

ผู้ดูแลไทย: การแสวงหาการช่วยเหลือญาติที่เป็นโรคจิตเภท

พิชามณย์ ปุณโณทก ป.ร.ค.*, ธนวรรณ อาษาธิรัฐ พย.ม.*, นุชนาถ แก้วมาตร ศษ.ม.*, เวทีส ประทุมศรี พ.บ.**

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 20131

**แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24000

Abstract: Thai Caregivers: Help Seeking for Relatives with Schizophrenia

Poonnotok P*, Asarath T*, Kaewmart N*, Pratoomsri W,**

*Nursing Faculty, Burapha University 169 Longhardbangsan Rd., Sansuk, Mueang Chonburi, Chonburi, 20131

** Psychiatric Outpatient Department, Buddhasothorn Hospital, Mueang Chachoengsao, Chachoengsao, 24000 (E-mail: mouth.mind@gmail.com)

It is known worldwide that duration of untreated psychosis is associated with poor treatment outcome of schizophrenia. Early detection and early treatment may be a solution of this issue. In Thai context, it may a little known about caregivers' experiences in seeking help for relatives with schizophrenia before getting first psychiatric treatments. This study aimed to explain about caregivers' perceptions and responses from the firstly noticing of their relatives' deviated behaviors to their relatives' getting the first psychiatric treatment. The data obtained via in-depth interviews among thirteen caregivers who cared for relatives with schizophrenia for more than five years, at outpatient clinic of a hospital in Thailand. Thematic analysis was used for data analysis. "To get to the end" emerged as the main theme describing caregivers' responses from initially concern of patient's deviated behaviors to getting first psychiatric treatments. It comprised four sub-themes: 1) responding as usual, 2) going to a physician first, 3) seeking alternative options, and 4) ending with psychiatric treatment. When caregivers firstly noticing deviated behaviors of their relatives, they perceived as normal. Therefore, they responded as usual. When the relatives' deviated behaviors were persistent and escalated, the caregivers were likely aware and suspicious of mental illness. They could no longer ignoring and start for seeking helps. In seeking help, only one caregiver took their relative directly to psychiatrist. Most of them decided to obtain modern medicine by firstly taking their relatives to physician. Some caregivers sought other options, such as alternative medicine, or seeing a monk for holy water sprinkling, to get rid of a black magic as their belief. However, when the relatives' psychotic symptoms became more severe and uncontrollable, caregivers eventually took their relatives to get a commencement of psychiatric treatment. The study findings add to nursing's knowledge regarding seeking-help process before getting the first psychiatric treatment, and have implications for the development of an intervention to help family for early detection of mental illness in order to decrease the duration of untreated psychosis. Future studies should explore deeply regarding factors related duration of untreated psychosis.

Keywords: Caregivers, Schizophrenia, Help seeking experience

บทคัดย่อ

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาทางจิตเวช มีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่ไม่ดีของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท และทางออกสำหรับประเด็นนี้คือการคัดกรองและการรักษาแต่เนิ่นๆ แต่สำหรับบริบทไทย ประสบการณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการแสวงหาการช่วยเหลือก่อนผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการรักษาทางจิตเวชครั้งแรกยังไม่เป็นที่ทราบดี การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งอธิบายการรับรู้และการตอบสนองของผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมผู้ป่วย จนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และรักษาทางจิตเวชครั้งแรก โดยข้อมูลได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ดูแล 13 ราย ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมานานกว่า 5 ปี ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชแห่งหนึ่งในประเทศไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) "ไปให้สุดทาง" เป็นแนวคิดหลักที่อธิบายการตอบสนองของผู้ดูแลตั้งแต่ที่เริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงไปของพฤติกรรมผู้ป่วย จนถึงการทำผู้ป่วยมารับการรักษาทางจิตเวชครั้งแรก ประกอบด้วย 4 หัวข้อย่อย คือ 1) ทำตามวิถีปกติ 2) ไปพบแพทย์ฝ่ายกายก่อน 3) ค้นหาทางเลือกอื่น และ 4) จบลงที่การรักษาทางจิตเวช หลังจากเริ่มสังเกตเห็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ผู้ดูแลยังไม่ได้คิดว่าเป็นความผิดปกติ จึงตอบสนองตามปกติที่เคยทำ เมื่อพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยยังคงเป็นอยู่ หรือ

รุนแรงขึ้น ผู้ดูแลจะเริ่มตระหนักว่าเป็นความผิดปกติ และสงสัยว่าอาจจะป่วยทางจิต จึงอยู่นิ่งเฉยไม่ได้อีกต่อไป และเริ่มแสวงหาการช่วยเหลือ ในการแสวงหาการช่วยเหลือ มีผู้ดูแลเพียงรายเดียวที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาทางจิตเวชโดยตรง ผู้ดูแลส่วนใหญ่พาผู้ป่วยไปตรวจรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบัน โดยพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่รักษาโรคฝ่ายกายก่อน และบางส่วนเลือกที่จะใช้ทางเลือกอื่น เช่น การแพทย์ทางเลือก หรือไปรดน้ำมนต์กับพระเพื่อขับไล่มนต์ดำตามความเชื่อ แต่สุดท้ายเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้นและไม่สามารถควบคุมได้แล้ว ผู้ดูแลจึงพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาทางจิตเวช ผลการศึกษาในครั้งนี้ได้เพิ่มองค์ความรู้ทางการพยาบาล เกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการช่วยเหลือก่อนรับการรักษาทางจิตเวชครั้งแรก สามารถนำมาเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัว ให้สามารถคัดกรองอาการทางจิตด้วยตัวเองได้เร็วยิ่งขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่ระบบการรักษาทางจิตเวชได้เร็วขึ้น และควรศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับการรักษาทางจิตเวชล่าช้าต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ดูแล โรคจิตเภท ประสบการณ์การแสวงหาการช่วยเหลือ

บทนำ

จิตเภทเป็นหนึ่งในโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง จากงานวิจัยที่ผ่านมารายงานว่า มีผู้ป่วยจิตเภทเพียงร้อยละ 20-30 สามารถฟื้นหายและดำเนินชีวิตตามปกติได้ที่เหลือคือผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการระดับปานกลางและมีความเสื่อมด้านความสามารถในการคิด และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ¹ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการรักษาผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาทางจิตที่ยาวนานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลลัพธ์ทางการรักษาที่ไม่ค่อยดี การมีอาการทางบวกและอาการทางลบที่รุนแรง มีการฟื้นคืนหายยาก และมีความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ทางสังคม การศึกษาที่ผ่านมาสรุปไว้ว่าทางออกสำหรับประเด็นนี้คือการคัดกรองและการรักษาแต่เนิ่นๆ²⁻⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ในระยะเริ่มต้นการเจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลมีความยุ่งยากอย่างมากในการแยกแยะพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ออกจากอาการทางจิต เนื่องจากมีอาการที่ไม่ชัดเจน^{1,6-7} และในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ อยู่กับความลังเลสงสัยในพฤติกรรมนั้นๆ ของผู้ป่วย ก่อนที่จะพาผู้ป่วยไปรับการรักษาวินิจฉัยโรคและรับการรักษาทางจิตเวชในครั้งแรก ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอว่า พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคืออะไร และควรจะทำอย่างไร^{1,7} นอกจากนี้ ยังมีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระยะแรก⁸ ที่พบว่า ในช่วงแรกที่สังเกตได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเริ่มเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลมักจะรับรู้ว่าเป็นภาวะปกติ และรอดูพฤติกรรมไปก่อนจนกระทั่งผู้ป่วยมีพฤติกรรมผิดปกติมากขึ้นจึงพาผู้ป่วยมารับการรักษาทางจิตเวช

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาทางจิตเวชที่ผ่านมา สนับสนุนว่า ความไม่ชัดเจนของอาการในช่วงเริ่มต้น และการไม่มีงานทำ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการไม่ได้รับการรักษาทางจิตเวช การที่ครอบครัวประเมินและตัดสินใจอาการของผู้ป่วยผิดพลาดก็เป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้การรับการรักษาทางจิตเวชเกิดความล่าช้า⁹ อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ในการแสวงหาการช่วยเหลือของครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนจะได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรกน้อยมาก งานวิจัยเชิงคุณภาพส่วนใหญ่ให้ความสนใจในประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้ว การศึกษาครั้งนี้จึงสนใจในประสบการณ์ของผู้ดูแลในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมผู้ป่วยในระยะก่อนได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภท และรับการรักษาทางจิตเวช

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการแสวงหาการช่วยเหลือของผู้ดูแล ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทางจิตเวชครั้งแรก ความรู้ที่ได้จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือและสนับสนุนครอบครัวหรือญาติที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ให้สามารถค้นหาคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชได้เร็วและไม่เกิดความล่าช้าในการรับการรักษาทางจิตเวช โดยใช้วิธีศึกษาเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์ที่มุ่งเน้นการค้นหาลักษณะที่ซ่อนเร้นอยู่ในผู้มีประสบการณ์เรื่องนั้นโดยตรง ซึ่งเชื่อว่าจะเป็นผู้ที่มีความรู้ในประเด็นที่ต้องการศึกษามากที่สุด ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 13 ราย ที่พาผู้ป่วยมารับบริการหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยจากจิตแพทย์มานานกว่า 5 ปี 3) มีอายุมากกว่า 18 ปี และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สำหรับผู้ดูแลที่จะไม่รับเข้าเป็นผู้ร่วมโครงการศึกษา ได้แก่ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลสมาชิกครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นในบ้านเดียวกัน และผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยทางจิต เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาประมาณ 70 นาที รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2560 โดยในการถามเจาะลึก จะใช้คำถามปลายเปิดถามเกี่ยวกับประสบการณ์การตอบสนองต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ก่อนได้รับการรักษาโรคทางจิตเวชครั้งแรก และจะใช้คำถามแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ได้รายละเอียดในแต่ละประเด็นมากขึ้น ข้อมูลที่ได้มาจะถูกนำมาวิเคราะห์ตีความเชิงเนื้อหา ดังนี้ 1) อ่านเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลรายบรรทัด 2) ให้อ่าน หรือให้ชื่อจากในแนวคิดหลักที่วิเคราะห์ได้จากประโยคหรือวลี 3) รวมกลุ่มของแนวคิดที่เกี่ยวข้องในเรื่องเดียวกันเป็นกลุ่มแนวคิดตรงและ 4) รวมกลุ่มแนวคิดตรง ที่น่าจะอธิบายปรากฏการณ์เดียวกันเข้าไว้ด้วยกัน และให้ชื่อที่อธิบายภาพรวมของประสบการณ์ของผู้ดูแลในการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนหรือเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มสังเกตเห็นจนถึงพาผู้ป่วยมารับการรักษาทางจิตเวช การศึกษานี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 13 คน เป็นเพศหญิงเกือบทั้งหมด มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น มารดา 6 คน บิดา 1 คน พี่สาว 5 คน และน้องสาว 1 คน อายุระหว่าง 39 - 75 ปี อายุเฉลี่ย 58.07 ปี ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลมากกว่า 5 ปี - 30 ปี ระยะเวลาการดูแลเฉลี่ย 14.46 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (9 รายใน 13 ราย) ที่เหลือนับถือศาสนาอิสลาม สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่มีอาชีพแน่นอน 8 ราย มีรายได้ไม่เพียงพอ 6 ราย ส่วนสถานภาพสมรส มีผู้ดูแล 7 รายที่อยู่ด้วยกันกับคู่สมรส

สำหรับผู้ป่วยในความดูแล มีอายุระหว่าง 25 - 60 ปี อายุเฉลี่ย 46 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่ง (9 รายใน 13 ราย) เป็นผู้ชาย และไม่ได้ประกอบอาชีพ 8 ราย ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด จากผู้ป่วยทั้งหมดมีเพียง 1 รายที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่เหลือ มี 4 รายที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 - 2 ครั้ง มี 5 รายที่เคยเข้ารับการรักษา 3 - 6 ครั้ง และมี 3 รายที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 6 ครั้ง

2. ประสบการณ์การแสวงหาการช่วยเหลือ

“*ไปให้สุดทาง*” เป็นแนวคิดหลักที่อธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงไปของพฤติกรรมผู้ป่วย จนถึงการพาผู้ป่วยมารับการรักษาทางจิตเวชครั้งแรก ซึ่งผู้ดูแลใช้ระยะเวลาตลอดกระบวนการแตกต่างกัน ตั้งแต่เป็นเดือน จนเป็นปี ประกอบด้วย 4 หัวข้อย่อย ดังนี้

1. **ทำตามวิถีปกติ** เป็นการตอบสนองของผู้ดูแลในระยะแรกที่เริ่มสังเกตเห็นความผิดปกติของผู้ป่วย เช่น แยกตัว พุดน้อยลงนอนไม่ค่อยหลับ ไม่ค่อยทำกิจวัตรประจำวัน ไม่ไปทำงาน เป็นต้น แต่เนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยเพิ่งเริ่มเปลี่ยนแปลง และไม่รุนแรง ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะจะเป็นเพราะเครียดตามปกติที่เกิดขึ้นได้ หรือเป็นไปตามวัย เช่นวัยรุ่นที่จะมีพฤติกรรมแยกตัว หรือเศร้าจากอกหัก หรือมีปัญหากับเพื่อน ใช้สารเสพติด หรือคิดว่าอาจจะเกี่ยวข้องกับโรคทางกาย จึงตอบสนองตามปกติ เช่น สอบถาม ตกเดือน และรอดูพฤติกรรมหรืออาการไปก่อน ดังคำอธิบายของมารดารายหนึ่ง “*ครั้งแรกที่เป็นคิดว่าน่าจะเกี่ยวกับไทรอยด์รีเพล่า มันบวม เคี้ยวจะไปเรื่อยเปื่อย ของก็ไม่อยากจะขาย เราก็ยังไม่คิดอะไรมาก คิดว่าปกติ ก็ดูไปก่อน*”

ผู้ดูแลบางคนมีทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย เช่น คิดว่าเป็นพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ ซึ่เกียจ หรือแกล้งทำ ก็ดูว่า ลงโทษผู้ป่วยที่ทำพฤติกรรมไม่เหมาะสม ดังคำอธิบายของบิดารายหนึ่งเล่าถึงการตอบสนองต่อพฤติกรรมผิดปกติของลูกว่า

“...วันนั้นที่เป็นก็หยิบเสื้อผ้าไปทำงาน ใส่แบบไม่รู้ว่าจะ

ใส่อะไร ผมนึกว่าแก้ง แบบไม่เหมาะสมคือจะไปไว้ก็เอาเสื่อมาใส่ทับๆ กัน ไป มันไม่น่าจะทำแบบนั้น ผมก็นึกว่าแก้ง วันนั้นผมก็ตีเค้า”

2. ไปพบแพทย์ฝ่ายกายก่อน ในกรณีผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการทางจิตของผู้ป่วยไม่รุนแรง ผู้ดูแลมักจะพาผู้ป่วยไปพบแพทย์แผนปัจจุบันที่ตรวจรักษาโรคทางกายตามโรงพยาบาลทั่วไปหรือตามคลินิกก่อน ทั้งนี้เพราะผู้ดูแลส่วนหนึ่งสะดวกที่จะไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน อีกทั้งคิดว่าอาการของผู้ป่วยน่าจะเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกาย แพทย์ที่โรงพยาบาลฝ่ายกายก็น่าจะช่วยตรวจหรือรักษาผู้ป่วยได้ ดังคำบอกเล่าของผู้ดูแลคนหนึ่งว่า

“ก็เมื่อก่อนเค้าก็นั่งๆ ไม่พูดอะไรเลย เค้าเฉยๆ นั่งนิ่งๆ เราคิดว่ามันเป็นปกติ พอนานเข้าก็ไม่ตื่น คิดว่าเป็นทางสมองพาไปหาหมอคลินิกทางกายนะ ยังไม่ได้หาจิตแพทย์แต่แรก”

3. ค้นหาทางเลือกอื่น ผู้ดูแลส่วนหนึ่งแม้ว่าจะสงสัยว่าผู้ป่วยจะเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช แต่เชื่อว่าเกิดจากอำนาจเวทย์มนต์หรือพลังที่เหนือธรรมชาติ ซึ่งเป็นความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อคนในสังคมไทยมายาวนานในการดำเนินชีวิตรวมถึงวิธีการดูแลสุขภาพ ผู้ดูแลจึงพาผู้ป่วยไปรับการรักษาตามความเชื่อ เช่น พาไปรดน้ำมนต์กับพระ ไปพบหมอผี ทำพิธีกรรมต่างๆ เช่น เข้าทรง ซึ่งในการทำพิธีกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ ต้องใช้เวลาหลายครั้ง ผู้ป่วยต้องรับองค์มาและปฏิบัติตัวตามข้อกำหนด เช่น ต้องตั้งหิ้งกราบไหว้บูชา บางคนต้องใส่ยาสมุนไพรร่วมด้วยกับการทำพิธีกรรม ดังที่มารดาคนหนึ่งเล่าว่า

“ช่วงแรกไม่ได้กินยาหมอหรือ ตอนแรกเลยคิดว่าคงไปผิตอะไรเข้า ไปหาหมอทรง เค้กก็ให้ยาหม้อมา กินก่อนสองหม้อ ก็พออยู่ได้ แต่ก็ยังเป็นมากจนอีก”

นอกจากนี้ ในการแสวงหาทางเลือกอื่น ๆ ยังเกี่ยวกับการที่ผู้ดูแลมีความหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น ต้องการทำให้ถึงที่สุด หรือไปให้สุดทางก่อนที่จะต้องไปถึงโรงพยาบาลจิตเวช ดังที่บิดาคนหนึ่งอธิบายว่า “คือมันไม่ใช่หรอกครับ คือตอนนั้นมันเหมือนอะไร ไปให้สุดทาง เดียวเราจะไม่ได้ไปว่านั่นแหละ ทำทุกอย่างเมื่อว่ามันจะดีขึ้น คิดอย่างนั้น”

4. จบลงที่การรักษาทางจิตเวช มีผู้ดูแลรายเดียวที่มีความรู้เรื่องโรคจิตเวช และรับรู้ว่าการพาไปรับการรักษาทางจิตเวชจะทำให้ผู้ป่วยหายยาก แม้ผู้ป่วยจะมีการไม่รุนแรงก็จะพามาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชโดยตรงตั้งแต่แรก ผู้ดูแลที่เป็นพี่สาวของผู้ป่วยรายหนึ่งที่เคยศึกษาเรื่องโรคจิตเวชมาก่อนเล่าว่า “เนื่องจากเรามีความรู้ด้านนี้ เมื่อสังเกตเห็นอาการของน้องพอจะเดาๆ ได้ว่าต้องออกมาทางนี้ พาไปพบจิตแพทย์เลย”

นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนหนึ่งที่รับรู้ว่ามีพฤติกรรมผิดปกติชัดเจน เช่น มีความคิดหลงผิด พูดคนเดียว หรือ วุ่นวาย อาละวาด จะสงสัยว่าผู้ป่วยอาจจะป่วยทางจิต เพราะเคยพบคนที่มีอาการหรือพฤติกรรมคล้ายกันหรือแบบเดียวกันที่ต้องรับการรักษาทางจิต และญาติหรือเพื่อนบ้านที่เคยมีประสบการณ์พบเห็นพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชก็ให้แนะนำว่าควรพามารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชโดยตรง ผู้ดูแลเหล่านี้จะพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลจิตเวชตั้งแต่เริ่มสังเกตเห็นพฤติกรรมผิดปกติ มารดาคนหนึ่งที่มีบุตรมีพฤติกรรมวุ่นวายสับสนมากเล่าว่า

“ไม่ได้ไปทีอื่นเพราะว่า คือรู้ว่าลูกเรามาไม่ได้ป่วยธรรมดาแล้วค่ะ ก็เลยจับไปตีศรีธัญญาเลยคะ ตอนนั้นอาละวาดเลยบอกว่าเห็นโน่นนี่ มันไม่มี ทีนี้ก็ไม่คิดอย่างอื่นแล้ว”

ส่วนผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่รักษาโรคทางกาย หรือทางเลือกอื่นๆ ก่อน เมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและคนอื่น หรือเสียหายต่อทรัพย์สิน ผู้ดูแลก็จะพามารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชในที่สุด ดังบิดารายหนึ่งที่พาบุตรไปพบแพทย์ที่รักษาโรคทางกาย และหมอผีมาก่อน เล่าว่า

“ทีแรกผมไม่เข้าใจ ผมพยายามพาไปหาหมอโรงพยาบาล

ในกรุงเทพ เสียเงินเสียทองก็ไป หมอปลาเค้าก็ไป หมอผีนะที่ออกทีวี แม่บ้านเค้าอยากพาไป... แต่สุดท้ายเอาไม่อยู่ก็ต้องหาหมอจิตเวช”

วิจารณ์

ในการศึกษาที่ผ่านมาเน้นผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลและประสบการณ์ในการจัดการกับอาการทางจิตของผู้ดูแลสำหรับการศึกษารุ่นนี้ได้ให้องค์ความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการช่วยเหลือก่อนได้รับการรักษาทางจิตเวชครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ เมื่อพบพฤติกรรมที่มีปัญหาของผู้ป่วย จะยังไม่คิดถึงเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต หรือแม้จะสงสัย เกือบทั้งหมดจะพยายามดิ้นรนไปให้สุดทาง โดยพยายามให้การดูแลผู้ป่วยด้วยวิธีการอื่น หรือทางเลือกอื่นๆ หรือพาไปพบแพทย์ที่รักษาโรคทางกายก่อนจะมารับการรักษาทางจิตเวช เนื่องจากมีความเข้าใจว่าแพทย์ที่รักษาโรคทางกายก็จะให้การรักษาส่งผู้ป่วยได้ แม้ว่าโรงพยาบาลประจำจังหวัดจะมีแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชก็ตาม ซึ่งผลการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าโรงพยาบาลจิตเวชจะเป็นแหล่งสุดท้าย เนื่องจากอิทธิพลจากความเชื่อเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ ผู้ดูแลจะพยายามใช้การดูแลแบบดั้งเดิมหรือการเยียวยาทางจิตวิญญาณก่อนอื่น¹⁰⁻¹¹

จากผลการศึกษาข้างพบว่า ในกระบวนการแสวงหาการช่วยเหลือ เป็นไปตามความเข้าใจของผู้ดูแล เกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้ความรุนแรงของอาการ หากอาการของผู้ป่วยไม่รุนแรงชัดเจน ผู้ดูแลมักจะเข้าใจว่าเป็นความเครียดตามปกติที่เกิดขึ้นตามวัยและสถานการณ์ของชีวิต และบางครั้งก็เข้าใจว่าเกิดจากการใช้สารเสพติด หรือคิดว่าอาจจะเกี่ยวข้องกับโรคทางกาย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยทฤษฎีพื้นฐานในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระยะห้าปีแรก^{6, 13-15} ที่พบว่า การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ดูแลมีความยุ่งยากในการทำความเข้าใจและแยกแยะอาการทางจิต ส่วนใหญ่จะมองว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยเป็นปกติทั่วไป โดยเฉพาะกรณีที่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปไม่รุนแรงมาก

นอกจากนี้ มีการศึกษาที่ผ่านมาที่สนับสนุนว่า การที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์ล่าช้า นั้นมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ดูแลยังมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับผลของความล่าช้าในการรับการรักษาทางจิตเวช ต่อผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วย¹⁰ และหากผู้ดูแลมีการศึกษาสูงจะดูแลจัดการกับอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ดีกว่า¹² การศึกษารุ่นนี้ ผู้ดูแลมากกว่าครึ่งมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และเกือบทั้งหมดไม่ได้พาผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์โดยตรงตั้งแต่แรก มีผู้ดูแลเพียงรายเดียวที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท และมีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช ซึ่งพาผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ ส่วนผู้ดูแลรายอื่นที่พาผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์โดยตรงตั้งแต่แรก ก็เนื่องจากเคยมีประสบการณ์พบเห็นผู้ที่มีพฤติกรรมคล้ายกันที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และอาการของผู้ป่วยเองก็มีความรุนแรงชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่บ่งชี้ว่า อาการที่รุนแรงของผู้ป่วยที่แสดงถึงอาการทางจิตที่ชัดเจน เช่น มีความคิดหลงผิด ประสาทหลอน อาละวาด วุ่นวาย สับสน เป็นต้น เป็นจุดเริ่มต้นให้ผู้ดูแลเกิดความสงสัยหรือนึกถึงการเจ็บป่วยทางจิต และนำผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์⁶

ข้อค้นพบสุดท้ายของการศึกษารุ่นนี้คือ “จบลงที่การรักษาทางจิตเวช” ซึ่งเป็นปลายทางของการดิ้นรนพยายามช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดีขึ้น มีการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา ที่ได้อธิบายถึงกระบวนการแสวงหาการช่วยเหลือของผู้ดูแลแล้ว ในกระบวนการแสวงหาการช่วยเหลือนี้ ประกอบด้วย การหาข้อมูลว่าจะอะไรที่จะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้ และการปรึกษาเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจ และทดลองใช้วิธีการต่างๆ อย่างมีความหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้น¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่า การแสวงหาการช่วยเหลือผู้ป่วยกว่าจะถึงปลายทาง ผู้ดูแลได้ผ่านขั้นตอนการพยายามใช้วิธีการอื่นๆ จนในที่สุด เมื่ออาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น จึงต้องมาเริ่มต้นรับการรักษาทางจิตเวชโดยตรง

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้มารับการรักษาทางจิตเวชครั้งแรก ผู้ดูแลจะพยายามหาทางช่วยเหลืออย่างอื่นก่อน เช่น พยายามดูแลในวิธีเดิมๆ ที่เคยทำ การไปพบแพทย์ที่รักษาโรคทางกาย การใช้ทางเลือกอื่น เมื่อสุดท้ายผู้ป่วยยังอาการไม่ดีขึ้นจึงมาเริ่มต้นรับการรักษาทางจิตเวช ทั้งนี้ เกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเวช และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคว่าเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งสะท้อนว่าถึงแม้ว่าในสังคมไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่าย แต่ความเชื่อในเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติยังมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพ และประชาชนยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาทางจิตเวช

ข้อเสนอแนะ

ข้อมูลจากการศึกษานี้ น่าจะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช ในด้านการส่งเสริมและการป้องกันโรค โดยอาจจะเป็นโปรแกรมการให้ความรู้ ข้อมูล และทักษะการคัดกรองโรคจิตเภทแก่กลุ่มเสี่ยง หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบที่หลากหลาย และทำการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมดังกล่าว จากผลการศึกษา ควรให้ความใส่ใจในประเด็นระดับการศึกษาของผู้ดูแล และความเชื่อเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติซึ่งเป็นบริบทของสังคมไทย โดยควรทำการ

ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสบการณ์ของผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาที่ต่างกัน และความเชื่อเรื่องสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตที่ต่างกัน ควรทำการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อช่วงเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาทางจิตเวช และควรทำการศึกษาถึงกระบวนการแสวงหาการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลในช่วง 5 ปีแรก

ข้อจำกัดในการศึกษา

ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงเข้าร่วมในการศึกษานี้มีจำนวนน้อยมาก ความแตกต่างของระดับการศึกษาอาจส่งผลต่อผลการวิเคราะห์ที่ได้ โดยเฉพาะในประเด็นความเชื่อเรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติที่ฝังแน่นที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล ในบริบทสังคมไทย เกณฑ์การคัดเข้าผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลมากกว่า 5 ปี อาจทำให้การจดจำในประสบการณ์บางอย่างเริ่มเลือน ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การแสวงหาการช่วยเหลือช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทางจิตเวชครั้งแรกบางประการ อาจไม่ได้ถูกถ่ายทอดออกมา และการสัมภาษณ์อาจยังไม่ได้เจาะลึกเพียงพอถึงเรื่องตรรกะ ซึ่งอาจจะเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการพยายามหลีกเลี่ยงการพาผู้ป่วยมาพบจิตแพทย์โดยตรงตั้งแต่แรก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาที่สนับสนุนทุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณผู้ดูแลผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

References

- Mohr WK, Regan-Kubinski MJ. Living in the fallout: parents' experiences when their child becomes mentally ill. Arch Psychiatr Nurs 2001; 15:69-77.
- Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: A systematic review. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:975-83.
- Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2005; 162: 1785-804.
- Penttila M, Jaaskelainen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2014; 205:88-94.
- Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, Evensen J, Haahr U, Joa I, et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. Am J Psychiatry 2012; 169:374-80.
- Poonnotok P, Thampanichawat W, Patoomwan A, Sangon S. Struggling to restore normalcy: Thai parents' experiences in being caregivers of children with early schizophrenia. Pac Rim Int J Nurs Res 2016; 20:71-84.
- Rose L, Mallinson RK, Walton-Moss B. A grounded theory of families responding to mental illness. West J Nurs Res. 2002; 24:516-36.
- Qiu Y, Li L, Gan Z, Wang J, Zheng L, Zhao J, et al. Factors related to duration of untreated psychosis of first episode schizophrenia spectrum disorder. Early Interv Psychiatry 2017; 22:doi.10.1111.
- Lincoln Y, Guba E. Establishing trustworthiness. In Bryman A, Burgess RG, editors. Qualitative Research, Vol III. Thousand Oaks (CA): Sage; 1999.
- Jack-Ide IO, Uys LR, Middleto LE. Caregiving experiences of families of persons with serious mental health problems in the Niger Delta region of Nigeria. Int J Ment Health Nurs 2013; 22:170-9.
- ธิดารัตน์ คณิงเพ็ชร. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารกองการพยาบาล. 2556; 40:57-66.
- Health Canada. Informational/family caregivers in Canada caring for someone with a mental illness. Final report. Decimal research Inc. [cited June 24, 2013] Available from: URL: http://www.Hc.sc.gc.ca/hcs/alt_formats/hpbddgps/pdf/pubs/2017-memtal_care_soins/2004-mental_care-soins-eng.pdf
- Caqueo-Urizar A, Miranda-Castillo C, Giraldez SL, Maturana SL, Pérez MR, Tapia FM. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. Psicothema 2014; 26: 235-43.
- McAuliffe R, O'Connor L, Meagher D. Parents' experience of living with and caring for an adult son or daughter with schizophrenia at home in Ireland: a qualitative study. J Psychiatr Ment Health Nurs 2014; 21:145-53.
- Weimand BM, Hall-Lord ML, Sallstrom C, Hedelin B. Life-sharing experiences of relatives of persons with severe mental illness: a phenomenographic study. Scand J Caring Sci 2013; 27:99-107.