้และความรู้สึกของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสามี/ภรรยา และ 3) ประสบการณ์การดูแลของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

4. แบบบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับรหัสผู้ให้ข้อมูล ครั้งที่สัมภาษณ์ วัน-เวลาที่สัมภาษณ์ สถานที่ในการสัมภาษณ์ และสิ่งที่สังเกตได้ขณะทำการสัมภาษณ์

5. แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับรหัสผู้ให้ข้อมูล ครั้งที่สัมภาษณ์ วันที่สัมภาษณ์ และตารางเปล่า (ประกอบด้วยคอลัมน์บรรทัดที่ ข้อความ และการให้รหัส)

6. แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับรหัสผู้ให้ข้อมูล ครั้งที่สัมภาษณ์ วัน-เวลาที่สัมภาษณ์ และการวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไป

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของ

คูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัย อาจารย์พยาบาล และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล (เอกสารรับรอง เลขที่ 137/2560 วันที่ 25 กันยายน 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยเตรียมความรู้ที่เกี่ยวข้องและฝึกฝนเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก และการเตรียมแนวคำถามในการสัมภาษณ์

2. ขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความช่วยเหลือในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล จากนั้นพบผู้ให้ข้อมูล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล (ข้อ 2) และให้ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ จากนั้นทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์ โดยใช้เทคนิคการทวนความ การทำความเข้าใจ การสะท้อนความคิด การสรุปความ และการบอกเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม ใช้เวลาครั้งละ 21-95 นาที ทั้งนี้ ขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีการสังเกตสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกภาคสนาม เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามหรือกล่าวถึงสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนา และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป โดยบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

3. ขั้นสรุปการวิจัย หลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น โดยการถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงเป็นคำต่อคำ ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน และความครบถ้วน

ของข้อมูล โดยเปรียบเทียบกับกรฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ

ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนเมษายน 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ โคลไลซี (Colaizzi, 1978) ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน จากนั้นทำการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล ในด้านความน่าเชื่อถือ ความสามารถในการฟังพา ความสามารถในการยืนยัน และความสามารถในการถ่ายโอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าเป็นเพศชาย 7 คน และเพศหญิง 6 คน มีอายุอยู่ในช่วง 27-65 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด จำนวน 5 คน ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัท/โรงแรม มากที่สุด จำนวน 5 คน ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,000-30,000 บาทต่อเดือน มากที่สุดจำนวน 8 คน มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 7 คน และครอบครัวขยาย จำนวน 6 คน ระยะเวลาที่แต่งงานหรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วยในช่วง 3 ปี ถึงมากกว่า 40 ปี ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยในช่วง 2-40 ปี และส่วนใหญ่มีบุตรร่วมกันจำนวน 10 คน

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าเป็นเพศหญิง 7 คน และเพศชาย 6 คน มีอายุอยู่ในช่วง 26-71 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด จำนวน 5 คน เท่ากัน ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด จำนวน 6 คน ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 2-40 ปี และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ 1 ครั้ง มากที่สุด จำนวน 5 คน

2. การให้ความหมายของการดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

2.1 การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ โดยการดูแลในความหมายของผู้ป่วยนั้น กล่าวถึงความเอาใจใส่ในทุกๆ เรื่องที่ตนเองกระทำต่อผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการเอาใจใส่ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การรับประทานยาให้ตรงเวลา การทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการเอาใจใส่เรื่องสภาพจิตใจเพื่อไม่ให้เกิดความเครียดเกิดขึ้น การเอาใจใส่ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความรักที่ผู้ป่วยมีต่อผู้ป่วย

การดูแลบนพื้นฐานของความรักมีการแสดงออกในรูปแบบที่มีความลึกซึ้งและใส่ใจ ด้วยพื้นฐานของความรักนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความพยายามที่จะสร้างความเข้าใจในอาการและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแล และหลังจากที่เข้าใจในตัวโรคจิตเภทแล้ว ทำให้เกิดการแสวงหาและเรียนรู้วิธีการดูแลต่างๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยของตนมีอาการดีขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การเลี้ยงดูให้เขาได้ดี เห็นภาพที่เขาชอบ ผมว่าตรงนี้สำคัญที่สุด อย่างอื่นไม่ใช่ประเด็นเลย ประเด็นสำคัญ คือ เราให้ความรักเขาจริงนะ เราดูแลเอาใจใส่เขาจริงนะ เราหมั่นดูแลเขาเนะ บอกความจริงเขาเนะ เราสร้างความเชื่อมั่นให้เขาเนะ คือ ให้เขามีความเชื่อมั่นกับเรา เขามีการดูแลที่ดี ผมว่าสองอย่างนี้ช่วยเขาได้เยอะแล้วนะ...” (ID10T1M)

2.2 สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง โดยการดูแลเปรียบเสมือนสายใยของครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้งกันได้ ซึ่งเกิดจากความรักและความผูกพันที่มีต่อกัน การร่วมทุกข์ร่วมสุข ผ่านช่วงเวลาที่มีความสุขและความทุกข์มาด้วยกัน ทำให้ไม่สามารถทอดทิ้งกันและกันได้ ผู้ป่วยของผู้ป่วยหลายคนกล่าวว่า การได้เป็นฝ่ายดูแลด้วยความรักแก่ผู้ป่วยในช่วงที่อีกฝ่ายเจ็บป่วยทำให้ตนเองมีความสุข การได้เห็นผู้ป่วยพยายามดูแลตนเองให้มีอาการที่ดีขึ้น ทำให้เกิดความรัก ความผูกพันกันมากขึ้นในครอบครัว จึงอยากอยู่ดูแลผู้ป่วยและประคับประคองความสัมพันธ์ของคำว่าครอบครัวนี้ไว้ต่อไป ผู้ป่วยโรคจิตเภทกล่าวว่า ลูกคือกำลังใจสำคัญที่ทำให้ตนเองสามารถก้าวผ่านความยากลำบากตลอดช่วงระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยมา ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เพราะคนในครอบครัวครับ คนในครอบครัวเราต้องดูแลเขาก่อนใช่ไหม จะดีไม่ดีอยู่ที่ตัวเรา เราต้องดูแลให้ดีกว่า... นี่คือคนในครอบครัวเราเลยครับ เราต้องดูแลเอาใจใส่ มองซ้ายมองขวาก็คือคนในครอบครัวของเราเลย เป็นบ้านหลังนี้ต้องมีทุกอย่าง” (ID1T2M)

3. ประสบการณ์การดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

3.1 ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.1.1 กลัวทุกอย่างจากความไม่รู้ เมื่อรับรู้ถึงผู้ป่วยของตนป่วยเป็นโรคจิตเภท มีความรู้สึกกลัวว่าโรคนี้จะไม่สามารถรักษาได้ กลัวอาการและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก

กลัวว่าตัวเองและครอบครัวจะถูกผู้ป่วยทำร้าย หรือกลัวแม้กระทั่งผู้ป่วยจะทำร้ายตัวเอง ความกลัวที่เกิดขึ้นเหล่านี้เกิดจากความไม่รู้ ไม่เข้าใจในตัวโรคจิตเภทอย่างแท้จริง แม้คู่มือชีวิตของผู้ป่วยบางคนจะทราบมาก่อนใช้ชีวิตร่วมกันว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท แต่หลายคนพบกันในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ และยังขาดความเข้าใจอย่างแท้จริงเกี่ยวกับโรค เมื่อต้องเผชิญกับช่วงเวลาที่มีอาการกำเริบ จึงเกิดความกลัว เพราะไม่ทราบวิธีการจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้น และกลัวว่าจะเกิดสถานการณ์เช่นนั้นอีก คู่มือชีวิตของผู้ป่วยจึงมีการแสวงหาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น เพื่อเตรียมพร้อมและวางแผนในการดูแลคู่มือชีวิตของตนเองต่อไป ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ขนาดคนที่ไม่ป่วยก็ยังฆ่าลูกฆ่าเมียได้เพราะคิดว่าคนอื่นจะมาฆ่าตัวเองไง ก็เลยฆ่าเขาไว้ก่อนไว้รีๆ ที่อยู่ทุกวันนี้ก็เสียวๆ อยู่เนะว่ามันจะคิดแบบนี้หรือเปล่า กลัวนะ ที่ก็กลัวนะ ไม่อยากจะคิดอย่างนี้ แต่เราดูแล้ว แต่ความคิดเขาไม่มีหรอก แต่คนเรานั้นก็ไม่แน่มันอนใจใหม่ ว่าแนวโน้มมันจะไปทางไหน...ที่ก็กลัว ที่กลัวมากเลยว่าความคิดเขาเนี่ย ว่า เอ๊ยซักวันเนี่ย มันจะคิดว่าเราจะฆ่ามันหรือเปล่า มันจะมาฆ่าเราใหม่ กลัว กลัวมากเลย...” (ID7T1F)

3.1.2 เมื่อรู้ว่าป่วย แสวงหาการรักษาทุกรูปแบบ หลังจากที่ทราบว่าสามี/ภรรยาของตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท คู่มือชีวิตของผู้ป่วยแสวงหาวิธีการดูแลรักษาในหลากหลายรูปแบบที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น บางคนเลือกใช้วิธีการดูแลรักษาตามความเชื่อของตนเอง เช่น การไปรักษากับพระ การพาไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน การหาข้อมูลจากผู้รู้ ไม่ว่าจะเป็นคนใกล้ชิด ญาติพี่น้อง หรือแม้แต่สอบถามจากประสบการณ์ของญาติผู้ป่วยคนอื่นๆ บางคนใช้วิธีการค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แหล่งข้อมูลจากสื่อต่างๆ แสวงหาและเลือกใช้วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยหลากหลายวิธี ด้วยมีความหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และจะมีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลรักษาต่อไป ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ตอนแรกก็คิดไปถึงเรื่องผีสารไร้ ก่อนหน้านี้ก็เคยพาไปหาพระ...คือทำไงก็ได้ให้เขานอนหลับอะคะ ก็คือมีชื่อยานอนหลับมา ลองกินยานอนหลับดูจะได้พักม่อนบ้าง... อันนี้คือแรกๆ ที่ยังไม่ได้มาหาหมอ ไปซื้อเองที่ร้านขายยา... เขาก็ไม่ยอมนอน เลยคิดว่าจะทำยังไงดีวะ เขาไม่ยอมหลับยอมนอนตอนกลางคืน ก็เลยลองไปซื้อยานอนหลับมาให้กินดีกว่า ให้กินครึ่งเม็ด แล้วก็เอ้อ เขาก็เลยนอนหลับ...กลับมาเป็นอีกก็เลยพามาที่โรงพยาบาลนี้แหละคะ...ไปรักษากับพระก็ไม่ดีขึ้น

ก็เลยมาตัดสติใจไปรักษากับหมอ...เสิร์ชจากในเน็ต อินเทอร์เน็ต ดูว่าการแบบนี้คืออะไร พอเสิร์ชดูเขาก็บอกว่าเป็นโรคจิตเภท ก็ว่าจะพาไปโรงพยาบาลที่ใกล้บ้าน แต่ก็ไม่มีหมอมองจิตเภท ก็เลยลองเสิร์ชดู เสิร์ชหาในอินเทอร์เน็ต เสิร์ชไปเสิร์ชมาก็มาเจอโรงพยาบาลนี้แหละคะ...” (ID6T1F)

3.1.3 เป็นโรคปกติทั่วไป รักษาได้ สามารถเป็นได้กับทุกคน เมื่อทำความเข้าใจกับโรคจิตเภทแล้ว ทำให้คู่มือชีวิตของผู้ป่วยมีการรับรู้โรคจิตเภทเป็นเหมือนโรคทั่วๆ ไปที่สามารถรักษาได้ และเป็นโรคที่ทุกคนสามารถเป็นได้ การเปรียบเทียบพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกตลอดช่วงเวลาที่ใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยนั้นสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติเหมือนคนทั่วไป เกิดการรับรู้ในทางบวกว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคที่ตนเองและผู้ป่วยสามารถรับมือได้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ของผมก็ถือว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา การป่วยก็ปกติ เป็นไปได้ทุกคน เป็นเรื่องปกติ ไม่คิดว่าเป็นเรื่องร้ายแรงอะไรหรอก เรื่องปกติ แล้วเราก็รับได้ ไม่ได้เป็นเรื่องร้ายแรงหรือน่ารังเกียจอะไร...(ID11T1M)...คนป่วยก็พากันไปรักษา...ไม่มีความรู้สึกรังเกียจอะไร เราก็เป็นแบบว่าธรรมดา เราก็ธรรมดา เป็นแค่เรื่องภรรยาป่วยแค่นั้นเอง แต่ความรู้สึกว่ารังเกียจภรรยาแบบนี้ไม่มีนะ” (ID11T2M)

3.1.4 ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต เมื่อเริ่มเข้าใจโรคจิตเภทมากขึ้น คู่มือชีวิตของผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการดูแลผู้ป่วย การดูแลที่เกิดขึ้นในแต่ละคนเกิดจากการรับรู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท คู่มือชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้โรคจิตเภทนั้นมีสาเหตุหลักมาจากความเครียด พฤติกรรมการดูแลที่แต่ละคนทำจึงมุ่งเน้นไปที่การลดและป้องกันความเครียดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“พอมีลูก pressure มันขึ้น ซึ่งเราก็จับ pressure ว่า กดดัน ลูกร้อง ลูกอะไรอย่างเงี เป็นตัวแปรที่เขารมณ์เปลี่ยน... เพราะเวลานั้น โรคนี้เวลามันสร้าง ถ้าเขากังวลใจหรืออะไรต่างๆ ความเครียด ตัวแปรพวกนี้มันจะเป็นตัวกระตุ้น...กระตุ้นให้เกิดอาการ” (ID9T1M)

3.2 การปรับตัวเมื่อคู่มือชีวิตเจ็บป่วย ประกอบด้วย 7 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.2.1 ความสัมพันธ์ฉันสามีภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไป โดยความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยามีการเปลี่ยนแปลงไปในหลายรูปแบบทั้งทางบวกและทางลบ บางคนมองว่าการใช้ชีวิตคู่อยู่ร่วมกันกับสามี/ภรรยาในปัจจุบันนั้นอยู่ด้วยกันเหมือนเพื่อนเหมือนพ่อแม่ดูแล ความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างสามีภรรยา

ลดลง ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางลบที่เกิดขึ้น แต่การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกต่อชีวิตคู่ด้วยเช่นกัน ภายหลังจากเกิดการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและคู่ชีวิตมีความรักและความเข้าใจกันมากขึ้น ทะเลาะเบาะแว้งกันน้อยลง ต่างฝ่ายต่างปรับเปลี่ยนตนเองให้ดีขึ้น เพื่อประคับประคองชีวิตคู่ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เหมือนเพื่อนกันเยอะ เหมือนเพื่อนกันเลยนะ ทุกวันนี้ไม่ได้เป็นแฟนอะ...เป็นเพื่อน แบบมันไม่ได้อะ ไม่รู้จะพูดไม่ถูกอะ เพราะว่าทุกวันนี้เราก็ไม่ได้อยู่ด้วยกัน แยกกันอยู่ แก่ออยู่บ้านหลังเดียวกันแค่นั้นเอง...เขาก็เหมือนเพื่อน ดูแลกันเหมือนเพื่อนเลย...อยู่ด้วยกันแบบเพื่อน เพราะมันรู้สึกแบบนี้จริง ๆ นะ แบบเพื่อนช่วยเหลือโน่นนี่นั่น เขาก็เอาข้าวมาให้ก็เหมือนเขาใจเองไม่เป็นอะค่ะ เราต้องคิดแทนตลอดทุกอย่าง มันก็เลยรู้สึกแบบนี้...” (ID4T1F)

3.2.2 เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เช่นเดิม บางคนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวไป ภาระและความรับผิดชอบทั้งหมดจึงตกเป็นของคู่ชีวิตของผู้ป่วย ทั้งรับผิดชอบงานภายในบ้านและหารายได้เพื่อใช้จ่ายในครอบครัว เปรียบเสมือนเสาหลักของครอบครัว ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เหมือนเพิ่มหน้าที่ขึ้นมาอีก...ต้องคอยดูแลตลอด... มีภาระหน้าที่ให้รับผิดชอบเยอะขึ้น...(ID6T1F)... ต้องคอยมาดูแล ต้องคอยมาดูแลเรื่องยา พาไปหาหมอ เพราะไปหาหมอเขาก็ไม่ยอมไปคนเดียว ต้องสละวันหยุด ต้องพาเขามาหาหมอ... ต้องมาดูแลเขา แล้วก็ต้องมาทำงานบ้าน หนูก็ทำงานอยู่แล้วก็ต้องมาทำงานบ้านอีก ดูแลเขาก็กี่เหมือนเราเพิ่มภาระมาก” (ID6T2F)

3.2.3 ควบคุมอารมณ์ตนเองให้เร็วที่สุดเมื่อมีเหตุให้ทะเลาะกัน ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น บางครั้งทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยเกิดความรู้สึกโมโหหรือหงุดหงิดใจเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม คู่ชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงในการจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าว แต่เลือกใช้วิธีการจัดการโดยการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีหลากหลายวิธี ส่วนใหญ่ใช้วิธีนั่งเงียบ ไม่ตอบโต้ และหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อไประงับจิตใจของตนเองให้สงบลง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เวลาโมโหเขาก็คุมตัวเองไม่ได้นะ ต้องเดินหนี บางทีโกรธมาก ๆ ต้องเดินหนีไป เดินหนีไปเลย...เพื่อไประงับใจตัวเอง เพราะถ้าเรายังอยู่ตรงนั้น เจอหน้ากันอยู่ตรงนั้น เผอิญ

หน้ากันอยู่ตรงนั้น มันจะคุมตัวเองไม่ได้...ต้องควบคุมตัวเองมาก ๆ ควบคุมสติให้ดี เพราะดีไม่ดีเราจะหลุด ไปด้วยไปกับเขาด้วย... เข้าห้อง อาบน้ำ สระผม เอาน้ำราดตัวเอง หรือไม่ก็ไปไกล ๆ ไปนั่งห่าง ๆ หรือไม่ก็นั่งนับ 1 ถึง 10 สวดมนต์บ้างอะไรบ้างจนสงบ...” (ID12T1F)

3.2.4 เหนื่อยจนท้อจากการดูแล เมื่อต้องเปลี่ยนจากคู่ชีวิตมาเป็นผู้ดูแล ส่งผลต่อความรับผิดชอบต่างๆ ที่คู่ชีวิตของผู้ป่วยต้องแบกรับ ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ บางคนมีความท้อแท้จนพยายามที่จะฆ่าตัวตายทั้งครอบครัว เพื่อให้หลุดพ้นจากปัญหาต่างๆ ที่รุมเร้า แต่เมื่อคิดถึงลูกและความสุขของชีวิตคู่ที่เคยผ่านมา จึงลี้ภัยความคิดเหล่านั้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...เหนื่อยที่ต้องดูแล ก็คือ กว่าเขาจะมาปกติมันเหนื่อยนะที่เราต้อง (หยุดพูดทำท่าคิด) เพราะเราไม่มีเวลาไป เพราะเรามีลูกเล็กแล้วต้องทำงานด้วย มันก็เลยเหนื่อยตอนที่เขาอาการกำเริบ เพราะเราต้องพยายามพูดคุยกับเขาด้วย” (ID4T1F)

3.2.5 หาตัวช่วยในการดูแล คู่ชีวิตของผู้ป่วยต้องหาตัวช่วยในการดูแล โดยการขอความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดหรือญาติพี่น้องให้มาช่วยดูแล เช่น บางคนจัดสรรเวรให้ลูกแต่ละคนมาช่วยกันดูแลผู้ป่วยเมื่อตัวเองต้องเดินทางไปต่างจังหวัด บางคนที่ไม่สามารถหาคคนช่วยดูแลแทนได้จะใช้การโทรศัพท์หรือไลน์ในการติดตามสอบถามอาการ ความเป็นอยู่ รวมถึงการตรวจสอบและกระตุ้นเตือนการรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความกังวลใจในขณะที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ถ้าติดต่อเขาไม่ได้ก็จะให้พี่แถวนั้นคอยดูแลอะค่ะ ญาติพี่น้องเขาอะค่ะ ญาติพี่น้องของแฟนเขาอยู่แถวนั้นเหมือนกัน แต่ว่าอยู่คนละหอกัน อยู่คนละที่กัน แต่อยู่ใกล้ ๆ กัน ก็จะทำให้เขาเข้ามาดูอะค่ะ...กลางคืนบางทีไม่ได้นอน แม่กลัวหนูไม่ได้พักผ่อน ก็เลยช่วยขึ้นมาดูเผื่อตอนกลางคืนมีอะไรเปล่า...หนูกลับไปต่างจังหวัด...โทรมาบอกเขาทุกวันเวลาเขากลับบ้านว่าให้กินทุกวัน...ก็จะโทรศัพท์มาหา ถามว่ากินยาหรือยัง เป็นไงบ้าง ได้อินอะไรบ้างไหม...(ID6T1F)... ตอนกลับบ้านก็ยังต้องโทรบอกเขาทุกวันว่าให้กินยา ๆ กลัวเขาลืม แล้วก็กลับมาเช็คคู่มือกรอบหนึ่งว่าได้กินไหม” (ID6T2F)

3.2.6 ปรับความคิดและจิตใจ โดยวิธีการที่คู่ชีวิตของผู้ป่วยเลือกใช้ในการยอมรับและทำความเข้าใจกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น คือ การปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วย โดยมองว่าเป็นเรื่องเวรกรรม

ทำความเข้าใจกับพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกว่าเกิดจากตัวโรคจิตเภท เปรียบเทียบกับความยากลำบากในอดีตที่เคยเผชิญ รวมถึงการปรับความรู้สึกและจิตใจ ใช้ธรรมะเข้าช่วยให้เกิดความรู้สึกปล่อยวางและยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น สร้างกำลังใจให้แก่ตนเอง ปรับความคิดในทางบวก ทำให้เกิดความท้าทายในการดูแล ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ผมก็ไม่คิดเปรียบนู่นนี่นั่น ช่วงมันเถอะ เราคิดว่าในเมื่อเรามาทำเนี่ย ผมก็คิดว่าเป็นเวรเป็นกรรม ชาติก่อนไปทำเวรทำกรรม ช่วงมันเถอะ คือมันอยู่ตรงไหนก็ช่วง ปล่อยตามครรลอง...คิดว่าตอนนี้เป็นบาปของเราเป็นกรรมของเราะที่ต้องรับกรรม ให้มันถึงที่สุด...” (ID10T1M)

3.2.7 ภูมิใจที่ทำให้อาการดีขึ้น คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีความรู้สึกทางบวกเกิดขึ้นขณะให้การดูแลด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น คู่ชีวิตของผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่ได้เห็นอาการของผู้ป่วยดีขึ้น และรู้สึกภูมิใจที่การดูแลของตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“มันภูมิใจ เราภูมิใจ...ภูมิใจที่เราดูแลเขาดีขึ้น...ส่วนใหญ่คุณหมอเขาบอกว่าอาการแบบนี้ ส่วนใหญ่ที่มาแล้วนี่ แอดมิทมาครั้งนึง ครั้งที่สองนี่ก็คือไปเลย ไม่สามารถกลับมาได้สักคนสักรายเลย เราก็บอกเออเนี่ยเขากลับมาได้เนาะ” (ID2T2M)

3.3 การดูแลตามอาการที่เป็น ประกอบด้วย 5 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.3.1 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงอาการกำเริบ คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีวิธีการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เป็นสัญญาณว่าเริ่มจะมีอาการทางจิตกำเริบในลักษณะต่างๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บ่งบอกว่ากำลังมีความเครียดที่เป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการทางจิต บางคนเริ่มมีอาการพูดคนเดียว พูดซ้ำ ๆ อยู่ไม่นั่งตอนกลางคืน ไม่ยอมนอนหลับ บางคนมีสายตาดจ้อง มองด้วยสายตาดูร้าย ไม่หลบสายตา พูดจาดี้อารมณ์ ไม่เชื่อฟัง ซึ่งลักษณะพฤติกรรมเหล่านี้เป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตเกิดขึ้น โดยแต่ละสัญญาณเตือนเหล่านี้ได้มาจากการคอยสอบถามและสังเกตจากการใช้ชีวิตร่วมกันอย่างใกล้ชิดในแต่ละวัน ความสนิทสนมใกล้ชิดกันนี้ทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ก็พูดไม่รู้เรื่อง...ที่ก็เลยถามว่าเริ่มเป็นอะไร เริ่มหูแว่วหรือ เพราะว่าตอนแรกๆ ที่เขาเป็น เขาบอกไ้ว่ามีเสียงคนด่าเขา แต่เสียงข้างห้องร้องเพลงเขาก็คิดว่ามีคนว่าเขา...สังเกตเอา” (ID4T1F)

3.3.2 ดูแลความปลอดภัยเมื่อมีอาการกำเริบ ในช่วงแรกที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตและในช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีการจัดการเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด โดยการจำกัดพื้นที่ของผู้ป่วยให้อยู่เฉพาะภายในบ้าน เป็นการสร้าง “safety zone” คือ การจำกัดให้ผู้ป่วยอยู่เฉพาะพื้นที่ภายในบ้านในช่วงที่มีอาการทางจิต เพื่อลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ป้องกันความคิดฟุ้งซ่าน ป้องกันความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น และป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหากออกไปสู่สังคมภายนอกในช่วงที่มีอาการทางจิตเกิดขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ให้เขาอยู่ในบ้าน ไม่ให้เขาออกไปไหน...กลัวว่าเขาจะประคองตัวรักษาตัวไม่ได้ เขาป่วยอยู่นะ...ก็ดูแลให้เขาอยู่บ้าน ไม่ไปไหน...เขาก็อยู่ของเขา เดินไปเดินมา แต่ดีที่เขาไม่เดินออกไปนอกบ้าน ถ้าออกไปนอกบ้าน เราก็ต้องกักตัวไว้ไม่ให้เขาออกไป...(ID11T1M)...ถ้าออกไปไหน ผมก็คงไม่ให้ออกไปก็ต้องตามกลับบ้าน...” (ID11T2M)

3.3.3 พุดคุยด้วยถ้อยคำอ่อนโยนเมื่อมีอาการกำเริบ ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิต คู่ชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะคอยพุดคุย อธิบายถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านั้นเกิดจากอาการทางจิตค่อยๆ อธิบายให้ผู้ป่วยรับรู้และอยู่กับความจริงในปัจจุบันที่กำลังเกิดขึ้น ด้วยถ้อยคำที่อ่อนโยนและทำที่ที่สงบ ไม่คุกคามให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ไม่มีใครทำอะไรหรอก พยายามบอกเขาว่าไม่มีใครว่า ไม่มีใครรู้จักเรา ใครเขาจะมาว่า...บอกให้เขารู้ตัว...(ID4T1F)...ตอนที่เริ่มแรกๆ กำเริบ ต้องพุดคุยนะ ต้องอยู่พุดคุย เขาเหมือนอยู่คนเดียวไม่ค่อยได้ เพราะเขาได้ยินหูแว่วอะไรแบบนี้ ภาพหลอน หลอน เขาจะอยู่คนเดียวไม่ได้...พยายามพุดกับเขาดี ๆ พยายามอธิบาย ต้องถามเขาว่าเป็นอะไร เครียดอะไร ก็อธิบายบอกว่ามันไม่มีหรือจะภาพหลอน ไม่มีใครว่าเราหรอก ต้องพยายามอธิบายให้เขาฟัง เพราะมันเกิดจากความคิดของตัวเอง” (ID4T2F)

3.3.4 เรียนรู้การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีวิธีการและกลยุทธ์ในการทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่แตกต่างกันออกไปตามลักษณะอาการที่เป็น ในช่วงแรกที่ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ คู่ชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นผู้จัดยาให้เอง เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ บางคนมีการปรึกษาแพทย์เพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนเวลารับประทานยาให้เป็นมือเดียว

ในหนึ่งวัน บางคนมีกลยุทธ์ในการให้ผู้ป่วยยอมรับประทานยาอย่างถูกต้องและตรงเวลา เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาแล้วอย่างแน่นอน หลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น ได้ปรับเปลี่ยนการดูแลเรื่องการรับประทานยา โดยเปลี่ยนจากการจัดยาให้เองเป็นการคอยสอนวิธีการรับประทานยา คอยบอกย้ำ กระตุ้นเตือนให้รับประทานยา และใช้วิธีการสังเกตร่วมด้วย บางคนมีการตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยา หากผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างถูกต้องจะต้องไม่มีอาการทางจิตแสดงออกมา บางคนตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้แอบซ่อนยาหรือไม่โดยไม่ให้ผู้ป่วยทราบ บางคนแอบนับเม็ดยาที่เหลือไว้ก่อนออกจากบ้าน พอกลับมาจะตรวจสอบว่ายาในแผงหายไปครบตามจำนวนยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานหรือไม่ คูชีวิตของผู้ป่วยเรียนรู้จากปัญหาและความผิดพลาดที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแล เพื่อพัฒนาการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ว่า

“ปกติจะเตือนเขาอย่าหยุด ห้ามหยุดเรื่องยาโดยเด็ดขาด...ก็หมอเขาเตือนไว้ว่าจะครบว่าพยายามอย่าหยุด...รู้สึกว่าเขาทานแล้วเขาดีขึ้น...พยายามให้อาหารอย่าหยุดยา ให้กินยาเป็นปกติ ตอนนั้นกินยาสองมือเข้าเย็น ตอนนั้นกินแค่มือเดียวครบ ลดลงมาเยอะครับ...ส่วนใหญ่จะสอนเขา เป้าหมาย บอกว่าอย่าหยุดนะ ถ้าหยุดแล้วจะเป็นอีก จะได้ยินเสียงโน่นเสียงนี่ พยายามเตือนเขา แล้วเขาก็ไม่อยากจะหยุดยาเลย...พยายามพูดให้เขาฟังว่าอยากให้อายุ พยายามทำให้เขาหาย ก็ต้องฟังหมอ กินยาไปเรื่อย ๆ ครับผม...เราจะนับตลอดครับ...นับจำนวนยาที่เราไปรับมามีก็เม็ด แล้วเขากินแต่ละวัน ไข้ไปเท่าไรจะรู้เลย แล้วตรวจเช็กก็ไม่มีการทิ้งขว้าง” (ID2T2M)

3.3.5 หลักเลี้ยงสิ่งที่จะทำให้อาการกำเริบ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบมี 2 วิธี คือ หลักเลี้ยงการทำให้เกิดความเครียด และหลีกเลี่ยงสารเสพติดกระตุ้นอาการ คูชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้และทำความเข้าใจ จึงแสวงหาวิธีการต่างๆ ที่จะขจัดความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบ ซึ่งก็มีหลากหลายวิธี ได้แก่ 1) ตามใจในสิ่งที่ควรตามใจ คอยตามใจ จัดหาทุกอย่างที่ผู้ป่วยต้องการโดยไม่ขัดใจ เช่น ซื้อของให้ พาไปเที่ยว ให้ทำกิจกรรมที่ชอบ บางคนให้เงินผู้ป่วยไว้ใช้จ่ายอย่างอิสระตามต้องการ 2) พุดคุยให้กำลังใจ จัดหาเวลาในการพุดคุยเรื่องราวที่ทำให้เกิดความรู้สึกดี ๆ กับผู้ป่วยมากขึ้นในแต่ละวัน พุดคุยปลอบโยนเวลาที่ผู้ป่วยท้อแท้ 3) หางานให้ทำหรือกระตุ้นให้มีกิจกรรมทำ โดยเป็นงานที่ง่าย ไม่หักโหม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น 4) ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ และ 5) ใช้ธรรมชาติ

หรือกิจกรรมทางศาสนาช่วยผ่อนคลายจิตใจตามความเชื่อของผู้ป่วย นอกจากนี้ คูชีวิตของผู้ป่วยยังรับรู้ข่าวสารเสพติดต่าง ๆ เช่น สุรา บุหรี่ กาแฟ เครื่องดื่มที่มีกาเฟอีน และยาเสพติดเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบ จึงพยายามหาวิธีให้ผู้ป่วยเลิกสารเสพติดเหล่านั้นให้ได้ บอกถึงผลเสียที่เกิดขึ้นหากไม่เลิก รวมทั้งผลดีที่เกิดขึ้นหากเลิกได้ โดยเฉพาะผลดีที่จะเกิดขึ้นต่อโรคจิตเภทที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยหลายคนก็ได้ลดหรือเลิกใช้สารเสพติดดังกล่าวตามคำแนะนำของคูชีวิต ทำให้โรคจิตเภทที่เป็นอยู่มีอาการดีขึ้น ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ว่า

“ยังไม่ทำอะไรก็ยิ่งเครียดไป พี่ก็เลยต้องหาอะไรให้เขาทำ...งานเล็กๆ น้อยๆ ค่ะ เอาผ้าไปซัก มาซ่อมแซมตงนี่นิดๆ หน่อยๆ แล้วก็อะไรที่มันไม่เหนือบ่ากว่าแรงเขาอะ...คือเราต้องใช้ในสิ่งที่เรารู้สึกว่าเขาทำได้...หนึ่ง เขามีความรู้สึกว่าเขาได้ออกกำลังกายใช้ไหมเพราะเขาเหนื่อย สอง เขาก็ได้รู้สึกว่าเขาก็มีคุณค่าให้เขาทำนั่นทำนี่ เขาก็รู้สึกนะว่า เอ๊ย วันนี้ ฉันก็ทำประโยชน์นะ อย่าคิดว่ามันเป็นเรื่องเล็กน้อยนะ...” (ID7T1F)

“เมื่อก่อนนี้เขากินเหล้าด้วยใจ แต่ตอนนี้เขาเลิกกินแล้ว...กินเหล้าแล้วก็เพี้ยน...ก็ไม่เห็นเขามาพูดว่าได้อินอะไรยังเงี้ย...ว่าเพราะเขาเลิกกินเหล้ารีเปลา เออ มันก็ต้องมีส่วนใช้มะ คนเรากินเหล้าเข้าไปมันก็อาจจะมีการเพี้ยนมั้ง มุนนี่นั่นเป็นเรื่องปกติอย่างจ้ แล้วพอสร้างเหล้ามันก็อาจจะไม่เป็นอะไรก็ได้” (ID8T1F)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า คูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 2 ประเด็นหลัก คือ การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ และสายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้งซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ คูชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ความหมายของการดูแลสามี/ภรรยาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทว่า การดูแล คือ การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ ต้องเข้าใจว่าความเจ็บป่วยเกิดจากอะไร อาการหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นเกิดจากความเจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลเอาใจใส่บนพื้นฐานของความรักที่มีต่อกันเป็นปัจจัยการดูแล (carative factors) ที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลในระดับการดูแลที่เข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (Watson, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jungbauer et al. (2004)

ที่พบว่า คู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท แม้จะได้รับความยากลำบากจากการดูแลสามี/ภรรยาที่มีอาการของโรคจิตเภท แต่ยังคงให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เคารพและเข้าใจกัน

ประเด็นที่ 2 สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมานานทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน ทำให้ไม่สามารถทอดทิ้งกันและกันได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ครอบครัวเป็นหน่วยของสังคมที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจ เป็นหน่วยพื้นฐานแห่งการแลกเปลี่ยนหากการแลกเปลี่ยนความรักเป็นไปในบรรยากาศที่พึงพอใจ ก็จะมีคามไว้วางใจกัน เอื้ออาทรต่อกัน และพร้อมจะเสียสละให้แกกัน (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jungbauer et al. (2004) และการศึกษาของเสาวภา พริ้วตะคุ (2549) ที่พบว่า แม้จะมีผลกระทบที่เกิดจากภาวะการดูแลคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทก็เลือกเก็บเฉพาะสิ่งที่ดีไว้ในการใช้ชีวิตคู่ร่วมกับผู้ป่วยด้วยความรักซึ่งกันและกัน ความเคารพ และความเข้าใจที่ยังคงมีอยู่

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความห่วงใยว่าผู้ป่วยจะได้รับอันตรายและใช้ชีวิตด้วยความยากลำบาก หากตนทอดทิ้งผู้ป่วยไป ความรู้สึกเป็นห่วงเป็นใยที่เกิดขึ้นนี้เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการที่คู่ชีวิตของผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณป่วยยังไม่สามารถที่จะดูแลตนเองในด้านต่างๆ ได้ไม่ว่าจะเป็นดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น สอดคล้องกับที่สุนทรภรณ์ ทองไสย (2558) กล่าวว่า ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยความสงสารที่ผู้ป่วยต้องมาเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตที่บุคคลอื่นรังเกียจ นอกจากนี้ แรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (egoistic motivation) และแรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน (altruistic motivation) ความรู้สึกรัก สงสาร และห่วงใยที่คู่ชีวิตมีต่อผู้ป่วย เป็นแรงผลักดันให้คู่ชีวิตยังคงอยู่ดูแลและไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ลูกเปรียบเสมือนกำลังใจและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในการประคับประคองชีวิตคู่และครอบครัว เพราะไม่อยากให้ลูกมีปัญหาครอบครัวแตกแยก คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงพยายามที่จะเข้าใจและยอมรับในอาการเจ็บป่วยของโรคจิตเภท มีการเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากคู่สามีภรรยาที่ตัดสินใจมีลูกจะตระหนักถึงหน้าที่ที่ตามมา โดยมีบทบาทใหม่ในการเป็นพ่อแม่ ซึ่งต้องให้ความเอาใจใส่ลูกทั้งร่างกายและจิตใจ ให้เกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย (กาญจนา ลุคนันท์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา

ทองคุณ (2545) ที่พบว่า เงื่อนไขที่ทำให้ภรรยาอยู่ร่วมกับสามีที่เป็นโรคจิตเภท คือ ความรักบุตร

ผลการวิจัยพบว่า คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปรับตัวเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย และการดูแลตามอาการที่เป็น ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค ประกอบด้วยประเด็นย่อย 4 ประเด็น ดังนี้

1) กลัวทุกอย่างจากความไม่รู้ เป็นความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลประเมินว่ามีความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ จะส่งผลให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม (Lazarus & Folkman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumari et al. (2009) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยรู้สึกกลัว เนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอนและไม่สามารถคาดเดากับอาการของผู้ป่วยได้

2) เมื่อรู้ว่าป่วย แสวงหาการรักษาทุกรูปแบบ คู่ชีวิตของผู้ป่วยเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาวิธีการดูแลรักษาในหลากหลายรูปแบบที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ย่อมมีการแสวงหาการดูแลด้านต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ คณิศเพียร (2556) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการแสวงหาวิธีการต่างๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคจิตเภท โดยมีการหาข้อมูลจากผู้รู้ ปรีกษา และหาวิธีการต่างๆ มาทดลองใช้ โดยมีความหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการที่ดีขึ้น

3) เป็นโรคปกติทั่วไป รักษาได้ สามารถเป็นได้กับทุกคน โดยคู่ชีวิตของผู้ป่วยทำความเข้าใจกับโรคจิตเภท มีการรับรู้ว่าเป็นโรคจิตเภทเป็นเหมือนโรคทั่วๆ ไปที่สามารถรักษาได้ รวมทั้งรับรู้และเข้าใจว่าคนอื่น ๆ ก็มีอาการป่วยเช่นเดียวกับผู้ป่วยได้เหมือนกัน

4) ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต โดยความเครียดเป็นแรงกดดันหรือตัวกระตุ้นให้อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงจนมีอาการทางจิต พฤติกรรมการดูแลที่แต่ละคนทำจึงมุ่งเน้นไปที่การลดและป้องกันความเครียดที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ip and Mackenzie (1998) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความรู้เรื่องยาและการรักษา การบริการที่ได้รับ และการจัดการกับอาการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ประเด็นที่ 2 การปรับตัวเมื่อคู่ชีวิตเจ็บป่วย ประกอบด้วย

ประเด็นย่อย 7 ประเด็น ดังนี้

1) ความสัมพันธ์อันสามิภรรยาที่เปลี่ยนแปลงไป การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางบวกและทางลบในชีวิตคู่ เกิดการเปลี่ยนสถานะจากสามิภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก ความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างสามิภรรยาลดน้อยลง แต่ในขณะที่เดียวกัน หลายคู่เกิดความรักและความเข้าใจกันในครอบครัวมากขึ้น ทะเลาะเบาะแว้งกันน้อยลง ต่างฝ่ายต่างปรับเปลี่ยนตนเองให้ดีขึ้นเพื่อประคับประคองชีวิตคู่ไปด้วยกัน ดังที่ Skolnick (1981) อ้างถึงในนงพงา ลิมสุวรรณ และ สุวรรณิ พุทธิศรี, (2545) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตมีโอกาสเปลี่ยนแปลงสูง โดยมีปัจจัยต่างๆ เช่น เงิน สุขภาพ ความสำเร็จในอาชีพการงาน ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญต่อความเป็นสุขของชีวิตคู่

2) เพิ่มภาระหน้าที่และค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เช่นเดิม ภาระและความรับผิดชอบทั้งหมดจึงตกเป็นของคู่ชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ทองคุณ (2545) ที่พบว่า ภรรยาของผู้ป่วยจิตเภทมีกระบวนการปรับตัวภายหลังจากทำความเข้าใจความเจ็บป่วยของสามิแล้ว โดยเปลี่ยนบทบาทของตนเองเป็นผู้นำครอบครัว รับผิดชอบทุกอย่างในครอบครัว และมีการปรับวิธีการใช้จ่ายเพื่อให้เพียงพอในครอบครัว

3) ควบคุมอารมณ์ตนเองให้เร็วที่สุดเมื่อมีเหตุให้ทะเลาะกัน คู่ชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงการใช้ความรุนแรงในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ใช้วิธีจัดการโดยการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีหลากหลายวิธี ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้น จะมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งเป็นวิธีการปรับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เพื่อลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ (2551) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ หรือหงุดหงิด อารมณ์เสีย แสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้ดูแล ผู้ดูแลจะใช้วิธีถอยห่างจากสถานการณ์ที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความตึงเครียด ซึ่งอาจมีการโต้ตอบอารมณ์ด้วยวาจาหรือการกระทำซึ่งกันและกัน

4) เหนื่อยจนท้อจากการดูแล ภาระและความรับผิดชอบต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้คู่ชีวิตของผู้ป่วยเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ จนเกิดความท้อแท้ในการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดภาระการดูแล (burden) ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกยากลำบากจากการดูแล (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Kumari et al. (2009) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้คู่ชีวิตเกิดความกดดันทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง จนเกิดความกังวลใจ ความผิดหวัง เนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน และไม่สามารถคาดเดาอาการของผู้ป่วยได้ รู้สึกไม่ได้รับความพึงพอใจกับชีวิต และต้องการความเป็นอิสระจากการดูแลเกิดความโศกเศร้า ความกลัว เหน็ดเหนื่อย และท้อแท้ในการดูแล

5) หาตัวช่วยในการดูแล ดังที่สุนทรภรณ์ ทองไสย (2558) กล่าวว่า เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท ภาระความรับผิดชอบต่างๆ ในครอบครัวจะตกแก่สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ทำให้ต้องรับปัญหาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ต้องใช้เวลาในการทำงานมากขึ้น โอกาสและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอจึงน้อยลง แต่จะเห็นว่า คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้มีการปรับตัวในทางบวกและแสวงหาแนวทางที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย โดยการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และใช้อุปกรณ์สื่อสารเป็นตัวช่วยในการดูแล

6) ปรับความคิดและจิตใจ การปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยนั้น แต่ละคนมีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมือนกัน คือ การใช้กลไกทางจิตเพื่อให้ตนเองยอมรับและเข้าใจในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสามิภรรยาของตน และยังเป็นการสร้างกำลังใจให้แก่ตนเองในการใช้ชีวิตดูแลผู้ป่วยต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากการใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตนเอง เป็นวิธีหนึ่งที่จะลดความเครียดลงได้ (Freud, 1940 อ้างถึงในประยูร สุขะใจ, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญา เจริญจำ (2551) ที่พบว่า ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีสภาพจิตใจที่หลากหลาย มีจิตใจที่เป็นทุกข์และจิตใจที่เป็นสุขหม่นเวียนเป็นวงจรตลอดการให้การดูแล และมีการปรับสภาพจิตใจเพื่อทำให้สภาพจิตใจของตนดีขึ้น

7) ภูมิใจที่ทำให้อาการดีขึ้น โดยการดูแลของตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ ก็จะทำให้เกิดความสุขสบายใจมากขึ้น ซึ่งเป็นผลลัพธ์ในการปรับตัวด้านจิตใจตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ Seeman (2012) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบบวกต่อคู่ชีวิตที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าคู่ชีวิตมีความพึงพอใจที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ เกิดความภูมิใจที่สามารถ

จัดการกับความทุกข์ของตนเองได้ และเกิดความเข้มแข็งที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย

ประเด็นที่ 3 การดูแลตามอาการที่เป็น ประกอบด้วย ประเด็นย่อย 5 ประเด็น ดังนี้

1) สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งบอกถึงอาการกำเริบ การเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เป็นสัญญาณว่าเริ่มจะมีอาการทางจิตกำเริบในลักษณะต่างๆ มาจากการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิดในแต่ละวัน ความสนิทสนมใกล้ชิดกันนี้ทำให้คู่วิตของผู้ป่วยสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Agard, Egerod, Tonnesen, and Lomborg (2015) ที่พบว่า คู่วิตของผู้ป่วยจะมีการสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ว่ามีอาการที่บ่งบอกถึงการกำเริบของโรคหรือการฟื้นฟูหายจากโรคหรือไม่ และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ (2551) ที่พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลแบบลอบสังเกตโดยที่ผู้ป่วยไม่รู้ตัว ซึ่งจะช่วยให้สามารถประเมินความผิดปกติทางจิตและสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไปได้

2) ดูแลความปลอดภัยเมื่อมีอาการกำเริบ การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเพื่อลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ป้องกันความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการมากขึ้น และป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหากออกไปสู่สังคมภายนอกในช่วงที่มีอาการทางจิตเกิดขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากแนวคิดทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ Watson (1985) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่จะส่งเสริมการดูแลที่สำคัญ คือ การประคับประคอง สนับสนุน แก้อาการทางจิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Agard et al. (2015) ที่พบว่า คู่วิตมีการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยสร้างสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วย

3) พุดคุยด้วยถ้อยคำอ่อนโยนเมื่อมีอาการกำเริบ โดยค่อยๆ อธิบายให้รับรู้และอยู่กับความจริงในปัจจุบัน ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหนึ่งของความเครียดในผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ปัญหาการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังนั้น การตอบสนองพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ด้วยพฤติกรรมหรือคำพูดที่แสดงถึงความรุนแรง จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือมีอาการทางจิตมากขึ้น การจัดการกับพฤติกรรมหรืออาการดังกล่าวจึงควรใช้ถ้อยคำที่ไพเราะ นุ่มนวล อ่อนโยน ให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย ไม่ถูกคุกคาม (จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์,

2544) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ (2551) ที่พบว่า การใช้คำพูดที่นุ่มนวล น้ำเสียงอ่อนโยน ไม่พูดขู่ ตะคอก หรือตะโกนใส่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่แสดงอาการก้าวร้าว อาการทางจิตไม่กำเริบ และยังสามารถโน้มน้าวใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการได้

4) เรียนรู้การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ในช่วงแรกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือช่วงที่มีอาการทางจิตกำเริบ คู่วิตของผู้ป่วยเป็นผู้จัดยาให้เอง หลังจากที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้นได้ปรับเปลี่ยนเป็นการสอน คอยบอกย้ำ กระตุ้นเตือนให้รับประทานยา และใช้วิธีการสังเกตร่วมด้วย เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของการรับประทานยาอีกครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากคู่วิตของผู้ป่วยมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา สามารถคอยดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดมากกว่าบุคคลอื่น ๆ จึงมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมเรื่องการรับประทานยาและการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Gottlieb, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Agard et al. (2015) ที่พบว่า คู่วิตจะคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้การช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหารเช้า การรับประทานยา คอยกระตุ้นและเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา

5) หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกไวต่อความเครียดต่างๆ มากกว่าคนปกติ ทนกับความเครียดหรือความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี และมีการตอบสนองต่อความเครียดไม่เหมาะสม (Zubin & Spring, 1997 อ้างถึงในพรทิพย์ ไชสะอาด, 2555) นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และมีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นจนเกิดการป่วยซ้ำ การเลือกใช้วิธีการป้องกันและลดความเครียดให้แก่ผู้ป่วยคู่วิตของผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและปรับเปลี่ยนตามสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย คู่วิตของผู้ป่วยรับรู้ข่าวสารเสพติดต่างๆ เป็นสิ่งกระตุ้นให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบ จึงพยายามหาวิธีการให้ผู้ป่วยเลิกสารเสพติดให้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนนท์ ชันแข็ง (2548) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลผู้ป่วยในระยะอาการสงบหรือไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ โดยการให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพจิตควรให้คำปรึกษาแก่คู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การบริหารเวลาให้

สอดคล้องกับบริบทการดูแลและการดำเนินชีวิต การจัดการปัญหาที่เหมาะสม และการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

1.2 บุคลากรทางสุขภาพจิตควรเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะในระยะแรกของการตรวจวินิจฉัยโรครวมทั้งเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญของการดูแลเพื่อป้องกันอาการกำเริบ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลของคู่อุปถัมภ์ผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้หรือแยกจากคู่อุปถัมภ์ที่เป็นโรคจิตเภท

2.2 ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาแก่คู่อุปถัมภ์ผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคู่อุปถัมภ์ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2557). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิง.
- กาญจนา ลุคินันท์. (2547). *หน้าที่ของครอบครัว*. สืบค้นจาก <https://pirun.ku.ac.th/~agrpt/lesson4/role2.html>
- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. (2544). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 15(2), 52-65.
- จิรนนท์ ชันแข็ง. (2548). *ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทียนทอง หาระบุตร. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชิตารัตน์ คณิงเพชร. (2556). *ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 57-66.
- นงพงา ลิ้มสุวรรณ, และสุวรรณี พุทธิศรี. (2545). ความคาดหวังจากชีวิตคู่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 47(3), 197-208.

ประยูร สุขะใจ. (2558). *การปรับตัวในสถานการณ์วิกฤติของชีวิต*. สืบค้นจาก http://www.mcu.ac.th/site/articlecontent_desc.php?article_id=2096&menutype=1&articlegroup_id=330

พรทิพย์ ไชยสะอาด. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2551). *การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของครอบครัวไทย*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22(1), 1-7.

สายพิน เกษมกิจวัฒนา, และปิยะภรณ์ ไพโรจน์. (2557). *ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *ปี 59 สปสช. จับมือภาคี เปิดงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2015/12/11414>

สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). *การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน*. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 159-167.

สุพัทธา ทองคุณ. (2545). *กระบวนการปรับตัวของภรรยาของผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาที่จังหวัดนครพนม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เสาวภา พริ้วตะคุ. (2549). *การเปรียบเทียบความต้องการความช่วยเหลือและความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส บุตร และพี่น้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (2553). *คู่มือการให้คำปรึกษาคู่สมรส*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิง.

อภิญา เจริญจำ. (2551). *ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมาพร ตรังสมบัติ. (2545). *จิตวิทยาชีวิตคู่และการบำบัดคู่สมรส*. กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์.

- Agard, A. S., Egerod, I., Tonnesen, E., & Lomborg, K. (2015). From spouse to caregiver and back: A grounded theory study of post-intensive care unit spousal caregiving. *The Journal of Advanced Nursing, 71*(8), 1892-1903.
- Brichford, C., & Carson-DeWitt, R. (2014). *Schizophrenia in marriage & long-term relationships*. Retrieved from <http://www.everydayhealth.com/hs/schizophrenia-caregiver-guide/schizophrenia-&-relationships/>
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as a phenomenologist views it. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). New York: Oxford University Press.
- Gottlieb, B. H. (1985). Assessing and strengthening the impact of social support on mental health. *Social Work, 30*(4), 293-300.
- Husserl, E. (1969). *Ideas: General introduction to pure phenomenology* (5th ed.). London: George Allen and Unwin.
- Ikebuchi, E. (2006). Support of love, marriage, and childcare of persons with schizophrenia. *Japanese Journal of Psychiatric Treatment, 21*, 95-104.
- Ip, G. S. H., & Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The experiences of family carers in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing, 12*(5), 288-294.
- Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2004). The disregarded caregivers: Subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin, 30*(3), 665-675.
- Kageyama, M., Yokoyama, K., Nagata, S., Kita, S., Nakamura, Y., Kobayashi, S., & Solomon, P. (2015). Rate of family violence among patients with schizophrenia in Japan. *Asia-Pacific Journal of Public Health, 27*(6), 652-660.
- Kaushik, P., & Bhatia, M. S. (2013). Burden and quality of life in spouses of patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Delhi Psychiatry Journal, 16*(1), 83-89.
- Kumari, S., Singh, A. R., Verma, A. N., Verma, P. K., & Chaudhury, S. (2009). Subjective burden on spouses of schizophrenia patients. *Industrial Psychiatry Journal, 18*(2), 97-100.
- Lasswell, T. E., & Lasswell, M. E. (1976). I love you but I'm not in love with you. *Journal of Marriage and Family Counseling, 2*(3), 211-224.
- Lawn, S., & McMahon, J. (2014). The importance of relationship in understanding the experiences of spouse mental health carers. *Qualitative Health Research, 24*(2), 254-266.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Mizuno, E., Iwasaki, M., & Sakai, I. (2011). Subjective experiences of husbands of spouses with schizophrenia: An analysis of the husbands' descriptions of their experiences. *Archives of Psychiatric Nursing, 25*(5), 366-375.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations, 34*(1), 19-26.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: A meta-analytic comparison. *Psychology and Aging, 26*(1), 1-14.
- Seeman, M. V. (2012). Bad, burdened or ill? Characterizing the spouses of women with schizophrenia. *The International Journal of Social Psychiatry, 59*(8), 805-810.
- Thara, R., & Srinivasan, T. N. (1997). Outcome of marriage in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32*(7), 416-420.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston, MA: Little Brown.
- Yin, Y., Zhang, W., Hu, Z., Jia, F., Li, Y., Xu, H., ... Qu, Z. (2014). Experiences of stigma and discrimination among caregivers of persons with schizophrenia in China: A field survey. *PLoS ONE, 9*(9), 1-11.