

ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท*

Primary Caregivers' Experiences of Families with Schizophrenia Patients*

ทวีศักดิ์ กลีผล** พิจิตรา ชุนหฐิติธรรม*** ชฎาภา ประเสริฐทรง***
ชนิกา เจริญจิตต์กุล*** สิริยุพา นันสุนานนท์*** อำพัน จารุทัสนางกูร****
Taweesak Kasiphol** Pijitra Chunhathititham*** Chadapa Prasertsong***
Chanika Jaroenjittkul*** Siriyupa Nansunanon*** Ampun Jarutatsanangkoon****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย การสื่อสารภายในครอบครัว โดยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว และการแสวงหาการให้บริการด้านสุขภาพจิต ใช้การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง จำนวน 13 คน ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 51.62 (± 16.63) ปี เป็นเพศชาย 5 คน เพศหญิง 8 คน มีความสัมพันธ์เป็นพ่อแม่มากที่สุด 9 คน และไม่ได้ประกอบอาชีพ มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉลี่ย 11.58 ปี ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

Received: October 3, 2016

Revised: December 25, 2018

Accepted: January 20, 2019

* การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักพัฒนาวิชาการ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

* This Research was Supported by The Office of Academic Development, Huachiew Chalermprakiet University

** Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ,
e-mail: taweessukk@gmail.com

** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University
e-mail: taweessukk@gmail.com

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

*** Instructor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

**** พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

**** Registered Nurse. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักต่อการรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจะรู้สึกกังวลใจในระดับสูง เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 2) วิธีการสื่อสารในครอบครัวระยะแรกมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง 3) การจัดเตรียมผู้ดูแลและสถานที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแลในวัยสูงอายุ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจะต้องลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และเน้นการเข้าถึงการให้บริการจิตเวชในครอบครัวผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ประสบการณ์ โรคจิตเภท ผู้ดูแลหลัก

Abstract

The purpose of this research was to explore through describing the experience of primary caregivers with schizophrenia patients. The areas focused on were 1) the explanation of the perception to patients' mental illness, 2) communication based on the Peplau's theory of interpersonal relations, and 3) mental health care services seeking. A qualitative, phenomenological method was adopted. In-depth Interviews and participatory observation of 13 participants were conducted with the caregivers of members diagnosed with paranoid schizophrenia in psychiatric hospitals. The average age of participants was 51.62 ± 16.63 years. There were 5 male and 8 female caregivers. Nine caregivers were parents and other; spouse, sibling and child. The mean duration of care was 11.58 years. Content analysis was described as three themes: 1) the experiences of caregivers can be identified including the perception of mental illness of members with their first episodes of schizophrenia presented significant anxiety because of the lack of knowledge; 2) most caregivers communicated with highly expressed emotions; and 3) the older caregivers need someone who continuously takes care and provides long-term support. According to interpersonal relationships, psychiatric nurses should reduce caregivers' anxiety. Furthermore, the accessibility of mental health care services needs to be strengthened for families with schizophrenic patients.

Keywords: experiences, schizophrenia, primary caregivers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นโยบายการให้บริการด้านสุขภาพจิตในหลายประเทศได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยทางจิตกลับคืนสู่ชุมชน และให้ความสำคัญกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 75 มีครอบครัวให้การดูแล และหนึ่งในสามของผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยทางจิตที่อยู่ในชุมชน พบว่า ร้อยละ 76.8 อยู่กับครอบครัว และมีเพียงร้อยละ 17.9 ที่อยู่ตามลำพัง¹ สมาชิกในครอบครัวจะต้องแสดงบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดปัญหาลัมพพันธุภาพระหว่างกันในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลกับผู้ป่วย และผู้ดูแลกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวนอกเหนือจากการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน มีงานวิจัยที่ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว พบว่า เป็นการสื่อสารทางลบที่ส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย^{2,3} ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนมากมีอาการกำเริบ กลับเป็นซ้ำ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และความรู้สึกเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัว Saunders JC กล่าวว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยทำให้ครอบครัวแบกรับภาระ และสร้างความกดดันทางจิตใจ นอกจากนี้พฤติกรรมของตัวผู้ป่วยมีอิทธิพลอย่างมากต่อบทบาทหน้าที่ของครอบครัว⁴ ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพบว่า พ่อแม่ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะโทษตัวเอง⁵ ส่วนคู่สามีภรรยาจะรู้สึกว่า เป็นภาระในการดูแล^{6,7} ร่วมกับการถูกตีตราจากคนในชุมชนและแบ่งแยกทางสังคม⁸ ส่งผลให้

ครอบครัวเกิดความเครียด เบื่อหน่าย และท้อแท้ อาจทำให้ผู้ดูแลต้องกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชแอบแฝง (hidden patient)⁹

ในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท บุคลิกภาพ ความตึงเครียดหรือวิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิตร่วมกับสภาพแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญ การที่บุคคลมีการเรียนรู้ค่านิยม ทศนคติ แบบแผนในการสื่อสาร ผ่านกระบวนการครอบครัวและวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม หรือบรรยากาศในครอบครัวเป็นแหล่งสะสมความเครียดที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยเฉพาะแบบแผนการสื่อสารที่มีลักษณะผิดปกติที่เรียกว่า “double-blind communication” เป็นความแปรปรวนในการสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสับสน มีรูปแบบการสื่อสารที่กำกวม ไม่ต่อเนื่อง และไม่คงเส้นคงวา ไม่สามารถสร้างจุดลงตัวร่วมกันได้ เป็นการสื่อสารด้วยท่าทีที่ไม่สัมพันธ์กัน ใช้คำพูดกำกวม หยาดคาย หรือไม่สมบูรณ์ ร่วมกับการแสดงออกทางอารมณ์สูงเกินไปที่เรียกว่า “high expressed emotion” เป็นการใช้อภัยคำวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) ตำหนิตัดเยียน (blame) มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร (hostile) และจู้จี้มากเกินไป (over-involvement) จนไม่สามารถสร้างความรู้สึกละเอียดหรือความไว้วางใจ ซึ่งเป็นลักษณะของบรรยากาศเป็นพิษในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเครียดสูงและปรับตัวไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคบ่อยครั้งโดยเฉพาะในวัยรุ่น³ หากสมาชิกในครอบครัวมองผู้ป่วยจิตเวชเป็นเสมือนแพะรับบาป (scapegoat) จะยิ่งเป็นการสร้างความคับข้องใจในครอบครัว¹⁰ ครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับขอบเขตสัมพันธภาพในครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ที่มี

ความขัดแย้งรุนแรง ความสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูกที่มีความใกล้ชิดกันมากเกินไป จนทำให้ไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง หรือความสัมพันธ์ระหว่างพ่อลูกที่มีความห่างเหินกันจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ¹¹

การใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและระดับความวิตกกังวลเป็นส่วนช่วยพัฒนาระบบตัวตน (the self-system) ซึ่งเป็นไปตามวัย ระบบตัวตนประกอบด้วยความมั่นคง (security) และความมีวุฒิภาวะ (maturity) จะเป็นการปกป้องตนเองจากความวิตกกังวล และทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ใหม่ มีการตรวจสอบให้ตรงตามความเป็นจริงและสะท้อนความรู้สึกเชิงบวก Peplau เชื่อว่า การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และมีความคิดที่บิดเบือนไป จะทำให้พยาบาลจิตเวชมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช¹²

ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นจำนวนมากทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ แต่ประเด็นเรื่องการสื่อสารภายในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทยังมีอยู่น้อย ทั้งที่ชุมชนและครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจะต้องมีทัศนคติแห่งการช่วยเหลือมากกว่าการตำหนิ หรือไม่ยอมรับผู้ป่วย การนำชุมชนและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในระยะแรกจะให้ผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยมากกว่าในระยะหลัง และในหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่า การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทจะช่วยลดความพิการและการเสียชีวิตจากโรคจิตเภท¹³ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ของ

ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ความหมาย ความคิด ความรู้สึกตามการรับรู้ในมุมมองของผู้ดูแล และค้นหาลักษณะวิธีการสื่อสารภายในครอบครัวผู้ป่วย โดยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพของเพปพลาว และการแสวงหาการให้บริการด้านสุขภาพจิต เพื่อให้พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาประสบการณ์การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของผู้ดูแลหลักของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
- 2) เพื่อศึกษาวิธีการสื่อสารภายในครอบครัวตามทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- 3) เพื่อศึกษาการแสวงหาการให้บริการด้านสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยคุณภาพปรากฏการณ์วิทยา (empirical phenomenological approach)¹⁴ เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยเลือกสถานศึกษาเป็นแผนกหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง

ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชแห่งหนึ่ง มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมต่างๆ หรือเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยมีความผูกพันใกล้ชิดและพึ่งพาอาศัยมากที่สุด ใช้การคัดเลือกแบบ

เฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกอาศัยอยู่ในครอบครัวเป็นผู้ที่ให้การดูแลหลักดังนี้ 1) มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 18-65 ปี 2) เป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 6 เดือน 3) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและความผิดปกติทางสมอง และ 4) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้วิจัย ซึ่งมีการใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างพัฒนามาจากงานวิจัยของ Mizunoa E และคณะ¹⁵ เนื่องจากมีการใช้คำถามเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพและมีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมประเด็นในเรื่องวิธีการสื่อสารภายในครอบครัว ผ่านการตรวจคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 ท่าน แนวคำถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาที่ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่อสมาชิกป่วยเป็นโรคจิตเภท การสื่อสารภายในครอบครัว และการแสวงหาการให้บริการด้านสุขภาพจิต มีการจัดบันทึกข้อมูลและใช้เครื่องบันทึกเสียงในขณะสนทนา เป็นเครื่องมือช่วยเสริมรายละเอียดในการเก็บข้อมูลให้มีความครบถ้วนและครอบคลุมมากที่สุด

การปกป้องสิทธิของผู้ถูกวิจัย งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ มีเลขที่รับรอง อ. 246/2557 และได้รับการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากหัวหน้าหอผู้ป่วยในการระบุผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเอกสารคำชี้แจงและพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างละเอียดก่อนเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลทำความเข้าใจแล้วจึงลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในยุติการให้ข้อมูล หรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยและข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ รวมทั้งผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อกำหนดกรอบการสังเกตและแนวคำถามที่จะใช้ในการสัมภาษณ์ โดยการเตรียมกรอบการสังเกตและแนวคำถามกว้าง ๆ ไว้ก่อน จัดเตรียมรายละเอียดต่าง ๆ และอุปกรณ์ที่จะต้องใช้ในการดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล เช่น แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ สมุดบันทึก เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เทคนิคหลักในการเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพคือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ¹⁶ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว เมื่อสัมภาษณ์จนไม่มีข้อมูลใหม่ ๆ เกิดขึ้น ในการวิจัยนี้ข้อมูลมีความอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ได้ 13 คน สัมภาษณ์ 1 ครั้ง มีจำนวนทั้งหมด 2 คน สัมภาษณ์ 2 ครั้ง มีจำนวนทั้งหมด 11 คน เฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการ

สัมภาษณ์ประมาณ 90 นาที โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2557 ถึงเดือนมีนาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) เน้นที่ความเป็นระเบียบ เป็นปรนัย และอิงแนวคิดทฤษฎี และการวิเคราะห์แบบสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (analytic induction) โดยการตีความสร้างข้อสรุปจากข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมมาได้ และการจำแนกข้อมูล (typological analysis) คือ การจำแนกข้อมูลเป็นชนิด ๆ ทั้งโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีเป็นแนวทางในการจำแนกสำหรับการวิเคราะห์ และแบบไม่ใช่แนวคิดและทฤษฎีซึ่งได้มาจากประสบการณ์ของผู้วิจัย^{14,16} ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลดังนี้ 1) การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลเดียวกันที่เก็บมาจากเวลา สถานที่ หรือบุคคลที่แตกต่างกันด้วยวิธีการหลาย ๆ วิธี 2) การตรวจสอบข้อมูลแบบถามซ้ำ คือการพิจารณาข้อมูลที่เก็บมาได้ หากข้อมูลใดเป็นที่สนใจ ผู้วิจัยก็จะตรวจสอบความตรงภายในด้วยการตรวจสอบซ้ำอีกครั้งหนึ่ง 3) การสอบวัดเปรียบเทียบ โดยการสอบถามผู้เชี่ยวชาญในเรื่องข้อมูลที่ผู้วิจัยสงสัย เพื่อเปรียบเทียบความตรงของข้อมูล 4) ตรวจสอบการจดบันทึกให้เป็นระบบ ละเอียด ครบคลุม แยกแยะข้อมูลที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และความคิดเห็นของผู้วิจัยออกจากการกันอย่างเป็นระบบ ลงบันทึกวันที่ จัดทำดัชนีให้ชัดเจน และเป็นระบบ จัดทำรหัสของคำ กลุ่มคำ/เกณฑ์ กระบวนการ ความหมาย การตีความและตัวอย่าง และ 5) ตรวจสอบความเป็นไปได้ของข้อมูลในแง่มุมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่า “สมเหตุสมผลหรือไม่” การซึ่ง

นำหลักหลักฐานที่ขัดแย้งคำอธิบายของผู้วิจัย

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 13 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 24-84 ปี อายุเฉลี่ย 51.62 ± 16.63 ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 8 คน เพศชายจำนวน 5 คน ผู้ดูแลหลักทุกคนมีความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นบิดาหรือมารดา สามี บุตร และหลาน ช่วงระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉลี่ย 11.58 ปี ส่วนข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 18-62 ปี โดยเฉลี่ย 38.31 ± 14.08 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มเป็นครั้งแรกคือ 26.31 ± 10.22 ปี ระยะเวลาป่วยตั้งแต่ 6 เดือน-60 ปี โดยเฉลี่ย 17 ปี และในปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (interview guide) ร่วมกับการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม สามารถสะท้อนประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถสรุปข้อค้นพบในประเด็นหลัก ๆ ดังนี้

1. การรับรู้ของผู้ดูแลต่อสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ในระยะแรกผู้ดูแลส่วนใหญ่รู้สึกตกใจ ไม่ยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีความวิตกกังวลสูง บางคนคิดว่าการเจ็บป่วยเกี่ยวเนื่องกับเวรกรรมในอดีต โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีบทบาทเป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย จะยอมรับต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีความคาดหวังต่อการรักษาลดลง จะมีความรู้สึกเป็นภาระที่ไม่สามารถปล่อยวางได้กังวลว่าผู้ป่วยจะใช้ชีวิตอยู่เพียงลำพังได้อย่างไรในอนาคต โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสาย

เลือดและอยู่ในวัยสูงอายุ

“...ถ้าคุณรู้จักว่า บ้านไม่เป็นบ้าน คุณรู้มั้ย ฉันทุกข์มาก ฉันรู้สึกอายที่มีลูกเป็นบ้า ทุกคนเขาจะมองฉันอย่างไร มันเป็นเรื่องหนักมาก...”

“...มันมากกว่าคำว่าเสียใจ ที่รู้ว่าลูกตัวเองป่วยเป็นจิตเภท ซึ่งก่อนหน้านี้ยังไม่ทราบว่าลูกติดกัญชา มารู้ว่าเขาเสพยาพิษตอนที่เขาพาภรรยาและลูกกลับมาเยี่ยม เขานำภรรยาและลูกมาเสพยาพิษที่ห้องน้ำ แต่ตอนนั้นก็ได้อ่านและเตือนไป ตอนนั้นก็ได้อ่านบอกกับตัวเองว่าเมื่อเกิดขึ้นแล้วเราก็ต้องทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น...”

“เขาที่หาปัญหาให้แก้ตลอดเวลา ผมเหนื่อยมากที่ต้องคอยตามแก้ปัญหาให้เขา ผมกับแม่เขาเป็นคนคิดมาก นอนไม่หลับ ผลกระทบน่าจะเป็นทางด้านจิตใจมากกว่า...”

“...ถ้าเราไม่อยู่เขาจะอย่างไร (พูดไปก็ยิ้ม) ถ้าผมไม่อยู่ก็ให้แม่เขาดูต่อไป...บางครั้งเราก็พูดคุยกันว่าจะทำยังไงดี ห่วงก็ห่วง แต่ก็ช่างมัน วันนี้ยังมีชีวิตอยู่ก็ทำให้ดีที่สุด ผมก็ไม่อยากจะทำอะไรอีก มันผ่านมานาน...”

“...ถ้าผมไม่ดูเขา ใครจะดู ก็ไม่มีใคร ผมจะแต่งงานยังไม่กล้าแต่งเลย ก็ต้องดูเขา ถ้าแต่งก็ต้องเลือกคนที่รับเขาได้ เพราะผมต้องอยู่กับเขา ดูแลเขา ผมเคยแต่งงาน และแยกออกมาอยู่กับ 2 คน ผมทั้งบ้านให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวไป ๆ มา ๆ แต่ตอนนี้ผมก็เลิกกับแฟนผมแล้ว และผมก็ดูแลเขาตลอด...”

ขณะที่ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เริ่มมีอาการครั้งแรก จะแสดงอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว เครียด กังวล เศร้าเป็นระยะ ๆ จนไม่สามารถควบคุมความวิตกกังวลของตนเองได้ จนอาจจะต้องใช้ยาคลายกังวล เช่น

“...ไม่รู้จะทำยังไง พ่อเขาส่ายหัวเลยนี่ ขณะมารดาเล้ามอมหน้าลูก ส่ายหัว เอามือกดอก พอลูกพูดเสียงดังโวยวาย มารดาก็ส่ายหัวนิ่งไม่พูดอะไร...”

“...เรานอนห้องเดียวกัน ลูกจะนอนตรงกลาง ดินกับพ่อจะนอนขวาข้าง กลัวค่ะ กลัวเขาจะทำร้ายตนเอง ดินเป็นคนดูแลเรื่องอาหาร การอาบน้ำ แต่เขาช่วยตัวเองได้ แต่ถ้าเขานอนก็ต้องอยู่ใกล้ ส่วนพ่อจะดูแลเรื่องยา หัดให้เขาจัดยาเอง จัดยาเองเสร็จแล้วคุณพ่อจะตรวจสอบทุกครั้ง ยาไม่เคยขาดเลยคะ เหนื่อยค่ะ ยอมรับว่าเหนื่อยค่ะ และต้องใช้ความอดทนมากเลยนะคะ เคยนะคะ ถึงกับดูแลใกล้ชิด เคยต้องผูกไว้เลย ถ้าเขาไม่นอนและอยู่ไม่ติด ถึงแม้จะพูดติดตลกว่า ก็ไม่ยอม ดื้อมากค่ะ เวลาโมโหแรง...”

“...ตอนที่อยู่ที่บ้านเขาจะช่วยแม่รีดผ้าตั้งแต่ 09.00-19.00 น. และเมื่อรีดผ้าเสร็จแล้วก็แยกย้ายไปพักผ่อน บางครั้งเขาก็จะเก็บตัวเงียบอยู่ในห้องของตัวเอง ฟังเพลง ซึ่งเวลาดิฉันออกไปทำธุระข้างนอกบ้านด้วยความที่เป็นห่วงเขากลับเลยถือคูปองบ้านให้เขาอยู่แต่ในบ้าน ด้วยความที่เชื่อใจ เห็นเขาไม่ออกไปไหนเลยตัดสินใจไม่ถือคูปอง เขาเลยถือโอกาสนี้ทำลายความเชื่อใจโดยการไปซื้อกัญชามาเสพ และเมื่อเขามีอาการจะหงุดหงิด ถ้าไปห้ามเขาจะอาละวาดทำลายข้าวของและเคยทำร้ายตนเอง แต่ก็เข้าใจว่าเขาไม่ได้ต้องการทำร้ายแม่ แต่ด้วยโรคที่เขาเป็น บางครั้งที่เขามีอาการก็จะพาไปหาหมอและก็ฉีดยา ลักพักอาการก็สงบ ปกติเขาเป็นคนใจดีนะ อ่อนน้อมถ่อมตน เห็นใครก็ไหว เขารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอไม่เคยหยุดยาเอง โดยดิฉันจะเป็นคนจัดยาให้ และมีครั้งหนึ่งที่ตัวเองเครียดมาก ๆ โมโหเลยจัดยาให้เขาทาน ประมาณ

10 เม็ด เขาก็ทานนะ จนยาหมดก่อน ตนเลยเอาตัวอย่างยาไปซื้อที่คลังยา ซึ่งเภสัชกรก็บอกว่า คุณทำแบบนี้ก็เหมือนฆ่าเขาทางอ้อมนะคะ แต่ตัวเองพูดว่า ทุกวันนี้ก็เหมือนฆ่าเขาทางอ้อมละ...”

“...ตัวดิฉันเองก็กินยาเหมือนลูกมาได้ 2 ปี เครียดมาก กลางคืนนอนไม่หลับ บางทีไม่ได้หลับทั้งคืน ไปหาหมอขอยานอนหลับ หมอก็ให้มา...”

ส่วนผู้ดูแลที่มีประสบการณ์อยู่กับผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน จะมีวิธีการรับมือกับพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถควบคุมอารมณ์หรือความวิตกกังวลของตนเอง รู้จักวิธีการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์อันจะก่อให้เกิดการกระตุ้นอารมณ์ของผู้ป่วย ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยที่บ่งบอกถึงอาการรุนแรงได้รวดเร็ว พร้อมนำส่งโรงพยาบาลทันที รวมทั้งให้ความสำคัญกับการรับประทานยาตามการรักษาของแพทย์ และให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว

“...ผมดูแลเขาหมด ผมจะเตรียมอาหารและถึงเวลาอาหารเขาจะมากิน 3 มื้อ มีเงินให้เขาใช้ โดยเตรียมเงินไว้ 100-200 บาท วางไว้ในที่ประจำ เขาอยากมาหยิบไปซื้ออะไรจะได้ไปซื้อ ทำอย่างนี้มาตลอด หมดก็เติม ผมจะบอกข้างบ้านไว้ข้างบ้านเขาจะช่วยผมดู ผมบอกเขาว่าถ้ามีเสียงดังผิดปกติ ได้กลิ่นอะไรผิดปกติ พังประตูไปได้เลย ผมซ่อมประตูได้ เพื่อนบ้านแถวนั้นก็รู้ว่าพี่สาวผมป่วย เขาก็ช่วยกันดูแล...ผมจะแวะมาตอนเช้าเอาอาหารมาให้ พอตอนเย็นหรือมืด ก็แวะมาเยี่ยมอีกที... ถ้าเป็นแต่ก่อนที่อยู่ด้วยกัน ผมก็หงุดหงิดเป็นบางครั้ง ผมก็เลยใช้ชีวิตกับพี่สาว ต่างคนอยู่กันคนละบ้านไหน ๆ ผมก็ออกมาแล้ว ก็คงไม่กลับเข้าไป แต่จะไปดูแลเขาทุก ๆ วันไม่เคยขาด เพราะต้องเตรียมซื้ออาหารทิ้งไว้ให้และให้เขาดูแล

ตนเอง...”

2. วิธีการสื่อสารภายในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการครั้งแรก จะไม่ทราบวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วย จากการสังเกตการสื่อสารระหว่างมารดาและผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น พบว่ามารดานั่งห่างจากผู้ป่วย นั่งกอดอก ไม่มีการสัมผัสมือผู้ป่วย จะพูดน้ำเสียงเข้มห้วน ออกคำสั่ง บางครั้งผู้ป่วยพูดมาก พูดเสียงดัง ก็จะนั่งนิ่ง ไม่พูดจากการสัมผัสภาษาพบว่า มารดาจะใช้คำสั่งกับบุตรเนื่องจากไม่ค่อยมีเวลา ยิ่งตอนที่ผู้ป่วยมีอาการมากก็จะแสดงอารมณ์โกรธมาก

สำหรับผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลมานานจะควบคุมความกังวลได้ดี มีความเข้าใจพฤติกรรม อารมณ์ผู้ป่วย มีวิธีในการสื่อสารที่เหมาะสม และเรียนรู้วิธีการจัดการที่จะลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ร่วมด้วย เช่น

“...ผมก็พูดกับเขาดี ๆ ว่าเขาต้องทำอะไรบ้าง อย่างผมพูดอะไร เขาก็ฟัง ถ้าเขาไม่ทำตาม ผมก็จะลดค่าขนมเขา ก็ไม่มีปัญหาอะไร...”

ลักษณะวิธีการสื่อสารภายในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทตามทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพของเพปพลาว สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1) ระยะ “เอาไม่อยู่” จะเป็นช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มป่วยเป็นโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมรุนแรงอาละวาดมากขึ้นจนต้องพามาโรงพยาบาล ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะรู้สึกตกใจ ไม่พอใจ โกรธ และยอมรับกับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่ได้ ทำให้มีการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยการแสดงออกทางอารมณ์โดยการใช้ถ้อยคำรุนแรง คำสั่ง แสดงท่าทีไม่พอใจ เพื่อที่จะควบคุมหรือลดอาการผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลยังมีความวิตกกังวลสูง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

ทำให้การดูแลในระยะนี้ต้องพึ่งพาบุคลากรทางจิตเวชเป็นหลัก

2) ระยะ “ทำใจและยอมรับ” จะเป็นระยะที่ผู้ดูแลเริ่มทำใจ ยอมรับอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย และบทบาทของการเป็นผู้ดูแล จะเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้ตนเองได้เข้าไปอยู่ในโลกของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลสามารถลดความวิตกกังวลได้ ทำให้เริ่มเรียนรู้จากการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยพยายามที่จะสื่อสารให้มีข้อขัดแย้งต่อน้อยที่สุด นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลมีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับศาสนา เช่น ความกตัญญู กฎแห่งกรรม หรือบุญกุศล จะเป็นการให้ทัศนคติทางบวกมากขึ้น

3) ระยะ “อยู่กับสิ่งที่เกิดขึ้นร่วมกับมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม” เป็นระยะที่ผู้ดูแลควบคุมความวิตกกังวลได้ ทำให้สามารถสื่อสาร เรียนรู้ และมีการทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีความชำนาญในการสังเกตอาการผู้ป่วย โดยไม่ไปกระตุ้นอาการทางจิต การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะส่งผลเป็นประสบการณ์จนนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามวิถีชีวิตของตนเอง

3. การแสวงหาการให้บริการด้านสุขภาพจิต
ผู้ดูแลส่วนใหญ่เคยได้รับการให้ความรู้และการเยี่ยมบ้านในระยะแรก แต่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากต้องทำงานและไม่มีเวลา ส่วนผู้ที่ดูแลผู้ป่วยมานานจะต้องการพบแพทย์และรับยาเมื่อมีอาการเท่านั้น ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะรู้สึกกังวลต่อการดูแลผู้ป่วยในอนาคต จึงมีความต้องการสถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งบางคนยินดีที่จะบริจาคที่ดินเพื่อจัดสร้างสถานที่ดูแล

“...ช่วงตอนเขาเป็นใหม่ ๆ ก็ได้รับการแนะนำดีจากแพทย์ พยาบาล เวลาเยี่ยมบ้าน ก็ได้รับคำแนะนำ ตอนนั้นผมสังเกตเขาเป็น รู้ทุกอย่างว่าอาการอย่างไรที่ต้องพามาโรงพยาบาล เราดูแลไม่ได้ เขาไม่เคยขาดยานะกินยา แต่ก็ไม่รู้เหมือนกัน ถ้าถามตอนนี้ ต้องการที่พักที่อยู่ให้ลูก จะได้ฝากฝังให้เขามีชีวิตต่อไป เพื่อเราตายจะได้ฝากเขาดูแล อยากจะให้ใครสักคนมาเอาที่ไปและสร้างบ้านให้ผู้ป่วยเลย จะยกที่ให้ฟรี ๆ แต่ขอให้ดูแลผู้ป่วยพวกนี้...”

“...ผมหาวิธีการหาโรงพยาบาลไหน หรือสถานสงเคราะห์ติดต่อเรื่องทั้งหมดให้เขา ผมจ่ายเงินให้เขาไปเยอะมาก หมดยังไม่รู้ก็แสนแล้ว แต่ผมคิดว่าเงินมันหาได้ ถ้าต้องแลกด้วยให้ลูกหายแล้วมีชีวิตในสังคมได้เหมือนคนอื่น ผมไม่รู้จะทำอย่างไรแล้ว ผมทำให้เขาทุกอย่าง พอมาอยู่ รพ. กลับบ้านไปก็กลับไปดมกาวอีก มา 10 รอบกลับไปก็ดม 10 รอบ เหมือนเดิม หรือมีทางออกทางเดียวก็คือ ความตาย ผมเคยบอกหมอว่าผมเซ็นใบยินยอมให้หมอทำ ECT [การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า] เลยนะ ผมก็ปรึกษาหมอนะมียาตัวไหนที่กินแล้วหลับไปเลยไหม หมอก็บอกว่าหมอทำให้ไม่ได้หรอก ผมก็หาทางออกไม่เจอ... แต่ครั้งนี้ผมก็ขอหมอให้ [ชื่อผู้ป่วย] อยู่ที่นี่ต่อ ให้เขาแข็งแรงกว่านี้ พร้อมกว่านี้ ผมจะให้เอาไปถ้ากระบอก หมอเขาก็บอกว่าที่นั่นมีกฎ รั้งคนไข้ไว้ไม่ได้หรอก อาการดีขึ้นแล้วก็ต้องกลับบ้าน [ชื่อผู้ป่วย] ก็มาหลายครั้งแล้ว ก็ยังทำนิสัยเดิมซ้ำ ๆ ให้ไปอยู่สถานสงเคราะห์ทัชกวาก็หนีออกมา ผมเลยคิดว่าความตายคงจะเป็นทางออกที่ดี แต่ผมก็สงสัยว่าเขาหนึ่งจิตสองใจได้แต่คิดว่าคงเป็นกรรมของเราที่ทำมา...”

การอภิปรายผล

ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเรื่องประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท ขึ้นอยู่กับระดับความสัมพันธ์และความผูกพันในครอบครัว ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดที่เป็นบิดามารดาจะมีความรู้สึกเสียใจ วิตกกังวล รับผิดชอบต่อการดูแลที่เกิดขึ้นเมื่อรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรก โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีอายุมากมักจะกังวลต่อการดูแลผู้ป่วยในอนาคต ในขณะที่ตนเองมีความเลื่อมทางร่างกาย และความเจ็บป่วยของตนเอง ส่วนผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ห่างเหินจะไม่รู้สึกสะเทือนใจมากนัก มองว่าเป็นการช่วยเหลือเพราะผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นที่น่าสังเกตว่า ความสัมพันธ์ทางสายเลือดของสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลต่อระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย หากดำรงไว้แต่บทบาทโดยปราศจากความรักและความผูกพันกัน เช่น ไม่เคยอยู่ด้วยกัน ไม่ได้เลี้ยงดูกันมา ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจะเป็นไปในทิศทางที่ลบสนและมีความซับซ้อนทางอารมณ์มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของธิดารัตน์ คณิงเพียร ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีกระบวนการเผชิญปัญหาอยู่ 4 กระบวนการคือ ตื่นตระหนก แสวงหา ปรับตัวและยอมรับ¹⁷ ตามทฤษฎีสัมพันธภาพของเพปพลาวพบว่า การที่บุคคลแสดงความกังวลในระดับสูงระยะแรก จะไม่เอื้อต่อการสร้างสัมพันธภาพหรือสื่อสารกับผู้ป่วยทางจิตเวช ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถเรียนรู้ทักษะการจัดการและให้การดูแลได้ ลักษณะการเผชิญปัญหา

และวิธีการจัดการของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของผู้ป่วย บุคลิกภาพและประสบการณ์ของผู้ดูแล^{10,18} และต้องพึงพาบุคลากรทางจิตเวชเป็นหลักในระยะแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ Saunder JC, Byrne MM พบปัจจัยทางจิตสังคมในการทำหน้าที่ของครอบครัวคือ ความรู้สึกเป็นทุกข์อย่างท่วมท้น ปัญหาทางกฎหมาย ลักษณะพฤติกรรมของครอบครัว การรักษาด้วยยา และระบบการรักษาจะส่งผลต่อประสบการณ์ด้านบวกในการสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว¹⁹ นอกจากนี้ความรู้สึกอับอายที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ในงานวิจัยของ Venkatesh BT, Andrews T, Parsekar SS, Singh MM, Menon N พบว่า สังคมมีความสำคัญในการสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากชุมชน ในวัฒนธรรมบางประเทศจะพบว่าสามีหรือภรรยาที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอาจได้รับแรงกดดันจากครอบครัวของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ผู้ดูแลในวัยสูงอายุที่ไม่ได้ทำงานต้องรับภาระค่าใช้จ่ายการรักษาอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว ผู้ดูแลที่สามารถควบคุมความวิตกกังวลได้ จะปรับตัวและยอมรับได้ หากยอมรับไม่ได้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า²⁰ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีการเจ็บป่วยทางจิตได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักที่มีบทบาทเป็นบิดาหรือมารดา และเป็นเพศหญิง ส่งผลกระทบต่อกระบวนการตามปกติของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีที่สิ้นสุด Arbóleda-Florez J, Stuart H กล่าวว่า การที่ผู้ดูแลต้องอุทิศตนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย การมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลส่งผลต่อการปรับลดความรู้สึกทางอารมณ์ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ดูแล²¹ ผู้ดูแล

ที่สามารถลดความวิตกกังวลได้จะสามารถปรับตัว
และมีการเรียนรู้ใหม่และมีปฏิสัมพันธ์การสื่อสาร
กับผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น

2. วิธีการสื่อสารภายในครอบครัว มีความ
สัมพันธ์กับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย จากการ
สังเกตผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มี
อาการครั้งแรกจะมีความกังวลมากจนไม่สามารถ
สื่อสารเพื่อประคับประคองอารมณ์ผู้ป่วยได้
เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค ส่วนผู้ดูแลที่มีประสบ-
การณ์ในการดูแลผู้ป่วยมานานจะควบคุมความ
วิตกกังวล มีการเรียนรู้วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยได้
มากขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของ
ตนเองไม่ไปกระตุ้นอารมณ์ผู้ป่วย มองเรื่องราวที่
เกิดขึ้นในลักษณะปล่อยวาง เป็นเรื่องธรรมดาของ
โรคเท่านั้น นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลมีทัศนคติ
ทางบวกเกี่ยวกับศาสนา เช่น ความกตัญญู กฎแห่ง
กรรมหรือบุญกุศล จะทำให้ผู้ดูแลอยากจะ
ช่วยเหลือผู้ป่วยมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ
Keltner NL, Steele D¹⁰ และดิงสมาชิกอื่นใน
ครอบครัวเข้ามาร่วมเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย
การสร้างสัมพันธ์ภาพและพัฒนาทักษะการเรียนรู้
จะส่งผลเป็นประสบการณ์จนนำมาประยุกต์ใช้ใ
การดูแลผู้ป่วย^{18,22,23} รวมทั้งสามารถหาเทคนิคและ
วิธีการจัดการลักษณะอื่น เช่น ให้เพื่อนบ้านหรือ
คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยซึ่ง
เป็นการลดการตีตราของสังคมในเบื้องต้นได้

สอดคล้องกับ สุจรรยา โลหาชีวะ ได้ระบุว่า
ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เจ็บป่วยครั้งแรกมี
ความเครียดสูงกว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท
เรื้อรัง เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ครั้งแรกในครอบครัว
ครอบครัวไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้
ผู้ดูแลรู้สึกเป็นทุกข์และยากลำบากส่งผลกระทบต่อ

ปัญหาสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล
พยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีการ
เผชิญกับความเครียดและจัดการความเครียดอย่าง
เหมาะสม โดยเน้นการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย
และการเผชิญความเครียดสำหรับครอบครัว สร้าง
ความตระหนักถึงความสำคัญในการประเมิน
เหตุการณ์และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และ
ประสบการณ์ในมุมมองด้านบวก²⁴

3. การแสวงหาการให้บริการด้านสุขภาพจิต
มีความแตกต่างกันตามระยะเวลาในการดูแล
ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกจะมีการพึ่งพาการ
รักษา และมีความคาดหวังต่อการรักษาสูงมาก
ต้องการข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย
ส่วนผู้ที่ดูแลผู้ป่วยมานานจะมีความต้องการการดูแล
ผู้ป่วยระยะยาวอย่างต่อเนื่องมากกว่าคำแนะนำใ
การดูแลผู้ป่วย เพราะมีความเข้าใจอาการของ
ผู้ป่วย ในขณะที่บทบาทของผู้ดูแลเพศหญิงจะต้อง
เผชิญกับความเครียดและความเศร้าเรื้อรัง ทำให้
มีสภาวะบีบคั้นทางอารมณ์สูง สอดคล้องกับการ
วิจัยของ Olwit C, Musisi S, Leshaban S,
Sanyu I ที่พบว่าผู้ดูแลเพศหญิงจะมีความทุกข์ใ
แบบเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการมีพยาธิสภาพของ
โรคซึมเศร้าได้²⁵ ผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงต้องได้รับการ
เข้าถึงแหล่งให้บริการสุขภาพจิตเพื่อป้องกันไม่ให้
เป็นผู้ป่วยทางจิตในอนาคต⁹

สรุปและข้อเสนอแนะ

การที่ผู้ดูแลใช้เวลาทั้งชีวิตกับการดูแลผู้ป่วย
จิตเภทที่มีอาการไม่คงที่เป็นระยะเวลานาน ทำให้
ผู้ดูแลรู้สึกทุกข์ มีความเครียด จนเสียสมดุลใการ
ใช้ชีวิตตนเอง พยาบาลจิตเวชควรสร้างสัมพันธ์ภาพ
ในการสื่อสารกับผู้ดูแล เพื่อลดความวิตกกังวล

และทำให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ดูแลแต่ละคนต่างมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเภทเหมือนกัน แต่มีลักษณะความกังวล วิธีการสื่อสาร และดูแลที่แตกต่างกัน พยาบาลควรจะสอนวิธีการลดความกังวลตามทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว ทำให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสาร เรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านกระบวนการสนทนากลุ่มย่อย เน้นการระบายความรู้สึก แบ่งเบาภาระและอาจทำให้เกิดแนวทางหรือมุมมองใหม่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรจะมีประเมิณผู้ป่วยและบริบทการ

สื่อสารภายในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้ปัญหา มีทักษะและพัฒนาศักยภาพครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญในการพยาบาลจิตเวชที่จะช่วยเหลือครอบครัวให้มีความเข้าใจในอาการเจ็บป่วยของโรค มีความรู้สึกลั่นคง ปลอดภัย และยอมรับผู้ป่วยได้มากขึ้น และเป็นแรงเสริมให้คนในชุมชนและสังคมมีความเข้าใจ ลดกระแสความอ่อนไหว และการถูกตีตราผู้ป่วยจิตเภทในเบื้องต้น

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะมีการพัฒนาระบบให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระยะยาวอย่างต่อเนื่อง และจัดเตรียมบุคลากรและแหล่งดูแลผู้ป่วยจิตเวชระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008;26(2):149-62.
2. Valencia M, Fresan A, Barak Y, Juarez F, Escamilla R, Saracco R. Predicting functional remission in patients with schizophrenia: a cross-sectional study of symptomatic remission, psychosocial remission, functioning and clinical outcome. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11:2339-48.
3. Trangkasombat U. Family counselling and psychotherapy. 6th ed. Bangkok: Sunta Printing; 2011. (in Thai)
4. Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Ment Health Nurs* 2003;24(2):175-98.
5. Ferriter M, Huband N. Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;10(5):552-60.

6. Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 2004;30(3): 665-75.
7. Mizuno E, Iwasaki M, Sakai I. Subjective experiences of husbands of spouses with schizophrenia: an analysis of the husbands' descriptions of their experiences. *Arch Psychiatr Nurs* 2011;25(5):366-75.
8. Angermeyer MC, Schuleze B, Dietrich S. Courtesy stigma - a focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(10): 593-602.
9. Smith GC. Patterns and predictors of service use and unmet needs among aging families of adults with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2003;54(6):871-7.
10. Keltner NL, Steele D, editors. *Psychiatric Nursing*. 7th ed. St. Louis Missouri: Elsevier Mosby; 2015.
11. Walsh F. New perspectives on schizophrenia and families. In: Walsh F, Anderson C, editors. *Chronic disorders and the family*. New York: Haworth Press; 1988. p.19-32.
12. Smoyak SA. The construction of reality or the deconstruction of the self. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2004;42(11):6-7.
13. Asher L, De Silva M, Hanlon C, Weiss HA, Birhane R, Ejigu DA, et al. Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): a study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* 2016;17(1):299.
14. Oumtanee A. *Qualitative research in nursing*. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2016. (in Thai)
15. Mizuno E, Takatayab K, Kamizawaa N, Sakaia I, Yamazakic Y. Female families' experiences of caring for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2013;27(2): 72-7.
16. Chantavanich S. *Qualitative research methods*. 15th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2007. (in Thai)
17. Kanungpiarn T. Experience of caregivers in caring for people with schizophrenia in community. *Journal of Nursing Division* 2013;40(1):57-66. (in Thai)
18. Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing*. New York: GP Putnam's Sons; 1952.
19. Saunder JC, Byrne MM. A thematic analysis of families living with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2002;16(5):217-23.

20. Venkatesh BT, Andrews T, Parsekar SS, Singh MM, Menon N. Stigma and mental health-caregivers' perspective: a qualitative analysis. *Clin Epidemiol Glob Health* 2016;4(1):23-7.
21. Arboleda-Florez J, Stuart H. From sin to science: fighting the stigmatization of mental illness. *Can J Psychiatry* 2012;57(8):457-63.
22. Suwannaboon W. Effects of interpersonal group therapy on quality of life among schizophrenia patients [dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2014. (in Thai)
23. Huttapanom W. Handbook of therapeutic relationship. Khon Kaen: Phra Thammakun; 2005. (in Thai)
24. Lohacheewa S. Stress and effect of stress on family members with a relative with first-episode schizophrenia: the nursing role. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2018;11(1):60-7. (in Thai)
25. Olwit C, Musisi S, Leshabari S, Sanyu I. Chronic sorrow: lived experiences of caregivers of patients diagnosed with schizophrenia in Butabika Mental Hospital, Kampala, Uganda. *Arch Psychiatr Nurs* 2015;29(1):43-8.