

ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCES OF PRIMARY CAREGIVERS IN CARING FOR NON-RELAPSE SCHIZOPHRENIC
PATIENTS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ
โดย	น.ส.นลิน ดวงปัญญา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

นลิน ดวงปัญญา : ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ. (EXPERIENCES OF PRIMARY CAREGIVERS IN CARING FOR NON-RELAPSE SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความตามแนวคิดของมาร์ติน ไฮเดกเกอร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 11 คน โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกเทปและนำข้อมูลมาถอดคำต่อคำ การสังเกต และการจดบันทึกในระหว่างการสัมภาษณ์ ร่วมกับวิเคราะห์เนื้อหาตามแบบวิธีการของแวนมาเนน ผลการศึกษสามารถแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ และประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ โดยการให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ คือ การดูแลเอาใจใส่เพื่อไม่ให้กลับป่วยซ้ำ เกิดจากความรักใคร่ ห่วงใยและผูกพันผู้ป่วยคือคนสำคัญ มีคุณค่า และมีความหมายต่อผู้ดูแล พบ 2 ประเด็นย่อย คือ 1. การทำหน้าที่ด้วยความรักความห่วงใย 2. เกิดความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว ส่วนประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ พบ 3 ประเด็นหลัก และ 6 ประเด็นย่อย ดังนี้ 1.การรับรู้ผู้ป่วยผิดปกติและแสวงหาการรักษา 1.1) การรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติ 1.2) แสวงหาการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 2. การทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น 2.1) หลากหลายความทุกข์ถ้าโถมเข้ามาในชีวิต 2.2) การทำใจยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย 3. การดูแลฟื้นฟู และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำ 3.1) การทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย 3.2) ให้ผู้ป่วยได้กลับมาประกอบอาชีพ และมีรายได้เป็นของตนเอง ผลการศึกษานี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ ตั้งแต่ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มมีอาการทางจิต การดูแลฟื้นฟูเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ และผลกระทบโดยตรงที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลักเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและสหวิชาชีพ สามารถนำไปพัฒนาระบบการดูแลทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำและผู้ดูแลหลักอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977302536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: Experiences of primary caregivers, Caring, Non-relapse schizophrenic patients

Nalin Duangpanya : EXPERIENCES OF PRIMARY CAREGIVERS IN CARING FOR NON-RELAPSE SCHIZOPHRENIC PATIENTS. Advisor: Asst. Prof. Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.

This study was qualitative research of the interpretative phenomenological of Martin Heidegger approach. The study aimed to describe the experiences of primary caregivers in caring for non-relapse schizophrenic patients. The participants included of 11 primary caregivers who were selected by using purposive sampling. Data were collected through in-depth interviews. The interviews were tape-recorded and transcribed verbatim, observation and field recording as well as analyzed using the content analysis method of van Manen. The results of the research revealed two parts consisting of the meaning of caring for non-relapse schizophrenic patients and experiences of primary caregivers in caring for non-relapse schizophrenic patients. The meaning of caring for non-relapse schizophrenic patients were identified through in order to prevent relapse caregiving with love and care. The patients were their love one which is important valuable and means for them. Including two sub-themes as following; 1. Responsibilities with love and care, 2. Love and deep connection in their family. Three themes and six sub-themes of experiences of primary caregivers in caring for non-relapse schizophrenic patients emerged from the study. 1. Illness recognition and seeking how to treat 1.1) Recognized patient's abnormal 1.2) Seeking the right place for treating, 2. Accepting the situation 2.1) Life in distress 2.2) Adjust to situation, 3. Caring and Rehabilitation in order to prevent relapse 3.1) Response to patient's physical, psychological and social needs 3.2) Get patient a job and have their own income. The results of the study made understanding about experiences of primary caregivers in caring for non-relapse schizophrenic patients since primary caregivers recognized onset of psychosis and caring rehabilitation to prevent relapse and impact of caregiving on primary caregivers. These guide for nurses and multidisciplinary teams for providing care for them to continued quality and appropriate care in order to prevent relapse.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาอันเป็นอย่างดีของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งคอยให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และคอยให้กำลังใจในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ แม้นิยามมีอุปสรรคและความยากลำบากต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งถึงความรัก ความห่วงใย และความเอาใจใส่ของอาจารย์อยู่เสมอมา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ช่วยพุ่มพักผู้วิจัยให้มีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในการทำวิทยานิพนธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ ชัดเจนมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน รองศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้ อาจารย์ ดร. ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร และคุณอำพัน หิรัญอุทก ที่กรุณาตรวจสอบและให้คำชี้แนะที่เป็นประโยชน์ ต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์และมีผลการสอบวิทยานิพนธ์อยู่ในระดับดี

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่คอยให้ความรู้ทั้งทางด้านศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์แห่งการดำเนินชีวิตที่ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจคุณค่าของเพื่อนมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ช่วยจิตเวชและครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ อีกทั้งขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความรู้ในแง่มุมใหม่ ๆ เกี่ยวกับจิตเวช ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น นำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาพัฒนาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อไป

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนทุนอุดหนุนวิจัยสำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบพระคุณแหล่งทุนที่สนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ทุกท่านที่สละเวลาเพื่อมาบอกเล่าประสบการณ์ชีวิตของตนเองที่เป็นประโยชน์กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและคนอื่นๆ ทุกท่านล้วนแต่เป็นบุคคลที่มีกำลังใจที่เข้มแข็ง ผู้วิจัยขอให้ทุกท่านมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

นลิน ดวงปัญญา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....1	1
สารบัญรูปภาพ.....1	1
บทที่ 1 บทนำ.....1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1	1
วัตถุประสงค์.....6	6
คำถามการวิจัย.....6	6
แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย.....6	6
ขอบเขตการวิจัย.....8	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....8	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....9	9
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....10	10
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....11	11
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล.....42	42
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท.....46	46
4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....52	52
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....60	60
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....63	63

1. ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล	63
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	65
3. การพิทักษ์สิทธิ์	66
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
5. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
6. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	76
ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ	78
ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ	82
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	116
สรุปผลการวิจัย	116
การอภิปรายผลการวิจัย.....	123
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	131
ข้อเสนอแนะในการการทำวิจัยครั้งต่อไป	132
บรรณานุกรม	133
ภาคผนวก	145
ประวัติผู้เขียน	193

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล.....	64
ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท	163
ตารางที่ 3 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์	171
ตารางที่ 4 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์	172
ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์	178
ตารางที่ 6 การตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	190



สารบัญรูปภาพ

ภาพที่ 1 แสดงกลุ่มอาการสำคัญของโรคจิตเภท	13
ภาพที่ 2 สรุปประเด็นที่ได้จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ กลับป่วยซ้ำ	82



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่มีความหลากหลาย ทั้งความผิดปกติอาการและสาเหตุของการเกิดที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปพบได้ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งบ่อยครั้งนำไปสู่ความพิการตลอดชีวิต ในแง่ที่สำคัญที่สุดของโรคนี้คือระยะของการมีอาการทางจิต เช่น อาการหูแว่ว ระวังหลงผิด ซึ่งต้องได้รับการดูแลโดยเร่งด่วนเพื่อป้องกันผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้โรคจิตเภทยังส่งผลต่อความพิการอย่างถาวร การรู้คิด และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยอาการซึมเศร้าซึ่งปัจจัยเสี่ยงก่อนการป่วย (predisposing) ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงเป็นอย่างยิ่งต่อการฆ่าตัวตาย อีกทั้งอาการป่วยยังลดความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งด้านสังคม และการทำงาน (Janicak, Marder, Tandon, & Goldman, 2014) โดยการประเมินปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าโรคจิตเภทในเพศชายสูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชที่ทำให้ผู้ป่วยตายก่อนวัยอันควรและมีอยู่ชีวิตอยู่กับความบกพร่องหรือความพิการ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560) ซึ่งทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทมากถึง 21 ล้านคน เป็นเพศชายประมาณ 12 ล้านคน และเพศหญิงประมาณ 9 ล้านคน (World Health Organization, 2018) อัตราความชุกเฉลี่ย (prevalence) พบที่ 4.6 ต่อประชากร 1,000 คน (Sadock & Sadock, 2017) จากการสำรวจผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยปี พ.ศ. 2559 พบความชุกของผู้ป่วยจิตเภท 333,595 ราย หรือร้อยละ 0.7 (กรมสุขภาพจิต, 2559) ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ที่ได้รับไว้รักษาเฉลี่ยปีละ 800-1,200 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2561)

อัตราการป่วยเป็นโรคจิตเภทมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญส่งผลต่อการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและทรัพยากรของประเทศ นโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต เพื่อลดอาการกำเริบหรือกลับมาเป็นซ้ำ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) จากสถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์ปีงบประมาณ 2558-2560 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทเป็นจำนวน 33,570, 26,783 และ 27,443 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 33.34, 32.02 และ 45.58 สูงเป็นอันดับหนึ่งของการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยมีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน เพียงร้อยละ 2.57, 2.82 และ 2.43 ตามลำดับ (คณะกรรมการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสิมาราชนครินทร์, 2560) แสดงให้เห็นว่ายังมีผู้ป่วยอย่างน้อยร้อยละ 90 ที่ไม่กลับป่วยซ้ำและใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเอง

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่สามารถรักษาได้ โดยการใช้ยาและการรักษาทางด้านจิตสังคม (World Health Organization, 2018) แต่ถึงกระนั้นผู้ป่วยจิตเภทยังมีการกลับป่วยซ้ำ (Relapse) ซึ่งโรคจิตเภทมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังมีช่วงอาการกำเริบ (exacerbation) และช่วงอาการสงบ (remission) (Herz & Melville, 1980) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งมีการกำเริบซ้ำบ่อยครั้งจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือมากขึ้นเท่านั้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิชัย, 2558) โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-30 จะมีชีวิตกลับเป็นปกติ อีกร้อยละ 20-30 จะมีอาการหลงเหลือระดับปานกลางอย่างต่อเนื่อง และร้อยละ 40-60 มีอาการรุนแรงกลับเป็นซ้ำและกระทบกระเทือนต่อการทำหน้าที่ทุกด้านตลอดชีวิต (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ สุชาติ พหลภาคย์ และอุบล นิวัติชัย, 2562; Ragheb, 2007; นันทวัช สิริธิรักษ์ และคณะ, 2558)

การดำเนินโรคของโรคจิตเภท (Stage of Schizophrenia) (Khamker, 2015) ได้แก่ ระยะแรกซึ่งสามารถป้องกันได้จากปัจจัยเสี่ยง เช่น ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทในครอบครัว ระยะที่สอง ระยะก่อนมีอาการของโรคจิตเภท ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เช่น บกพร่องด้านความสนใจใส่ใจ บกพร่องด้านการเรียน มีอารมณ์เศร้า มีปัญหาการนอน วิตกกังวล แยกตัวจากสังคม ฉุนเฉียวง่าย ความคิดแปลกประหลาด และบกพร่องด้านการทำหน้าที่ ระยะที่สาม ระยะของการมีอาการทางจิตกำเริบ (Onset of psychosis) เป็นระยะของการมีอาการของโรคจิตเภทครั้งแรก (First Episode Schizophrenia) โดยระยะนี้ผู้ป่วยจะแสดงอาการทางจิตชัดเจน ได้แก่ อาการหูแว่ว ประสาทหลอน และระยะที่สี่เป็นระยะเรื้อรัง บกพร่องทางด้านสังคม การทำงานและการทำหน้าที่ ซึ่งช่วงเวลาระหว่างการมีอาการทางจิตกำเริบและการเข้ารับการรักษาครั้งแรกอย่างเหมาะสมในระยะเวลาที่สั้นที่สุด (Duration of Untreated Psychosis) มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยในการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นตัว (Perkins et al., 2005; Gardner & Nasrallah, 2015) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรกเมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วการรักษาจะเน้นการรักษาด้วยยา โดยพบว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาทันทีหลังจากได้รับการวินิจฉัย จะมีโอกาสหายภายใน 2 ปีแรกประมาณร้อยละ 66 โดยอาการทางจิตจะหายไปภายใน 20 สัปดาห์หลังจากได้รับการรักษาด้วยยา (Malla et al., 2006; วิไล นาป่า, 2561) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรกหากได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะมีการตอบสนองดีเข้าสู่ระยะโรคสงบ (remission) ตลอดช่วง 2 ปี ถึงร้อยละ 68.75 (ฐานันตร์ ปิยะศิริศิลป์ พลภัทร โลเสถียรกิจ เพลินเสียงโชคอยู่ และปราณี มูลเชื้อ, 2555)

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรก (First Episode Schizophrenia) สามารถกลับป่วยซ้ำได้ (relapse) เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม รู้สึกเป็นตราบาบ เป็นที่น่ารังเกียจ เป็นภาระของครอบครัว และไม่เป็นที่ต้องการของสังคม มีปมด้อยและมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากอาการทางจิตที่ยัง

หลงเหลืออยู่ ซึ่งความคิดด้านลบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ผลที่เกิดขึ้นจากอาการซึมเศร้านี้นำไปสู่การกลับเป็นซ้ำ (สุภาวดี เกษไชย ยาใจ สิทธิมงคล นพพร ว่องสิริมาศ และสุภาภักดิ์ เกตราสุวรรณ, 2012)

การกลับป่วยซ้ำ (relapse) ในผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เคยป่วย การที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายป่วยจากโรคที่เป็นอยู่ แล้วกลับมาได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคอีกครั้ง (สินเงิน สุขสมปอง ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์ และพลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2559) ในโรคจิตเภทเป็นการกลับมามีอาการทางจิตอีกครั้งภายหลังจากการฟื้นตัวเพียงบางส่วน (Partial recovery) ภายในระยะเวลา 6 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาล (Lader, 1995, 1998) ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกลับป่วยซ้ำได้ถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548; นาถนภา วงษ์ศิลป์ จินตนา ยูนิพันธ์ และสุนิศา สุขตระกูล, 2556) การกลับป่วยซ้ำไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อพยาธิสภาพสมองของผู้ป่วยจิตเภท (Andreasen, Liu, Ziebell, Vora, & Ho, 2013) แต่ยังทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตมากขึ้น บกพร่องด้านการทำหน้าที่ เสื่อมถอยด้านการรู้คิด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่งลง (Olivares, Sermon, Hemels, & Schreiner, 2013) โดยทั่วไปพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจะป่วยซ้ำอีกในเวลา 9-12 เดือนหลังจากหยุดยา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) ซึ่งผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มีปัญหาในการกินยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้เกิดความเสี่ยงในการป่วยซ้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 2 ปีแรกของผู้ที่ป่วยเป็นครั้งแรก (First Episode Schizophrenia) (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานันท์, 2552) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยเป็นครั้งแรกหากไม่ได้รับการรักษาและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ดีพอ จะทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและกลายเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ (Burn, Fiander, & Audini, 2000; Martens & Baker, 2009; Zipursky, Menezes, & Streiner, 2013; สาวิตรี แสงสว่าง ประเทือง ละออสุวรรณ อัญชลี ศรีสุพรรณ และกาญจนา สุดใจ, 2561)

ในการเจ็บป่วยระยะแรกนี้ครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทย ครอบครัวถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทั้งการทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการดำรงชีวิตตามปกติ อีกทั้งยังลดความรู้สึกถูกตีตราในผู้ป่วยจิตเภท (สุภาวดี เกษไชย และคณะ, 2012) นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นครั้งแรกญาติหรือผู้ดูแลมีความกดดันในการดูแลและรู้สึกห่วงกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จึงให้ความสำคัญและสนใจในเรื่องการดูแลรักษาของผู้ป่วยมาก ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี (Lohacheewa, Sitthimongkol, Sirapo-ngam, & Vivatwongkasem, 2016; สาวิตรี แสงสว่าง ประเทือง ละออสุวรรณ อัญชลี ศรีสุพรรณ และกาญจนา สุดใจ, 2561) ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 5-22 ที่มีการฟื้นตัวกลับมาหลังการป่วยครั้งแรก (First Episode Schizophrenia) และไม่มีอาการกลับ

ป่วยซ้ำ (recurrence) (Shepherd et al., 1989; Thara et al., 1994; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552)

ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะโรคสงบ (remission) และสามารถฟื้นตัวกลับมา (recovery) ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ (psychotic episode) สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ทำหน้าที่ทางสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสามารถทำงานได้ (Kane, 2007) ได้แก่ การทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทางสังคม (socially useful activities) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม (personal and social relationships) และดูแลตนเองได้ (self-care) (Suttajit et al., 2015) การลดลงของอาการทางจิตคงอยู่นานติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน (Andreasen et al., 2005; ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์ และคณะ, 2555) ส่วนด้านการรู้คิด (cognitive) ค่อนข้างจะคงที่อยู่ที่ตลอด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิชัย, 2558) โดยในระยะนี้เป็นการฟื้นฟูความสามารถต่างๆ ให้กลับคืนมา (สินเงิน สุขสมปอง และคณะ, 2559)

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนสูงถึงร้อยละ 98 (Phanthunane, Vos, Whiteford, Bertram, & Udomratn, 2010) การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านและชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อยู่ในระยะรักษาสภาพ เป้าหมายของการดูแลคือ ให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวที่บ้านและอยู่ในชุมชนได้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) การที่ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพึ่งพาครอบครัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการดูแลในด้านส่วนตัวการเฝ้าระวังอาการและการช่วยเหลือจัดการเกี่ยวกับยา (American Psychiatric Association, 2016; Dangdomyouth, 2006) ซึ่งผู้ดูแลนี้คือ ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในครอบครัวเดียวกัน ในฐานะคู่สมรส บิดา มารดา พี่น้อง หรือญาติ (ต้นติมา ดวงโยธา ทศพร ประเสริฐสุข ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และบุญเชิด ภิญญ์ อนันตพงษ์, 2553) CHULALONGKORN UNIVERSITY

ผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุคคลสำคัญที่ทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมากที่สุด โดยผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) เป็นผู้ที่ถูกเลือกโดยผู้ป่วยโดยตรง สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ และดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ (Awad & Voruganti, 2008; มยุรี กลับวงษ์ ผจงจิต อินทสุวรรณ วิลาสลักษณ์ ชวัลลี และนันทิกา ทวีชาติ, 2552; ยุกาพิน ศิริโพธิ์งาม, 1996) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านในแต่ละครอบครัวนั้น การที่บุคคลใดจะเหมาะสมหรือได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่าในด้านอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลจะได้รับการมอบหมายการเป็นผู้ดูแลเพราะเชื่อว่าอายุที่มากจะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมาก กระบวนการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และการดูแลผู้ป่วยอาจดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (ยุกาพิน ศิริโพธิ์งาม, 1996; สนิษ ขำดี มณี อาภานันท์กุล และยุกาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2557) ลักษณะทางเพศของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น เพศหญิงและเพศชาย

จะมีความแตกต่างกันในเรื่องความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่ต่างกัน (เปรมฤดี ดำรงค์ อังคณา วังทอง และอนุชิต วังทอง, 2557) รวมทั้งมีการศึกษาว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาดีจะมีการใช้เหตุผล และวิธีการแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น (พรประไพ แยกเต่า สุวดี วงษ์พนม จาริ ทิพย์พินิจ และหทัยรัตน์ นพมิตร, 2554) โดยพบว่าผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58 เป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 18 เป็นลูกพี่ลูกน้อง ร้อยละ 12 เป็นคู่สมรส และร้อยละ 12 เป็นบุตร (Tharoor & Ganesh, 2015) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่งผลกระทบต่อสมาชิกภายในครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เช่น เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง มีภาวะซึมเศร้า เกิดความอับอาย มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย รวมถึงการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง (Awad & Wallance, 1999; A.G. Awad & Voruganti, 2008) ในทางกลับกันหากผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ทั้งการรับประทานยา การจัดการกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา รวมถึงการดูแลสุขภาพอนามัยจะช่วยลดความเหนื่อยหน่ายแก่ผู้ดูแล และทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (มยุรี กลั้ววงศ์ ผจงจิต อินทสุวรรณ วิลาสลักษณ์ ชิววลลิต และนันทิกา ทวีชาติ, 2552) อย่างไรก็ตามการดูแลโดยครอบครัวเมื่อสมาชิกป่วยนั้นมีความซับซ้อนและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว การทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแล อีกทั้งครอบครัวไทยที่เป็นครอบครัวขยายมีสายสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ จึงเป็นระบบการดูแลที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (วิไล นาป่า, 2561) ด้วยเหตุผลต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไป

ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง เหตุการณ์หรือเรื่องราวหรือสิ่งที่ประสบมาจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งครอบคลุมถึงการให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลในครอบครัวแสดงออกตามการรับรู้ ความคิด ความรู้สึกและความเชื่อของตนเอง (จิรนนท์ ชันแข็ง, 2548) ทั้งนี้ประสบการณ์ของคนเกิดจากการเรียนรู้เข้าใจ (Waterhous, 1981; จอนพะจง เพ็งจาด, 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังการศึกษาของจิรนนท์ ชันแข็ง (2548) ที่ศึกษาประสบการณ์มารดาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามารดาให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทว่าเป็นการกระทำที่อยากให้บุตรหายจากการเจ็บป่วยสะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวเป็นส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างกันออกไปตามบทบาทและสถานการณ์ในการดูแล ซึ่งการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับไปป่วยซ้ำ จึงเป็นบทบาทสำคัญอย่างยิ่งของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพราะผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการใช้ชีวิต และสามารถอยู่ได้ด้วยตนเองแม้มีความเจ็บป่วย เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลและเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแล ครอบครัว ผู้ป่วย และชุมชนต่อไป

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นรูปแบบการศึกษาที่สามารถอธิบายสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ดูแลได้อย่างครอบคลุม เพราะเป็นการศึกษาที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์นั้นได้อธิบายถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเองในลักษณะการให้ความหมายต่อประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเจาะลึกและครอบคลุม (ชาย โพรธิสตา, 2536 อังโนจิรนนท์ ชันแข็ง, 2548; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) ซึ่งถูกใช้กันมากในสาขาการพยาบาลศาสตร์ โดยความเข้าใจที่เกิดขึ้นมีนัยสำคัญต่อการให้คำปรึกษาและบริการที่เหมาะสม (ชาย โพรธิสตา, 2556; อัญญา ปลอดเปลื้อง, 2556) การศึกษาตามแนวปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ของ Martin Heidegger (1962) เน้นการเข้าถึงความหมายของประสบการณ์ มุ่งการตีความเพื่อเข้าใจความหมายของปรากฏการณ์ตามที่ปรากฏแก่ผู้ที่ได้ประสบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ (Cohen, Kahn and Steeves, 2000; Cohen and Omery, 1994; ชาย โพรธิสตา, 2556) และเป็นการค้นหาสิ่งที่เป็นทั้งหมดของบุคคลนั้น ๆ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550) อีกทั้งยังเป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายที่ซ่อนอยู่ของปรากฏการณ์อย่างไม่เปิดเผย ให้ชัดเจนขึ้นตามที่ได้สืบค้น วิเคราะห์และอธิบายอย่างตรงไปตรงมา (Spiegel berg, 1965, 1975 cited in Streubert and Carpenter, 1999; จุฬาลักษณ์ ชำชอง, 2547) ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมจะนำมาใช้ในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การได้เรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ ในบริบทของการเป็นผู้ดูแล การรับหน้าที่และการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร มีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างไร และผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร การดูแลให้ผู้ป่วยไม่กลับป่วยซ้ำให้ความหมายอย่างไรต่อการเป็นผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่การวางแผนได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วย และให้การพยาบาลได้อย่างตรงประเด็นบนพื้นฐานของความเข้าใจแก่นแท้ของผู้ดูแลทุกคน ซึ่งเปรียบเสมือนผู้ป่วยอีกคนหนึ่งที่ยาบาลไม่ควรละเลยและควรให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมเช่นกัน

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

คำถามการวิจัย

ผู้ดูแลหลักมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำเป็นอย่างไร

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ของ Heidegger (1962) โดยมีแนวคิดเบื้องต้นเป็นความรู้พื้นฐานเพื่อนำไปสู่การได้มาซึ่งความรู้ตามประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล และนอกจากนี้แนวคิดเบื้องต้นครั้งนี้นำมาใช้ครั้งนี้ ได้แก่ การให้การดูแลในครอบครัว (Family caregiving) ซึ่งการดูแลใน

ครอบครัวเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวต้องให้การช่วยเหลือสมาชิกในครัวที่มีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย การรับรู้ ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งต้องการการดูแลในชีวิตประจำวันตามความบกพร่องที่มี ทั้งการตัดสินใจ การทำกิจวัตรประจำวัน (Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd, & Dibble, 2000) ซึ่งญาติผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) หากจำแนกตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลแล้วผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) เป็นผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น (Awad & Voruganti, 2008; Davis, 1992; Selected Committee on Aging, 1988; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 1996) ทั้งนี้กระบวนการดูแลเป็นกลไกที่ปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลาและเกิดขึ้นในครอบครัวเพื่อตอบสนองความเจ็บป่วยของสมาชิก โดยทักษะการดูแลนี้ผู้ดูแลต้องผสมผสานระหว่างกระบวนการด้านความคิด พฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างเหมาะสม (Schumacher et al., 2006; วิลโล นาปา, 2561) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีปัญหาด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านจึงจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการดูแลในด้านส่วนตัว การเฝ้าระวังอาการและการช่วยเหลือจัดการเกี่ยวกับยา (Dangdomyouth, 2006) หากครอบครัวสามารถจัดการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยได้ (Awad & Voruganti, 2008; Becker, Leese, Krumm, Ruggeri, & Vazquez-Barquero, 2005)

การดูแลในครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของบุคคลเป็นสถาบันหนึ่งในสังคมที่มีหน้าที่ดูแล ปกป้องสมาชิก รวมทั้งเป็นตัวแทนเรียกร้อง และจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญที่จะตอบสนองความต้องการต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวได้ (Kespichayawattana, 1999) การดูแลเป็นพฤติกรรมที่แต่ละฝ่ายต่างเข้าใจถึงความรู้สึกของกันและกัน สัมผัสถึงจิตใจของกันและกัน รวมถึงเข้าใจสถานการณ์ของแต่ละฝ่ายโดยเน้นให้การดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละวัฒนธรรม โดยการดูแลเป็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งระหว่างจิตวิญญาณถึงจิตวิญญาณของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย การดูแลก่อให้เกิดการรับรู้ประสบการณ์ชีวิตร่วมกัน (Watson, 2005, 2008) ซึ่งมนุษย์จะแสดงออกอย่างแรงกล้าในการดูแลผ่านความรัก ความผูกพัน ความโศกเศร้าหรือมีความสุข เสียใจ สิ้นหวัง การดูแลคือความเด่นชัดของการเป็นอยู่ในโลกของบุคคล (person's being- in- the- world) (Roach, 2002)

การที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัวลดลง เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สุขสบาย เกิดการเจ็บป่วย (Salleh, 1994) ซึ่งมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าผ่านความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (Ondee et al., 2013) อีกทั้งยังส่งผลต่อการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว (Awad & Voruganti, 2008) ในทางกลับกันผู้ดูแลที่มีลักษณะอารมณ์มั่นคง มีเหตุผล ยืดหยุ่น จะใช้กลวิธีในการจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพจะมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี (มยุรี กลั้ววงษ์ ผจง

จิต อินทสุวรรณ วิลาสลักษณ์ ชั่ววัลลี และนันทิกา ทวีชาชาติ, 2552) เพราะฉะนั้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภท กลับเข้าสู่ชุมชนยังคงมีข้อจำกัดหลายด้าน เพื่อเป็นการลดปัญหาต่าง ๆ อาจเกิดขึ้น การส่งเสริมให้ เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยในบริบทครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมผู้ให้ ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ ไม่เกิดความรู้สึกเป็นภาระ รู้สึกมั่นคงและปลอดภัย ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ได้ตามศักยภาพ จึงเป็นวิธีการวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับคืนสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมของตนได้อย่างมีความสุขยิ่งขึ้น (สุนทรภรณ์ ทองไผ่, 2558)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) โดยใช้ ระเบียบวิธีการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิด ของ Martin Heidegger (1962) (Streubert & Carpenter, 2011; อารีวรรณ อ่วมตานี, 2559) เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำหลังได้รับการ วินิจฉัยครั้งแรก (First Episode Schizophrenia) โดยมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ 1) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศ ชายและหญิง ที่พาผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โดยผู้ดูแล มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 (F20-F29) ซึ่งได้รับการวินิจฉัย ครั้งแรก (First Episode Schizophrenia) สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ทำหน้าที่ทางสังคม มี ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นสามารถทำงานได้ และไม่มีอาการกำเริบในช่วง 18 เดือนขึ้นไป ภายหลังเข้า รับการรักษา 2) มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง หรือบุตร หรือไม่มี ความสัมพันธ์ทางเลือด เช่น ภรรยา หรือสามี และเพื่อนซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 2 ปี โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการดูแล 3) สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลจากวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์จาก ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10-15 คน หรือจนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การรับรู้ การถ่ายทอดเรื่องราว ผ่านความรู้สึกนึกคิดที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามการรับรู้ ความคิด ความเชื่อ และ ความรู้สึก นับตั้งแต่การตัดสินใจเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลหลักเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ โดยตรง

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หมายถึง 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการทางจิต ครั้งแรก 2) ช่วงระยะเวลาเฉลี่ยของการได้รับยารักษาอาการทางจิตไม่เกิน 3-5 ปี และ 3) ระยะเวลา

เฉลี่ยของการมีอาการทางจิตครั้งแรกของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในช่วง 2-5 ปี ซึ่งแพทย์ลงความเห็นว่าสามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้และติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในช่วงโรคสงบ (remission) สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ทำหน้าที่ทางสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสามารถทำงานได้ สามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่โดยปราศจากการมีอาการผิดปกติที่ชัดเจน และไม่มีอาการกำเริบซ้ำภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลาอย่างน้อย 18 เดือนขึ้นไป

ผู้ดูแลหลักในครอบครัว หมายถึง ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและหญิงที่พาผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง หรือบุตรหรือไม่มีความสัมพันธ์ทางเลือด เช่น ภรรยาสามี หรือเพื่อน ซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 2 ปี โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆจากการดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูล องค์ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ของการเป็นผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อไม่กลับป่วยซ้ำ
2. เป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการสนับสนุนผู้ดูแลให้ดูแลผู้ป่วยได้

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ทำการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ของ Heidegger (1962) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำหลังได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนและศึกษาทฤษฎี แนวคิด จากเอกสาร หนังสือ ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีหัวข้อในการทบทวนวรรณกรรมดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรคจิตเภท
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.4 การวินิจฉัยและการดำเนินโรค
 - 1.5 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
 - 1.6 แนวคิดการกลับป่วยซ้ำและไม่กลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.7 การรักษาโรคจิตเภท
 - 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล
 - 2.1 ความหมายของการดูแล
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแล
 - 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 ความหมายของผู้ดูแล
 - 3.2 ประเภทของผู้ดูแล
 - 3.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.4 การทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.5 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัว
 - 3.6 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

- 4.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.2 รูปแบบการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา
 - 4.3 ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger
 - 4.4 ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความ
 - 4.5 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

WHO (2018) โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก ภาษา การรับรู้ตนเองและพฤติกรรม

นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ (2558) โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด ความผิดปกติด้านการรับรู้ ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุ และความผิดปกติเหล่านี้ต้องเป็นติดต่อกันต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน

สมภพ เรื่องตระกูล (2557) โรคจิตเภท หมายถึง โรคความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมเป็นเวลอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ สุชาติ พหลภักย์ และอุบล นิวัติชัย (2562) หมายถึง เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นความผิดปกติของสมองอย่างหนึ่ง อาการที่สำคัญคือมีความผิดปกติในการคิด (thinking) การรับรู้สัมผัส (perception) และมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อ่อน (inappropriate or blunted affect) ขณะนี้ยังไม่มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการใดที่จะช่วยยืนยันการวินิจฉัยความผิดปกติชนิดนี้ การวินิจฉัยจึงต้องอาศัยอาการและอาการแสดงเป็นหลักหลายๆ อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันมากกว่าจะใช้อาการใดอาการหนึ่งเพียงอย่างเดียว

สรุปรูป โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้าน การรับรู้ ความคิด และพฤติกรรม โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย การใช้ยาหรือสารเสพติด อาการเป็นต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 พยาธิสภาพของโรคจิตเภท โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติที่ซับซ้อน เป็นกลุ่มโรคที่มีอาการหลายอย่างพร้อมๆ กัน อาการร่วมมีหลายรูปแบบ สาเหตุทับซ้อนกันไปมา (overlapping etiology) สิ่งที่น่าทึ่งว่าผิดปกติจนเป็นสาเหตุของการเป็นโรคคือ สมองของคนเหล่านี้มักจะมีโครงสร้างของสมองที่ผิดปกติ และกิจกรรมของสมองก็ทำงานผิดปกติ นักวิทยาศาสตร์ต่างมีความเห็น

ตรงกันว่า โรคจิตเภทมีปัจจัยเหตุจากความผิดปกติในหลายยีนส์ (multiple inherited gene abnormalities) ซึ่งจะเกิดร่วมกับปัจจัยเหตุที่ไม่ใช่ยีนส์ เช่น การติดเชื้อไวรัส การได้รับบาดเจ็บ ในขณะที่คลอด การมีความเครียดทางสิ่งแวดล้อม (environmental stressors) การมีภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่ก่อนคลอด ปัจจัยเหตุข้างต้นล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อการพัฒนาโครงสร้างของสมองต่อการทำงานของสารเคมีและสารสื่อประสาทในสมอง รวมทั้งปัจจัยเหตุบางชนิดอาจจะทำอันตรายต่อสมองโดยตรง (Tandon, Keshavan and Nasrillah, 2008; ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ สุชาติ พหลภาคย์ และอุบล นิวัติชัย, 2562) สาเหตุของการเกิดโรคมักไม่ทราบแน่ชัด แต่สามารถอธิบายได้จากแนวคิดทฤษฎี (นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558) ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor)

1.2.1.1 พันธุกรรม (Genetic factor) ความผิดปกติของสารพันธุกรรมโดยเฉพาะยีน (gene) มีส่วนสัมพันธ์กับโรคจิตเภท พบการศึกษาอัตราการเกิดโรคจิตเภทในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ทั้งในบิดาและมารดาที่เป็นโรคมมีความเสี่ยงถึงร้อยละ 46 และในคู่แฝดสูงถึงร้อยละ 50 (Castle & Buckley, 2015)

1.2.1.2 ระบบสารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factor) ได้แก่ สมมติฐานโดปามีน (The Dopamine Hypothesis) เชื่อว่ามีสารโดปามีนหลั่งออกมามากในสมองทำให้เกิดอาการทางจิต ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของสารโดปามีนในสมองบริเวณส่วน Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการด้านลบ และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ Striatum ทำให้เกิดอาการทางบวก

1.2.1.3 กายวิภาคของสมอง พบ ventricle และ sulci โตกว่าปกติ มี cortical atrophy โดยเฉพาะบริเวณ limbic และ thalamus พบว่าปริมาณน้ำหนักร้อยละน้อยกว่าปกติ

1.2.1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบสมองมีสภาพ hypofrontality คือ cerebral blood flow และ glucose metabolism ตรงส่วน prefrontal cortex

อย่างไรก็ตามแนวคิดปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลาย ๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน (นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558)

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม

1.2.2.1 ลักษณะครอบครัว ลักษณะของครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion, EE) ได้แก่ ตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) เกลียดชังไม่เป็นมิตร (hostility) และจู้จี้ยุ่งเกี่ยวมากเกินไป (emotional over-involvement) มีผลต่อการกำเริบของโรคจิตเภท (Castle & Buckley, 2015)

1.2.2.2 ระบบเศรษฐกิจฐานะต่ำ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักพบในสังคมที่มีระบบเศรษฐกิจฐานะต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตแบบเดิม

ได้ (social drift) (นันทวัช สิริรักษ์ และคณะ, 2558) ทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำกว่าเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตมากขึ้น (Social causation hypothesis)

แนวคิดที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการ จึงทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาหรือปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) กล่าวคือ คนที่เป็นโรคจิตเภทเกิดจากการที่คนคนนั้นมีความอ่อนแอชนิดที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้อยู่แล้ว (diathesis) และเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ความเครียดจะมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) กับความอ่อนแอที่มีอยู่จนเกิดเป็นโรคจิตเภทขึ้น ความอ่อนแอและความเครียดอาจจะเป็นเรื่องทางชีวภาพ จิตวิทยาและหรือสิ่งแวดล้อมก็ได้ ความอ่อนแอทางชีวภาพ ได้แก่ การมียีนส์ที่ทำให้เป็นโรคจิตเภท การติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เป็นต้น ความอ่อนแอทางจิตวิทยา เช่น การถูกทำร้ายทางจิตใจ การได้เข้าเรียนในมหาวิทยาลัย เป็นต้น ความเครียดทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ครอบครัวมีความรุนแรง มีการอพยพไปอยู่ในต่างแดน เป็นต้น (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ สุชาติ พหลภาคย์ และอุบล นิวัติชัย, 2562)

1.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการสำคัญ (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานัน, 2552) ดังนี้

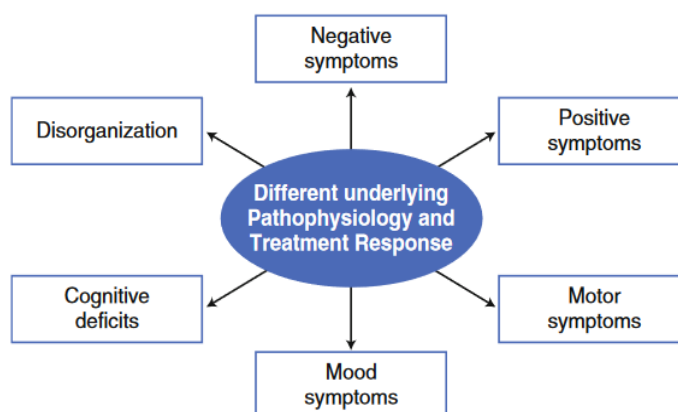


Fig. 2.1 Dimensions of schizophrenia (Adapted with permission from Tandon et al. [29])

ภาพที่ 1 แสดงกลุ่มอาการสำคัญของโรคจิตเภท (Janicak, Marder, Tandon & Goldman, 2014)

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) หมายถึง อาการผิดปกติที่เพิ่มมากกว่าคนทั่วไป อาการจะเกิดเร็วขึ้น และพบได้หลายช่วงของการดำเนินโรค มักพบในช่วงอาการกำเริบ โดยมีอาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ และอารมณ์ บกพร่องในบทบาทหน้าที่ของตน ผิดปกติของการคิดโดยขาดการเชื่อมโยงกับสิ่งที่ป็นจริงและเหตุผล ผู้ป่วยจะมีความคิดเข้าหาตนเอง (autism) ไม่มองหาสิ่งแวดล้อม จนในที่สุดมีอาการหลงผิด (delusion)

1.3.1.1 อาการหลงผิด หมายถึง ความเชื่อใด ๆ ที่ไม่สามารถสันคลอนได้ แม้ว่าจะมีหลักฐานอย่างชัดเจนที่คัดค้านความเชื่อนั้นๆ (กุศลาภรณ์ อุดมสม และคณะ, 2560)

1) อาการหลงผิดแบบหวาดระแวง (paranoid delusion) ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดชนิดนี้มักจะเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับเรื่องของความหลงผิด

2) อาการหลงผิดแบบเป็นระบบ (systematized delusion) มักจะพบในผู้ป่วยที่มีความรู้ค่อนข้างดี และสามารถทำงานหรืออยู่ในสังคมได้ดีเหมือนคนทั่ว ๆ ไป ผู้ป่วยจะพยายามซ่อนหรือปกปิดอาการหลงผิดของตนเองหรือเพื่อป้องกันตัวเองไม่ให้โดนทำร้าย ถึงแม้ว่าอาการหลงผิดจะเป็นความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (fixed false belief) (Lindenmayer et al., 2006; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

3) อาการหลงผิดแบบแปลกประหลาด (bizarre delusion) ถือเป็นลักษณะพิเศษของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตัวอย่างของการหลงผิดแบบแปลกประหลาดนี้ เช่น เชื่อว่าหัวใจของตัวเองหายไป หรือเชื่อว่ามนุษย์ต่างดาวกำลังตามหาตัวผู้ป่วยอยู่ เป็นต้น ชนิดของอาการหลงผิดดังนี้ (Lindenmayer et al., 2006; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552; กุศลาภรณ์ อุดมสม และคณะ, 2560)

3.1) อาการหลงผิดว่าถูกกลั่นแกล้งปองร้าย (Delusion of persecution) เป็นลักษณะที่พบได้บ่อยที่สุด หลงผิดที่เชื่อว่าตนเองนั้นจะโดนปองร้าย ทำให้อับอาย หรือกลั่นแกล้งจากบุคคลอื่น ๆ

3.2) อาการหลงผิดว่าถูกพาดพิงถึง (Delusion of reference) หมายถึง อาการหลงผิดที่เชื่อว่า ท่าทาง คำพูดของบุคคลอื่นหรือสภาพแวดล้อมต่างๆ นั้นมีความหมายสื่อถึงตน

3.3) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก (Delusion of being controlled) Thought controlled หมายถึง อาการที่เชื่อว่าพลังอำนาจบางอย่างควบคุมความคิด และบงการให้ตนเองเคลื่อนไหวหรือคิดตามนั้น เช่น อำนาจบางอย่างสั่งให้ตนเดินไปตามผ้า

3.4) อาการหลงผิดคิดว่าตนเองถูกสอดแทรกความคิด (thought insertion) หมายถึง อาการหลงผิดที่เชื่อว่าพลังอำนาจบางอย่างใส่ความคิดที่ไม่ใช่ของตนเองเข้ามา เช่น มนุษย์ต่างดาวใส่ความคิดเข้ามาให้กระพริบตา

3.5) อาการหลงผิดเรื่องความรู้สึกผิดที่มากเกินไป (delusions of guilt)

3.6) อาการหลงผิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไป หรือระบายออกนอกตัว (thought withdrawal and thought broadcasting) เป็นอาการหลงผิดที่เชื่อว่าความคิดของตนเองนั้นถูกทำให้หายไปโดยพลังอำนาจบางอย่าง เช่น อำนาจสวรรค์ดูดความคิดให้หายไป

3.7) อาการหลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ ความสามารถเหนือผู้อื่นเป็นอย่างมาก หรือมีความสำคัญ และมีชื่อเสียงอย่างมาก (Delusion of grandeur)

3.8) อาการหลงผิดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องศาสนา (religious delusions)

3.9) ความหลงผิดทางกาย (Delusion of somatic) หลงผิดคิดว่าตนเจ็บป่วยทางร่างกาย ผู้ป่วยจะหมกมุ่นอยู่กับอาการป่วยของตนเอง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ไม่พบความผิดปกติใด ๆ

3.10) หลงผิดคิดว่าส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายขาดหายไป (Delusion of nihilistic) เป็นอาการหลงผิดที่เชื่อว่าสิ่งเลวร้ายหรือหายนะนั้นได้เกิดขึ้นกับตนเองหรือจะต้องเกิดขึ้นกับตัวเอง

3.11) Erotomanic delusions หมายถึง อาการหลงผิดที่เชื่อว่ามีผู้อื่นมาหลงรักตนเอง

3.12) Jealousy delusions หมายถึง อาการหลงผิดที่เชื่อว่าคู่ครองนอกใจ

1.3.1.2 ความผิดปกติของการรับรู้

1) **อาการประสาทหลอน** อาการประสาทหลอน หมายถึง มีการรับรู้ทางระบบประสาทใด ๆ ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งเร้า (external stimuli) โดยส่วนใหญ่แล้วอาการหลอนที่มีความสำคัญทางคลินิกนั้นจะมีลักษณะที่ชัดเจนและผู้ป่วยมักจะไม่สามารถควบคุมอาการหลอนได้ อาการหลอนสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกประสาทสัมผัส แต่ในกลุ่มโรคจิตเภทนั้นจะพบอาการหลอนหูแว่ว (auditory hallucination) ได้บ่อยที่สุด อย่างไรก็ตามอาการหลอนนั้นต้องไม่ใช่อาการหลอนที่เป็นปกติทางสรีระ (physiologic hallucination) ซึ่งเกิดได้ในช่วงที่กำลังจะนอนหลับ (hypnagogic hallucination) และช่วงที่กำลังจะตื่น (hypnopompic hallucination) (กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2560) มีอาการต่างๆ ดังนี้

1.1) **อาการหูแว่ว Auditory hallucination** อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน ที่พบได้มากที่สุดของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยหูแว่วมักมีลักษณะเป็นคำพูด (voice) ของบุคคลอื่น (third person) คำพูดในหูแว่วอาจมีเนื้อหาด่าทอ (voice cursing) ข่มขู่ (voice threatening) สั่งหรือบงการ (voice commanding) พูดคุยกันเอง (voice discussing) หรือพูดพาดพิงโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับผู้ป่วย (voice commenting) (กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม ภัทรี พหลภาคย์ ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ และ ศิริินภา อภิสัทธีภิญโญ, 2560)

1.2) Visual hallucination อาการประสาทหลอนทางการเห็น ผู้ป่วยที่มีอาการนี้จะเห็นภาพคน สิ่งของหรือสัตว์ต่าง ๆ ที่ไม่มีอยู่จริง โดยที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก

1.3) Tactile hallucination อาการประสาทหลอนทางการสัมผัส อาการนี้เป็นความรู้สึกทางกาย เช่น รู้สึกว่าถูกสัมผัส หรือรู้สึกเหมือนถูกไฟฟ้าช็อตตามตัว อาการประสาทหลอนชนิดนี้เรียกอีกอย่างว่า haptic หรือ kinesthetic hallucination

1.4) Olfactory hallucination อาการประสาทหลอนทางการได้กลิ่น ผู้ป่วยจะได้กลิ่นแปลก ๆ ที่บุคคลรอบข้างไม่ได้กลิ่นนั้น

1.5) อาการประสาทหลอนทางรสชาติ (gustatory hallucination) ซึ่งผู้ป่วยได้รสผิดปกติไป เช่น หวาน เค็ม ขม หรือรสแปลก ๆ

1.3.1.3 อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (bizarre behavior) แสดงออกในลักษณะต่าง ๆ (พิเชษฐ อุตมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ดังนี้

1) การแต่งตัวและลักษณะภายนอก (clothing and appearance) ผู้ป่วยแต่งตัวในแบบที่ไม่เหมือนคนทั่ว ๆ ไปมองดูแล้วแปลกประหลาด

2) การเคลื่อนไหว (motor behavior) อาการผิดปกติทางการเคลื่อนไหวมีได้หลายแบบ ทำหน้าตาบิดเบี้ยวแสดงความเจ็บปวด (grimacing) หรืออาจเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานานโดยไม่มีเป้าหมายของการกระทำที่ชัดเจน (stereotypy) อาจมีพฤติกรรมที่เหมือนทำพิธีกรรมซ้ำ ๆ (ritualistic) (Fañaál et al., 1996; พิเชษฐ อุตมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

3) การแสดงออกทางอารมณ์แบบไม่เหมาะสม (inappropriate affect) โดยการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยจะไม่เหมาะสมกับสถานการณ์

1.3.2 อาการด้านลบ (negative symptoms) หมายถึง การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ หรือการไม่แสดงอารมณ์ สามารถเกิดได้ตั้งแต่ช่วงระยะอาการนำของโรคจิตเภท

1.3.2.1 ประเภทของอาการด้านลบ (Carpenter et al., 1988; พิเชษฐ อุตมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1) อาการลบชนิดปฐมภูมิ (primary negative symptoms หรือ deficit symptoms) จะนำมาก่อนการเกิดอาการโรคจิต และยังคงอยู่ระหว่างที่มีอาการโรคจิตหรืออาการด้านบวก อาการเหล่านี้ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี ภาวะอารมณ์เฉยเมย และจำกัด (flattening and narrowing of affect)

2) อาการลบชนิดทุติยภูมิ (secondary negative symptoms หรือ nondeficit symptoms) พบสัมพันธ์กับช่วงที่มีอาการโรคจิต อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมด

กำลังใจ (demoralization) และเป็นผลข้างเคียงจากยา ซึ่งอาการลบชนิดทุติยภูมินี้ส่วนใหญ่จะหายไปได้เมื่อรักษา หรือแก้ที่สาเหตุ

นอกจากนี้อาการด้านลบก็ยังเป็นอีกปัจจัยที่สามารถพยากรณ์อาการทางลบได้เช่นกัน (Fujimaki, Toki, Yamashita, Oyamada, & Yamawaki, 2017) กล่าวคือ อาการด้านลบเป็นตัวกระตุ้นความคิดด้านลบ (Negative Beliefs Activated by Positive Symptoms) ซึ่งเป็นการปรับตัวเพื่อปกป้องการทำหน้าที่เพื่อเผชิญหน้ากับอาการหลงผิดประสาทหลอน ทำให้ผู้ป่วยกลัวและเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน หรือผู้ป่วยแยกตัวจากเพื่อนและครอบครัวเพราะเกรงว่าตนจะทำผิดพลาดจากอาการหูแว่ว มองว่าตนเองไร้ค่า ซึ่งเป็นความเชื่อหลงผิดอย่างสิ้นหวัง (Beck, Neil, Neal, & Paul, 2009)

1.3.2.2 กลุ่มอาการของอาการด้านลบ

เป็นอาการที่พบได้บ่อยในโรคจิตเภท แต่จะพบไม่บ่อยในโรคจิตชนิดอื่นๆ โดยอาการด้านลบที่พบได้บ่อย (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552; กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม , 2560) ได้แก่

1) **Blunt affect** หรือ flat หรือ restricted affect อาจเรียกอารมณ์ที่อเฉยเฉย ในขณะที่บางรายไม่แสดงออกทางอารมณ์เลย

2) **การไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (Poor rapport)** จะแสดงออกมาด้วยการที่ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงการสบตา ไม่ตอบคำถาม และสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลง

3) **การคิดซ้ำ ๆ หรือคิดอะไรเพียงเรื่องเดียว (stereotyped thinking)** ผู้ป่วยมักคิดอะไรซ้ำ ๆ หรือมีความคิดในลักษณะที่น่าสับสนใจ อาจมีความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ในเรื่องที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล

4) **ขาดความกระตือรือร้น (Avolition/Amotivation)** ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยนั่งเฉยๆ เป็นระยะเวลาช้านาน ไม่แสดงความสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ และไม่สนใจที่จะทำสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือผลงานใดๆ (กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2560) และสีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (apathy) การแต่งตัว และสุขลักษณะ (grooming and hygiene) ผู้ป่วยไม่สนใจในเรื่องการดูแลตนเอง ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ทวีผม ความสามารถในการทำงานหรือการเรียนลดลง (impersistence at work or school) เฉื่อยชา ไม่มีชีวิตชีวา (physical anergia)

5) **การแสดงอารมณ์ที่ลดลง (Decreased emotional expression)** ซึ่งสังเกตจากการแสดงออกทางสีหน้า สำเนียงขึ้นลงของเสียง การใช้ภาษาภายในการสื่อสาร ปริมาณ

การพูดที่ลดลง (Alogia) การมีความสุขจากการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบหรือเคยสนใจลดลง (Anhedonia) การเข้าสังคมที่ลดลง (Asociality)

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดการรับรู้ (cognitive change) ผู้ป่วยจะมีสมาธิแย่ลง มีปัญหาความจำ ดีความสิ่งต่าง ๆ และการตอบสนองบกพร่องไป คิดเป็นเหตุเป็นผลไม่ได้ เริ่มพบได้ในระยะอาการนำ ขณะผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งแรก (First Episode Psychosis) จากนั้นค่อนข้างจะคงที่อยู่ตลอดแม้ว่าผู้ป่วยจะทุเลาจากอาการหิวแหว่ประสาทหลอน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ดังเดิม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ได้แก่ ความผิดปกติในเรื่องความสนใจ (attention impairment) และการมีปัญหาในการเข้าใจบริบทแวดล้อม (contextual difficulties)

1.3.4 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (affective symptoms) ผู้ป่วยอาจรู้สึกทุกข์ทรมาน ไม่สบายใจ (dysphoria) มีภาวะซึมเศร้า (depression) หมดกำลังใจจากอาการของโรคที่เกิดขึ้น

1.3.5 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติหรือยุ่งเหยิงไม่เป็นระเบียบ (Grossly disorganized or abnormal motor behavior) แสดงออกได้หลายรูปแบบ อาจจะเป็นพฤติกรรมที่เอาแต่ใจเหมือนเด็กซึ่งไม่เหมาะสมกับอายุอย่างมาก หรืออาจแสดงออกเป็นพฤติกรรมกระวนกระวาย หรือบางครั้งอาจแสดงออกเป็นพฤติกรรม catatonia โดยทั่วไปแล้วอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติหรือยุ่งเหยิงไม่เป็นระเบียบเหล่านี้มักจะทำให้ผู้ป่วยดูแปลกในสายคนทั่วไป และอาจก่อให้เกิดปัญหาในด้านต่างๆ ได้ เช่น พฤติกรรมรบกวนผู้อื่น หรืออาการ catatonia นั้นมากจนทำให้ผู้ป่วยนั่งเฉยๆ จนไม่สามารถทำงานได้ (กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2560)

1.3.6 กระบวนการคิดและภาษาที่ยุ่งเหยิงไม่เป็นระเบียบ (Disorganized thinking/speech) จะสังเกตได้จากคำพูด (speech) ระหว่างการสัมภาษณ์ เช่น ผู้ป่วยตอบไม่ตรงคำถาม (irrelevant) หรือไม่มีการพูดเปลี่ยนเรื่องไปเรื่อย (loose association) หากความกระบวนความคิดยุ่งเหยิงไม่เป็นระเบียบนั้นรุนแรงมากอาจทำให้คำพูดนั้นฟังไม่รู้เรื่อง (incoherent) โดยใช้คำที่มีความหมายแต่ไม่เกี่ยวข้องกันมาเรียงเป็นประโยค (word salad) (กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2560)

1.3.7 การฆ่าตัวตาย (suicide) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 50 พยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 10-15 ฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ เพศชายอายุน้อยกว่า 30 ปี

1.4 การวินิจฉัยและการดำเนินโรค เกณฑ์ในการวินิจฉัยที่นิยมในปัจจุบัน มีอยู่ 2 เกณฑ์เท่านั้นคือ เกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน กับเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสินานนท์, 2552) โดยรายละเอียดดังนี้

1.4.1 การวินิจฉัยของสมาคมนจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 (DSM-V-TR) (กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม ภัทรี พหลภาคย์ ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ และ ศิริรณา อภิสทธิภิญโญ, 2560) โดยพิจารณาจากอาการดังต่อไปนี้

A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป (ต้องมีอาการข้อ A1, A2 หรือ A3) โดยอาการนั้นจะต้องเป็นต่อเนื่องนาน 1 เดือน (หากได้รับการรักษา อาการอาจเป็นต่อเนื่องสั้นกว่า 1 เดือนได้)

A1. อาการหลงผิด (delusions)

A2. อาการประสาทหลอน (hallucinations)

A3. กระบวนความคิดและภาษาที่ยุ่งเหยิงไม่เป็นระเบียบ (Disorganized speech)

A4. มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวที่ผิดปกติหรือยุ่งเหยิงไม่เป็นระเบียบ (Grossly disorganized behavior)

A5. อาการด้านลบ (negative symptoms)

B. หน้าที่การงาน หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือการดูแลตนเองนั้นลดถอยลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับตอนก่อนมีอาการ (หากเริ่มมีอาการในวัยเด็กหรือวัยรุ่น ให้พิจารณาจากความสามารถด้านการเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการไม่ประสบความสำเร็จในอาชีพเท่าที่ควรจะเป็น)

C. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ A) อย่างน้อยนาน 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) โดยที่ระยะเวลา 6 เดือนนั้น ให้นับรวมถึงช่วงที่มีอาการนำ (prodromal symptoms) หรืออาการที่หลงเหลือ (residual symptoms) จากการรักษา โดยในช่วง prodromal หรือ residual อาการที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้านลบ หรืออาการตามข้อ A แต่แสดงออกแบบเล็กน้อย เช่น อาการ persecutory delusion นั้นลดความรุนแรงลงเหลือเป็น persecutory idea เป็นต้น

D. อาการข้างต้นต้องไม่สามารถอธิบายได้ด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น ต้องแยกวินิจฉัยจากโรค schizoaffective disorder และ major depressive disorder หรือ bipolar disorder ที่มีอาการโรคจิตร่วมด้วยหากโรคจิตนั้นจะมีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย อาการทางอารมณ์นั้นต้องเกิดขึ้นเป็นเพียงส่วนน้อยเมื่อเทียบกับระยะเวลาของอาการทั้งหมด

E. อาการข้างต้นต้องไม่เกิดขึ้นจากการใช้สารหรือภาวะทางกาย

F. หากเคยมีประวัติของ autism spectrum disorder หรือ communication disorder จะสามารถวินิจฉัยโรคจิตเภทได้เฉพาะเมื่ออาการหลงผิดหรืออาการหลอนนั้นเกิดขึ้นต่อเนื่องอย่างน้อย 1 เดือน โดยเพิ่มเติมจากเกณฑ์อื่นๆ

ระบุลักษณะต่อไปนี้เป็นสำหรับรูปแบบการดำเนินโรค เมื่ออาการเป็นต่อเนื่องเกิน 1 ปี

First episode, currently in acute episode เมื่อเป็นการแสดงอาการครั้งแรกของโรค

First episode, currently in partial remission เมื่ออาการของโรคดีขึ้นจนเหลืออาการจากเกณฑ์วินิจฉัยแค่บางอาการ

First episode, currently in full remission เมื่ออาการของโรคดีขึ้นจนไม่เหลืออาการของโรคเลย

Multiple episodes, currently in acute episode เมื่อเป็นอาการแสดงของโรคที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยเป็นครั้งที่ 2 เป็นต้นไป

Multiple episodes, currently in partial remission

Multiple episodes, currently in full remission

Continuous เมื่ออาการจากเกณฑ์วินิจฉัยนั้นคงอยู่อย่างต่อเนื่องเป็นส่วนใหญ่ตลอดระยะเวลาการดำเนินโรค อาจมีช่วงอาการลดลงได้บ้าง แต่ต้องเป็นเพียงส่วนน้อยเมื่อเทียบกับระยะเวลาการดำเนินโรคทั้งหมด

With catatonia เมื่อมีอาการของ catatonia

1.4.2 เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD-10) (World Health Organization, 2010, 2016) อาการต่าง ๆ ของโรคจิตเภทสามารถแบ่งเป็นกลุ่มเพื่อสร้างเป็นเกณฑ์สำหรับการวินิจฉัยโรค (พิเชฐ อุตมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานัน, 2552) ดังนี้

1. Thought echo, thought insertion thought withdrawal, และ thought broadcasting เป็นกลุ่มอาการที่แสดงว่ามีความผิดปกติของความคิด

2. Delusion of control, influence หรือ passivity เป็นอาการหลงผิดว่าการเคลื่อนไหวของแขน ขา หรือความคิด หรือการกระทำ หรือการรับรู้ความรู้สึก ถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอก ส่วน delusional perception เป็นอาการหลงผิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับรู้จริง ๆ เช่น เห็นแพทย์ขยับจมูกไปมา ผู้ป่วยหลงผิดว่าการทำเช่นนี้หมายถึง ผู้ป่วยต้องไปบำบัดความใคร่ด้วยตนเอง

3. มีอาการประสาทหลอนอยู่เรื่อย ๆ โดยจะเป็นชนิดใดก็ได้

4. มีเสียงหลอนหรือเสียงแว่วที่คอยวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือหูแว่วได้ยินเสียงพูดหลายเสียงกำลังวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับผู้ป่วย

5. มีอาการหลงผิดอย่างอื่น โดยที่อาการหลงผิดนั้นเป็นอยู่เรื่อย ๆ และไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมในบริบทที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่และเป็นไปไม่ได้ เช่น สร้างเอกลักษณ์ทางศาสนา หรือเอกลักษณ์ทางการเมือง หรือหลงผิดว่าตนเองมีอำนาจหรือพลังเหนือมนุษย์ เช่น มีความสามารถที่จะควบคุมอากาศหรือกำลังสนทนากับมนุษย์ต่างดาว

6. กระแสความคิดแตกกระจาย หรือผู้ป่วยเติมความคิดมากไปจนทำให้ความคิดมีลักษณะไม่เชื่อมั่นกันหรือพูดไม่ตรงประเด็น หรือมีลักษณะ neologism

7. มีพฤติกรรมแบบ catatonia เช่น ทำท่าค้างอยู่ท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ หรือทำท่าแข็งทื่อเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) ทำท่าต่อต้าน (negativism) หรือเป็นใบ้ (mutism) หรือมีพฤติกรรมนิ่ง เสมือนหนึ่งไม่มีชีวิต

8. มีอาการลบ เช่น สีหน้าทื่อไม่แสดงอารมณ์ การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม และความสามารถทางสังคมลดลง จนส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคม

9. มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในพฤติกรรมส่วนบุคคล และเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่น เปลี่ยนแปลงไปสู่การไม่สนใจ ไม่มีเป้าหมายในชีวิต เกียจคร้าน หมกมุ่นกับตัวเอง แยกตัวออกจากสังคม

ตามปกติเราจะวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD – 10 ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการตามข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 4 ข้อใดข้อหนึ่งอย่างชัดเจนมาก ๆ ถ้าหากอาการไม่ชัดเจนนักก็ให้มีอาการ 2 ข้อหรือมากกว่า แต่ถ้าเป็นอาการตามข้อที่ 5 ถึงข้อที่ 8 ก็ให้มีอาการอย่างน้อยที่สุด 2 ข้อ อาการตามเกณฑ์เหล่านี้ ต้องเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือนหรือมากกว่า ถ้าผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ดังกล่าวแต่เป็นน้อยกว่า 1 เดือน ไม่ว่าจะได้รับการรักษาแล้วหรือไม่ก็ตาม ใน ICD -10 จะให้การวินิจฉัยว่าเป็น acute schizophrenia-like psychotic disorder ไว้ก่อน แล้วค่อยวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทภายหลัง ถ้าหากอาการนั้นเป็นอยู่นานกว่า 1 เดือน

1.4.3 การดำเนินโรค สามารถแบ่งระยะของโรค (stages of illness) จิตเภทออกเป็น 5 ระยะ (Perkins, Miller-Anderson and Lieberman, 2006; พิเชฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) ได้แก่ 1. ระยะก่อนป่วย (premorbid) 2. ระยะอาการนำ (prodromal) 3. ระยะเกิดโรคครั้งแรก (first episode) 4. ระยะต้น (early-course) และ 5. ระยะเรื้อรัง (chronic phase) โดยที่ช่วงเวลา (duration) การดำเนินโรค และความรุนแรงของอาการในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน และแปรผันได้มากในผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนการดำเนินโรคสามารถแบ่งได้เป็น 2 ช่วง ตามระยะเวลา ได้แก่ การดำเนินโรคระยะต้นและการดำเนินโรคระยะยาว (long-term course)

1.4.3.1 การดำเนินโรคระยะต้น ประกอบด้วย 3 ระยะ คือระยะก่อนป่วย ระยะอาการนำ และระยะอาการโรคจิต (psychotic หรือ active phase) ดังนี้

1) ระยะก่อนป่วย (Premorbid phase) ระยะก่อนป่วยเป็นช่วงระยะเวลา ก่อนที่จะมีอาการใด ๆ ของโรคเกิดขึ้น ในระยะนี้เกือบทั้งหมดมีลักษณะที่ประกอบด้วย การมีความบกพร่องเล็กน้อย ๆ ที่ไม่ชัดเจนของ cognitive function ได้แก่ ระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ความใส่ใจ (attention) ความจำที่เกี่ยวกับการพูด (verbal memory) หน้าที่ด้านการบริหาร (executive function) และ motor skills ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคมและการศึกษาเล่าเรียน (Fuller et al., 2002; Niemi et al., 2003; Zammit et al., 2004; พิเชฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

ลักษณะอาการก่อนเป็นจิตเภท (Premorbid symptoms) ก่อนจะเป็นโรคจิตเภท บุคคลเหล่านั้นจะมีอาการผิดปกติเล็กน้อยๆ หรือมีบุคลิกภาพผิดปกติอยู่ก่อนแล้ว ตอนเป็นเด็กมักจะเป็นเด็กกว้างๆ เชื่อฟัง ไม่ซุกซน ไม่ชอบเล่นกีฬาที่ต้องชิงดีชิงเด่น ชอบดูภาพยนตร์หรือดูโทรทัศน์ ชอบฟังเพลง สิ่งเหล่านี้ทำให้ไม่ต้องเข้าสังคม มีเพื่อนสนิทน้อยมาก เมื่อโตขึ้นบุคลิกภาพมักจะเป็นแบบแยกตัว (schizoid) คือ ชอบเก็บตัว สมยอม เพื่อนน้อย ชอบฝันกลางวันหรือ schizotypal คือมีลักษณะความคิด คำพูด พฤติกรรมแปลกๆ เพี้ยนๆ ร่วมกับอาการชอบเก็บตัวอย่างรุนแรง (Herzog, 2014; ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และสุชาติพหลภาคย์, 2562)

2) ระยะก่อนเกิดอาการทางจิตชัดเจน (prodromal phase) เป็นระยะที่นำมาก่อนที่จะเกิดอาการโรคจิต (prepsychotic state) ในระยะนี้ อาการผิดปกติเริ่มในช่วงวัยรุ่นตอนต้นและตอนปลาย ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแปลกจากเดิม จนเริ่มมีการบกพร่องในการทำหน้าที่จากเดิม ได้แก่ การสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง การแยกตัวจากสังคม ครอบครัว มีความบกพร่องเรื่องเรียนหรือการทำงาน อารมณ์แปรปรวนง่าย มีความสนใจหรือหมกมุ่นในเรื่องต่าง ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โดยระยะนี้อาจจะนานหลายเดือนหรือเป็นปี ผู้ป่วยจะเริ่มบ่นไม่สบายทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย มีปัญหาในระบบย่อยอาหาร ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และการทำหน้าที่ทางครอบครัวได้ไม่ดี รวมถึงการดูแลตนเองก็ไม่ดี วิตกกังวล ฉงนงงววย (perplex) สนใจในเรื่องนามธรรมปรัชญา เรื่องลึกลับ เรื่องศาสนา อาจจะมีพฤติกรรมพิกล ประหลาด คำพูดผิดปกติ ความคิดวิตถาร สีหน้าผิดปกติ การรับรู้สัมผัสผิดปกติ (Herzog, 2014; ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และสุชาติพหลภาคย์, 2562)

3) ระยะโรคกำเริบ (active phase) มีอาการทางจิตชัดเจน ได้แก่ หลงผิด พฤติกรรมแปลกประหลาด ประสาทหลอน ที่เด่นชัดตามเกณฑ์การวินิจฉัยและบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวันชัดเจน ผู้ป่วยที่มีอาการนำจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ตามช่วงวัย ซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้ว ไม่สามารถปรับตัวต่อไปได้อีกจึงแสดงอาการต่าง ๆ ของโรคออกมา (APA, 2013; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ระยะนี้เป็นการเริ่มป่วยหนักของโรค อาการต่างๆ จะรุนแรง (florid) เต็มที่อาการต่างๆ จะรวมมาๆ ตัวอย่างของอาการระยะนี้ ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด ความสนใจและการแสดงออกทางอารมณ์ลดลง (apathy) แยกตัวออกจากสังคม ส่งผลทำให้ระยะนี้ผู้ป่วยทำงานหรือทำหน้าที่ต่าง ๆ ไม่ได้ ต้องเข้ารับการรักษาหรืออยู่รักษาภายในโรงพยาบาล อาการประกอบด้วยด้านต่างๆ (Herzog, 2014; ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และสุชาติพหลภาคย์, 2562) ดังนี้

3.1) พฤติกรรมทั่วไป พฤติกรรมโดยทั่วไปจะเกิดจากการควบคุมแรงผลักดันไม่ดี มีความรู้สึกไวน้อยต่อเรื่องบรรทัดฐานทางสังคม หุนหัน วู่วาม นึกอยากจะทำอะไรก็ทำ เช่น หยิบฉวยบุหรี่ยิ่งคนอื่น เปลี่ยนช่องรับสัญญาณโทรทัศน์ทันทีที่ทันใด ทั้งเศษอาหารลงพื้น เป็นต้น การเคลื่อนไหวไม่มีเป้าหมายหรือเป้าหมายมีลักษณะแปลกๆ พิกล อาจดูสับสน ไม่สงบ มีพฤติกรรมรุนแรง หรือมีลักษณะของ catatonia เช่น catatonic excitement, catatonic stupor, negativism, waxy flexibility, stereotype, mannerism, echopraxia

3.2) อากาการพูด (Speech) ผู้ป่วยอาจจะพูดมาก (talkative) ไม่พูดเลย (mute) พูดไม่ต่อเนื่องเท่าไรนัก (loose association) คำพูดไม่ติดต่อกัน ไม่ได้เรื่องได้ราว (incoherence) พูดออกนอกกราง (derailment) เป็นต้น

3.3) อารมณ์และสีหน้า (Affect) สีหน้าอาจจะไม่สดชื่น อารมณ์อาจจะไม่เหมาะสมหรือดูมีอารมณ์สองฝักสองฝ่าย ผู้ป่วยอาจจะมีความสุขมากอย่างไม่เหมาะสมและเข้าใจว่าตนเองมีความสามารถและมีอำนาจทุกอย่าง (omnipotent) หรืออาจจะวิตกกังวลอย่างสุดๆ ว่าขวัญของตนเองกำลังแตกสลายหรือวิตกกังวลว่าโลกนี้กำลังถูกทำลาย เป็นต้น

3.4) การรับรู้สัมผัส (Perception) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีประสาทหลอน (Hallucination) โดยเฉพาะจะเป็นหูแว่ว (auditory hallucination) คือได้ยินเสียงแว่วเป็นเสียงพูดหนึ่งเสียงหรือมากกว่า เสียงนั้นกำลังพูดกันและพูดคุกคามข่มขู่ผู้ป่วย กล่าวหาผู้ป่วย ดุถูก หมิ่นประมาทผู้ป่วยหรือกำลังพูดลามกใส่ผู้ป่วย บางครั้งจะเป็นเสียงที่เป็นคำสั่งให้ผู้ป่วยทำตาม (commanding hallucination)

3.5) ความคิด (Thought) แบ่งออกเป็นรูปแบบของความคิด (Form of thought) เป็นความผิดปกติของรูปแบบความคิดที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ ความคิดที่เกี่ยวข้องกันอย่างหลวมๆ (loosening of association) ความคิดที่ออกนอกกราง (derailment) ความคิดไม่เชื่อมโยงกัน (incoherence) รูปแบบรูปแบบความคิดที่ผิดปกติสามารถสังเกตจากลักษณะของการพูด เช่น การตอบคำถามแบบอ้อมค้อมไม่เข้าประเด็น (tangentiality) พูดอ้อมค้อมแต่ไปถึงเป้าหมาย (circumstantiality) สร้างคำหรือวลีที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเอง (neologism) การพูดเลียนแบบคำพูดคนอื่น (echolalia) การพูดคำต่างๆ ที่ไม่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับข้อความก่อนหน้าและหลัง (word salad) ไม่พูดเลย (mutism) พูดเปลี่ยนเรื่องเร็วมาก (flight of idea) ความคิดสะดุดหยุด (thought blocking) มีความคิดน้อยมาก (poverty of thought) เอาเรื่องมาผสมปนเปกันอย่างแปลกๆ (idiosyncratic association) ความคิดไม่ถูกต้องตามหลักตรรกศาสตร์ (illogical thinking) ความคิดคลุมเครือ เป็นต้น

3.6) เนื้อหาของความคิด (Content of thought) ได้แก่ รายละเอียดในข้อคิด (idea) ความเชื่อและการตีความ ผู้ป่วยมักจะมีอาการหลงผิด (delusion) ได้แก่ หลงผิดว่าถูก

ปองร้าย (persecutory delusion) หลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ (delusion of grandeur) หลงผิดด้านศาสนา (delusion of religion) หลงผิดทางด้านร่างกาย (somatic delusion) Orientation และความจำส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทมักจะเป็นปกติ

3.7) การหยั่งรู้ตนเอง (Insight) และการตัดสินใจ (judgment) ผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นการหยั่งรู้ในความเจ็บป่วยของตนเองมีน้อยมาก ไม่สามารถพูดถึงอาการของโรคของตนเอง และไม่สามารถบรรยายปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อการเป็นโรคได้ การตัดสินใจในด้านต่างๆ มักจะไม่ได้ความเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะทำให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ แต่พยาบาลหรือแพทย์ก็ควรจะได้สอบถามข้อมูลจากญาติและผู้เกี่ยวข้องมาประกอบด้วย

1.4.3.2 การดำเนินโรคระยะยาว ประกอบด้วยระยะอาการคงที่เหลืออาการบางส่วน และระยะฟื้นตัวกลับมา (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ดังนี้

1) ระยะอาการคงที่และเหลืออาการบางส่วน (residual phase) ผู้ป่วยจะปราศจากอาการด้านบวกที่หลงเหลือ บ้างคล้ายระยะก่อนเกิดอาการทางจิต แต่สังเกตได้ว่ายังมีอาการหลงเหลือ ไม่ปกติ บางครั้งมีอาการด้านลบ อาการเหล่านี้จะสัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่อาการกำเริบซ้ำ ยิ่งมีการกำเริบซ้ำมาขึ้นเท่าไรจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือมากขึ้นเท่านั้น ผลลัพธ์ระยะยาวของโรคพบได้แตกต่างกันมากตั้งแต่โรคทุเลาเหลืออาการน้อยมากไปจนถึงมีอาการของโรคเรื้อรังจนไม่สามารถทำอะไรได้ ระยะอาการคงที่นี้ (Stabilization phase) ในระยะนี้เป็นระยะที่เกิดภายหลังรับการรักษาแล้ว อาการต่างๆ เริ่มลดน้อยลง ผู้ป่วยบางคนสามารถกลับไปทำหน้าที่ดั้งเดิมได้ (baseline) บางคนก็มีอาการคงที่แบบกึ่งอยู่โรงพยาบาล กึ่งอยู่นอกโรงพยาบาลหรือบางคนก็จะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ให้คำปรึกษาอยู่เรื่อยๆ กล่าวได้ว่าระยะนี้อาการของโรคโดยทั่วไปจะดีขึ้นหลังจากที่การป่วยอย่างเฉียบพลันได้รับการรักษาอย่างดีแล้ว ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งหลังการรักษาแล้วอาการจะค่อยๆ ทุเลาจนเป็นปกติลักษณะเช่นนี้มีไม่มากนัก คือประมาณร้อยละ 10-20 เท่านั้น ผู้ป่วยจำนวนมากจะมีอาการต่างๆ หลงเหลืออยู่ เช่น การสังคมนบกร่อง การแสดงออกของสีหน้ายังผิดปกติ การควบคุมพฤติกรรมไม่ค่อยดี ผู้อื่นมองว่าผู้ป่วยขี้เกียจ คือ ไม่มีแรงจูงใจอยากทำอะไร ไม่มีความคิดริเริ่ม การแก้ไขปัญหาประจำวันไม่ดี บางคนมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนอยู่เป็นเวลานาน (Herzog, 2014; ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และสุชาติพหลภาคย์, 2562)

2) การฟื้นตัวกลับมา (recovery) ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีการดำเนินโรคเรื้อรังและมีการดำเนินโรคระยะยาวที่แตกต่างกัน มีผู้ให้คำนิยามของคำว่า “recovery” หรือ “การฟื้นตัวกลับมา” หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการฟื้นตัวกลับมา จะต้องไม่มีอาการของโรคสงบ (remission) ของอาการของโรคและมีการทำหน้าที่ทางสังคมตลอดจนการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่โดยปราศจากการมีอาการผิดปกติที่ชัดเจนหรือมีนัยสำคัญ แต่ไม่จำเป็นที่จะต้องกลับไปสู่ระดับเดิมก่อนการป่วย โดยผู้ป่วยร้อยละ 9-38 มีการฟื้นตัวกลับมาหลังจากมีการเกิดโรคหนึ่งครั้งหรือ

หลายครั้ง รวมถึงการฟื้นตัวกลับมาหลังจากป่วยเป็นระยะเวลายาวนานด้วย (Harrison, 2001; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 5-22 ที่มีการฟื้นตัวกลับมาหลังจากการป่วยครั้งแรก (first episode schizophrenia) ไม่มีการกลับป่วยซ้ำ (recurrence) (Shepherd et al., 1989; Thara et al., 1994; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) ระยะการรักษาสภาพ (Maintenance phase) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการสงบดูเหมือนจะเข้าใจดีที่เป็นก่อนหน้าจะป่วยหรือดูเหมือนจะเทียบเคียงได้กับระยะก่อนป่วย อาการแสดงของโรคจิตอาจจะหายไปหรือลดน้อยลงมาก แต่ในระยะนี้ผู้ป่วยยังคงมีโอกาสเกิดโรคกำเริบได้ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยไปพบปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นก็อาจจะทำให้เกิดโรคกำเริบขึ้นมากอีกครั้งหนึ่ง ระยะนี้จึงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ยังคงต้องยึดติดกับแผนการรักษา และจะต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกาย จิตใจให้มีความเข้มแข็งอยู่เสมอให้สามารถดูแล จัดการ ควบคุม รับผิดชอบตนเองให้สามารถรับมือกับการใช้ชีวิตประจำวันให้ได้อย่างปกติ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยสภาพอุดมคติ (ideal) แล้วการบำบัดรักษาพยาบาลควรจะทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการโดยไม่มีอาการหลงเหลืออยู่เลย (Herzog, 2014; ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และสุชาติพหลภาคย์, 2562)

1.4.3.3 ความเรื้อรังของอาการและภาวะทุพพลภาพ ผู้ป่วยเกือบทุกรายที่ต้องรักษาแบบเรื้อรัง (chronic treatment) หรือต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีภาวะทุพพลภาพของการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ (functional disability) และมีความเรื้อรังของอาการของโรค ดังนั้นการฟื้นตัวกลับมาในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงพบได้น้อยมาก (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552)

1.4.3.4 การพยากรณ์โรค การฟื้นตัวกลับมาอย่างสมบูรณ์ (complete recovery) ไปจนถึงมีความเรื้อรังของอาการของโรค และภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ สาเหตุของการมีความแตกต่างกันอย่างมากของผลลัพธ์ในระยะยาวของการรักษา ini ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด การพยากรณ์โรคจะดีในกรณีเริ่มป่วยในวัยผู้ใหญ่ มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน อาการเกิดแบบเฉียบพลัน มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย มีกลุ่มอาการด้านบวก การเข้าสังคมหรือหน้าที่การงานดีก่อนป่วย ระดับสติปัญญาดี ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทในรอบครัว สมรสหรือมีญาติดูแลใกล้ชิด

หากให้การวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทแล้ว แนวโน้มของโรคมักจะเป็นเรื้อรัง บางส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจะตอบสนองต่อการรักษา การรักษาด้วยยานั้นจะช่วยทำให้อาการโรคจิตในด้านความคิดและการเคลื่อนไหวที่ยุ่งเหยิงไม่เป็นระเบียบดีขึ้นได้มาก แต่มักจะไม่ทำให้อาการหลอนและอาการหลงผิดนั้นหายไปทั้งหมด อาการหลงผิดมักจะรุนแรงน้อยลงและหลงเหลือเป็นเพียงความคิด (idea) เช่นเดียวกับอาการหูแว่วซึ่งความถี่และความรุนแรงนั้นมักจะลดลง แต่ผู้ป่วยมักจะยังได้ยินหูแว่วอยู่เรื่อยๆ โดยที่เสียงแว่วนั้นอาจจะไม่ได้คำหรือคำที่ผู้ป่วยมากเท่าเดิม เป็นต้น โดยรวมแล้วการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตนั้นมักสามารถทำให้ผู้ป่วยทนอยู่กับอาการหลอนและความคิดหลงผิดได้มากขึ้นและสามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ดีพอสมควร แต่การลดขนาดยาหรือการหยุดยามักจะทำให้

โรคกำเริบ โดยอาจพบการกำเริบได้สูงถึงร้อยละ 70-90 ในระยะเวลา 3 ปี หลังจากทีลดขนาดยาหรือหยุดยาทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยบางส่วนอาจต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด มีการดำเนินโรคที่รุนแรงและมีการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ผู้ป่วยจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 10-20 เท่านั้นที่มีการพยากรณ์โรคที่ดี และมีผู้ป่วยจำนวนน้อยมากที่อาการจะหายไปทั้งหมดภายหลังการรักษาและไม่กลับมากำเริบ อาการด้านลบมีแนวโน้มจะเป็นอยู่ต่อเนื่องและสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคในระยะยาวมากกว่าอาการอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นอาการหลงผิดและอาการหลงผิดจะลดน้อยลงจาก dopaminergic activity ที่ลดลงในสมอง (กุศลาภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2560)

1.5 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (First Episode Schizophrenia)

Martens & Baker (2009) อ้างถึงใน สิ้นเงิน สุขสมปอง (2559) โรคจิตครั้งแรก หมายถึง ประสบการณ์ครั้งแรกของผู้ที่มีอาการทางจิต หรือ psychotic episode การเกิดการสูญเสียการรับรู้ความเป็นจริง

Chiliza, Oothuizen & Emsley (2008) อ้างถึงใน วิไล นาป่า (2561) หมายถึง บุคคลที่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีพฤติกรรมแยกตัว การแต่งกายไม่เหมาะสม สกปรก บางครั้งมีอาการมึนและบุคลิกภาพผิดปกติ

Cleghom et al. (1989), Pearlson et al. (1989) & Schechter et al. (2005), cited in Staring et al. (2009) อ้างถึงใน สุภาวดี เกษไชย และคณะ (2012) หมายถึง 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก 2) ช่วงระยะเวลาเฉลี่ยของการได้รับยารักษาอาการทางจิตไม่เกิน 3-5 ปี 3) ตามช่วงระยะเวลาเฉลี่ยของการมีอาการทางจิตครั้งแรกของผู้ป่วยจิตเภท เริ่มตั้งแต่การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทจนถึง 2 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี

Weiden, Buckley & Grody (2007) ผู้ป่วยที่แสดงอาการทางจิตครั้งแรก ได้รับการตรวจประเมินและได้รับการรักษาอาการทางจิตครั้งแรกซึ่งสัมพันธ์กับการวินิจฉัยกลุ่มโรคจิตเภท

สรุป ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรกเกิดการสูญเสียการรับรู้ความเป็นจริง โดยช่วงเวลาเฉลี่ยของการมีอาการทางจิตครั้งแรก 2-5 ปี

1.5.1 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก การที่มีสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรกและเป็นอาการที่เกิดในวัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มักจะทำให้เกิดความสูญเสียขึ้นในครอบครัว ซึ่งผลกระทบจากเหตุการณ์นี้ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ดูแลทั้งด้านบวกและลบ (วิไล นาป่า, 2561) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.5.1.1 ผลกระทบด้านบวก ผลจากการดูแลลูกที่มีอาการทางจิตครั้งแรกมีผลด้านบวกหลายประการ เช่น ผู้ดูแลสมาชิกที่ป่วยรู้สึกว่าการดูแลดังกล่าวทำให้สมาชิกมีความใกล้ชิดซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังทำให้พี่น้องที่มีพี่หรือน้องที่เจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงเป็นคนที่ใส่ใจและเกรงใจคนอื่นมากขึ้น รวมทั้งยังรู้สึกมีความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องใกล้ชิดมากขึ้น นอกจากนี้หากผู้ดูแลที่มีความสามารถ

ทางปัญญาในการเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างลึกซึ้ง จะทำให้เกิดมุมมองทางด้านบวกกับประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าผู้ดูแลที่สามารถปรับความคิดต่อการดูแลเป็นเชิงบวกได้จะลดความทุกข์จากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตได้ (McCann et al., 2011; a; Sin et al., 2012; Sin, Moone, & Harris, 2008; Jansen et al., 2014; วิลโล นาปา, 2561)

1.5.1.2 ผลกระทบด้านลบ

1) **ด้านจิตใจ/อารมณ์** ในผู้ดูแลหลักที่เป็นพ่อแม่ที่มีลูกมีอาการทางจิตครั้งแรก มักจะเกิดความยุ่งยากหรือความบีบคั้นทางอารมณ์ รู้สึกสูญเสียลูกคนเดิมไป สับสนกับอาการทางจิต และพฤติกรรมแปลกๆ และเบื่อหน่าย (Wilson, 2012; Jensen et al, 2014, 2015; Reed, 2008, Onwumere et al., 2018; วิลโล นาปา, 2561)

2) **ด้านร่างกาย** 1 ใน 3 ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรกมีแนวโน้มมีอาการซึมเศร้า ผู้ดูแลร้อยละ 65 มีปัญหาการนอนโดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีทัศนคติไม่ดีต่อการดูแลและมีภาวะบีบคั้นทางอารมณ์ (Smith, 2013; วิลโล นาปา, 2561)

3) **การเป็นตราบาบ** พ่อแม่/ พี่น้องที่มีลูกหรือพี่น้องที่มีอาการทางจิตมักจะรู้สึกอับอายและมีตราบาบ ความรู้สึกตราบาบในครอบครัวจะอยู่ในระดับต่ำถ้าผู้ป่วยยังสามารถถูกกระตุ้นให้ไปทำงานได้ ครอบครัวได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษา การได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และการพูดคุยกับนักบวช/ พระ/ บุคคลที่ตนเองเคารพบูชาจะทำให้ความรู้สึกนี้ลดลง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เผชิญกับการเป็นตราบาบโดยเปิดเผยในเรื่องความเจ็บป่วยของลูก/ บุคคลในครอบครัว แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ยังเก็บไว้เป็นความลับเพราะกลัวจะถูกตีตราจากสังคม (Wong et al., 2009; McCann, Lubman & Clark, 2011b; วิลโล นาปา, 2561)

4) **ความรู้สึกเป็นภาระ** เนื่องจากต้องระวังและป้องกันการทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาระที่หนักหน่วงของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก (Boydell et al., 2014; วิลโล นาปา, 2561)

1.5.2 เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (First Episode Schizophrenia)

การแสดงอาการทางจิตครั้งแรก (First Episode Psychosis) เป็นอาการที่ทำให้แพทย์นึกถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ซึ่งมีความแม่นยำเป็นอย่างมาก ดังนั้นการวินิจฉัยโรคจิตเภทครั้งแรก เหมือนกับการแสดงอาการของโรคจิตเภทครั้งแรก (Weiden et al., 2007) การตรวจพบโดยเร็ว (early identification) วินิจฉัยได้เร็วและให้การรักษาโดยเร็วจะช่วยลดความบกพร่องด้านการรู้คิด ด้านสังคมและการทำหน้าที่ (Khamker, 2015) เป้าหมายในการรักษา (Gardner & Nasrallah, 2015) ได้แก่

1.5.2.1 ระยะเวลาระหว่างการมีอาการทางจิตกำเริบและการเข้ารับการรักษาคั้งแรก (Duration of Untreated Psychosis) สั้นที่สุด

1.5.2.2 การทำให้อาการทางจิตคงที่โดยเร็วที่สุด (rapidly stabilizing psychosis)

1.5.2.3 อยู่ในระยะโรคสงบอย่างสมบูรณ์ (achieving full symptomatic remission)

1.5.2.4 ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Preventing relapse)

1.5.3 วัตถุประสงค์ของการรักษาโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (First Episode Schizophrenia (Khamker, 2015) ได้แก่

1.5.3.1 เพื่อลดอัตราความพิการและลดอัตราการตาย โดยการลดความถี่และความรุนแรงของอาการทางจิต พัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ให้ดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

1.5.3.2 การรักษาโดยใช้ยาจะช่วยลดอาการ และเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

1.5.3.3 การดูแลทางด้านจิตสังคมจะช่วยเพิ่มทักษะการใช้ยาตามแผนการรักษา พัฒนาสมรรถนะของผู้ป่วย และการทำงาน

1.5.3.4 ยาเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก อีกทั้งยังช่วงลดอาการทางลบ อาการซึมเศร้า ช่วยควบคุมอาการทางบวกได้ถึงร้อยละ 50-70 อีกทั้งยังมีส่วนสำคัญต่อการรู้คิด

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้ว มักต้องการหยุดการรักษา อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยที่ไม่กินยาต่อ มีโอกาสอาการกำเริบใน 1 ปี หลังจากหายอาการถึงร้อยละ 57 โดยทั่วไปจึงแนะนำว่าหลังจากอาการหายแล้วผู้ป่วยยังต้องกินยาต่อไปอีกอย่างน้อย 1 ปี ครั้งถึง 2 ปี แล้วจึงพิจารณาว่าจะหยุดยาหรือไม่ หากจะหยุดยาต้องลดยาอย่างช้า ๆ ใช้เวลาเป็นเดือน ๆ และยังคงนัดผู้ป่วยมาติดตามอาการอยู่ ให้คำแนะนำญาติให้สังเกตอาการเริ่มต้นของการกำเริบ ผู้ป่วยกลุ่มที่หยุดยาหลัง 1-2 ปีแล้วไม่มีอาการกำเริบอีกนี้จัดเป็นกลุ่มที่พบน้อย โดยเป็นกลุ่มที่อาการไม่รุนแรง หายเร็ว การพยากรณ์โรคดี ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไปนานอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต (Lehman et al., 2004; Barnes, 2011; Takeuchi et al., 2012; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6 แนวคิดการกลับป่วยซ้ำและการไม่กลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

1.6.1 การกลับป่วยซ้ำในโรคจิตเภท (relapse)

Lader (1998) ให้ความหมายของการกลับป่วยซ้ำว่า เป็นการกลับมาเป็นซ้ำของโรคภายหลังจากการฟื้นตัวเพียงบางส่วน โดยเกิดขึ้นภายใน 6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล

Olivares et al. (2013) การกลับป่วยซ้ำ หมายถึง การมีอาการกำเริบซ้ำและนำไปสู่การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

สินเงิน สุขสมปอง และคณะ (2559) การกลับเป็นซ้ำ (relapse) หมายถึง การเจ็บป่วยด้วยโรคที่เคยป่วย การที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายป่วยจากโรคที่เป็นอยู่ แต่แล้วต้องกลับมาได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคอีกครั้ง

Kane (2007) การกลับป่วยซ้ำ หมายถึง การมีอาการทางจิตกำเริบ (Acute psychotic exacerbation) และส่งผลกระทบต่อคนรอบข้าง เช่น ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

Emsley et al. (2013) การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก คือ การเปลี่ยนจากระยะโรคสงบ (remission) ไปสู่การกลับเป็นซ้ำ (relapse) อาจแสดงอาการเตือน (warning sign) หรือไม่แสดงเตือน การกลับเป็นซ้ำแม้เกิดเพียงครั้งเดียวผู้ป่วยจะกลับไปมีระดับอาการทางจิตดังเช่นที่เคยเป็น

สรุป การกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หมายถึง การกลับมามีอาการทางจิตกำเริบซ้ำอีกครั้งหลังจากการฟื้นตัวเพียงบางส่วน และนำไปสู่การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลภายหลังเข้ารับการรักษาภายในระยะเวลา 6 เดือน

1.6.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก

ลักษณะของผู้ป่วยก่อนกลับป่วยซ้ำ (relapse) จะแสดงอาการนำ (prodromal symptoms) ก่อนเกิดอาการทางจิตโดยมีอาการซึมเศร้า (depression) และอาการหูแว่ว (hallucination) เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด ซึ่งใช้ระยะเวลาตั้งแต่สัปดาห์ถึงเดือน (Tarrier, Barrowclough, & Bamrah, 1991) โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับป่วยซ้ำ (สินเงิน สุขสมปอง และคณะ, 2559) ได้แก่

1.6.2.1 ปัจจัยด้านความร่วมมือในการรักษา คือการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เนื่องจากการมีทัศนคติในทางไม่ดีต่อการใช้ยา ผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่ดี (Lacro, Dunn, Dolder, Leckband, & Jeste, 2002; Roberts & Velligan, 2011) เป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งลักษณะของการความร่วมมือ ได้แก่ กินยาไม่ครบ ไม่กินยา กินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือการไม่มาตามนัด เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนก็จะมีลักษณะแตกต่างกันไป เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาเหล่านี้ก็มักจะเกิดความรู้สึกในทางลบมองว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แต่ความจริงผู้ป่วยมักไม่ได้ปฏิเสธการรักษาทั้งหมด แต่อาจจะไม่ร่วมมือในบางเรื่อง เช่น แพทย์สั่งให้กินยา 3 มื้อ ผู้ป่วยอาจจะกินยา 2 มื้อ หรือ กินยาตามแพทย์สั่งทุกมื้อยกเว้นมื้อก่อนนอนเพราะเข้าใจว่าเป็นยานอนหลับ เป็นต้น (สินเงิน สุขสมปอง และคณะ, 2559) สาเหตุที่พบบ่อย (Lotrakul, 2001; สินเงิน สุขสมปอง และคณะ, 2559) ได้แก่

1) **ด้านการสื่อสาร** ปัญหาการสื่อสารระหว่างแพทย์บุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและญาตินั้น ให้เข้าใจถึงปัญหาที่พบได้บ่อย สาเหตุอย่างหนึ่งก็คือ แพทย์อาจจะต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้มีเวลาในการสื่อสารเรื่องการกินยาหรือการปฏิบัติตัวลดลง

2) **ด้านผู้ป่วย** นอกจากผู้ป่วยจะมีความเชื่อเดิมของตนแล้ว ยังพบได้บ่อยๆ ว่าผู้ป่วยอาจจะมีอาการเกรงใจแพทย์และไม่กล้าซักถาม แม้จะไม่เข้าใจในสิ่งที่แพทย์ให้คำแนะนำก็ตาม โดยเฉพาะในเรื่องประสิทธิภาพของการรักษา รวมถึงการไม่กล้าพูดว่าตนเองไม่สามารถทำตามที่แพทย์แนะนำได้

3) **ด้านการรักษา** เช่น ผู้ป่วยไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของยา ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากยาหรือได้รับยาหลายขนาน กินวันละหลายมื้อ ทำให้ยากแก่การปฏิบัติตาม มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่กลัวติดยาเมื่อรู้สึกว่าคุณเองดีขึ้นหรือหายแล้ว ก็มักเลือกที่จะหยุดยา โดยคิดว่าโรคจะดีขึ้นเองเรื่อยๆ

4) **ด้านการปฏิบัติ** เช่น ผู้ป่วยต้องรอนานมาพบแพทย์แต่ละครั้งต้องขาดงานเป็นวัน ลางานบ่อยไม่ได้ ค่ารักษาแพง มาโรงพยาบาลลำบาก หรือไม่มีคนพามา

1.6.2.2 **ปัจจัยการใช้สารเสพติด** ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจะมีอัตราการกลับป่วยซ้ำจากการใช้สารเสพติดสูงถึงร้อยละ 50 มีการใช้สารเสพติดชนิดกัญชาและสุรามากถึงร้อยละ 13-75 ผลจากการใช้สารเสพติดพบว่า ยิ่งผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดมากเท่าไรผู้ป่วยก็ยิ่งมีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งมีความยากต่อการให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้มีการกลับเป็นซ้ำและต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (Gray, Wykes & Gourmay, 2002; Pratakkunvongsa, 2010; สินเงิน สุขสมปอง และคณะ, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดจะมีพฤติกรรมรุนแรงเป็น 3 เท่าของผู้ป่วยโรคจิตที่ไม่ได้ใช้สารเสพติด ฤทธิ์ของตัวยาเสพติดจะแตกต่างกัน

1.6.2.3 **ปัจจัยด้านอายุ** เพราะผู้ป่วยที่อายุน้อย มักจะหยุดยาด้วยตัวเอง ซึ่งนำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการทานยาและเกิดการกลับเป็นซ้ำจะมีปัญหาในการดูแลสุขภาพจิตและการจัดยาของตนเอง รวมถึงการไม่ร่วมมือในการกินยาและเกิดการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย นอกจากนี้ยังพบว่าการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยที่อายุน้อยที่เป็นป่วยครั้งแรกจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงกว่า มีโอกาสรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลมากกว่า และความสามารถในการทำหน้าที่บกพร่องมากกว่า (Hui et al., 2006 Coldham, Addington & Addington, 2002; สินเงิน สุขสมปอง และคณะ, 2559)

1.6.2.4 **ปัจจัยด้านระยะเวลาอนในโรงพยาบาล** ระยะเวลาอนโรงพยาบาลที่สั้นกว่าค่าเฉลี่ยของการนอนโรงพยาบาลตามปกติ จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลได้รับการให้ intervention ที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะต้น ๆ ของความเจ็บป่วย อาจจะนำไปสู่การนอนโรงพยาบาลที่สั้นลง และลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำซึ่งแม้จะมีการกำเริบซ้ำก็สามารถที่จะได้รับการดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอกได้

1.6.2.5 ปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งยังขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยมองอาการด้านลบ เช่น อาการเฉยเมย ไม่สนใจทำกิจวัตรของผู้ป่วยเป็นบุคลิกลักษณะของผู้ป่วยทั้งที่เป็นอาการป่วยทางจิต (Harrison, Dadds, & Smith, 1998) รวมถึงการแสดงอารมณ์ต่อกันอย่างสูงของสมาชิกในครอบครัว (High expressed emotion) (Bogojevic, Ziravac, & Zigmund, 2015) ไม่เพียงเท่านั้นสังคมยังมีความรังเกียจเดียดฉันท์และมองผู้ป่วยอย่างหวาดกลัว โดยมองเป็นคนบ้าคนสติไม่ดี (Rusch, Corrigan, Todd, & Bodenhausen, 2010)

1.6.2.6 การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม รู้สึกเป็นตราบาป เป็นที่น่ารังเกียจ เป็นภาระของครอบครัว และไม่เป็นที่ต้องการของสังคม มีปมด้อยและมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ ซึ่งความคิดด้านลบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้เป็นผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก ผลที่เกิดขึ้นจากอาการซึมเศร้านี้ยังนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำ (สุภาวดี เกษไชย และคณะ, 2012; สินเงิน สุขสมปอง และคณะ, 2559) โดยผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกมีปมด้อยและมีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง ขาดอิสรภาพในชีวิต เนื่องจากอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ (สินเงิน สุขสมปอง และคณะ, 2559) นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเกิดความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าตามมาได้ เนื่องจากรับรู้ความสามารถตนเองลดลงกว่าเดิม และกลายเป็นผู้ตกงานไม่สามารถประกอบงานอาชีพได้เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการทาง (วิไล นาป่า, 2561)

1.6.2.7 การคาดการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ร้อยละ 10-20 ประสบความสำเร็จในการรักษาและไม่มีประสบการณ์ในการกลับป่วยซ้ำหลังมีอาการทางจิตกำเริบครั้งแรก และไม่ต้องการรักษาในระยะคงสภาพต่อ (Emsley et al., 2013)

การกลับเป็นซ้ำเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยทางจิตซึ่งเป็นเป้าหมายที่ทำให้หายและสำคัญที่สุดในการรักษาความผิดปกติทางจิต หากได้รับการรักษาให้ทันเวลาที่ก็ยิ่งทำให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น แต่หากได้รับการรักษาที่ช้าหรือเนิ่นนานออกไปจะนำไปสู่การฟื้นฟูที่ไม่ได้ผลดี (Emsley et al., 2013) แม้ว่าอาการทางจิตในช่วงนี้จะสงบลง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าหายจากโรคหรือจะไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตอีก เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หากไม่ได้รับการแนะนำที่เหมาะสมและเพียงพอ ผู้ป่วยอาจจะหยุดการรักษาเพราะเข้าใจว่าหายจากอาการแล้ว และเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องติดตามการรักษาอีก ซึ่งกรณีดังกล่าวจะนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำของโรคจิตได้อีก (สินเงิน สุขสมปอง ดุษฎี อุทุม อิทธิพงศ์ และพลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2559)

1.6.3 การแสดงอาการเตือนก่อนกลับเป็นซ้ำ (Early warning signs of a relapse) ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดขึ้นได้น้อยมากโดยที่ไม่แสดงอาการเตือนก่อนล่วงหน้า อาการที่พบได้บ่อย (Martens & Baker, 2009) ได้แก่

1.6.3.1 โหมโง่หาย อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวมากกว่าปกติ

- 1.6.3.2 สมาธิลดลง ขาดความจดจ่อ
- 1.6.3.4 เกือบตัวเองใช้เวลาอยู่กับตัวเองมากกว่าปกติ แยกตัวเองออกจากคนที่คุ้นเคย
- 1.6.3.5 ไวต่อแสงหรือเสียงมากขึ้น
- 1.6.3.6 มีปัญหาการนอน อาจนอนมากขึ้นหรือนอนน้อยลง ขึ้นอยู่กับลักษณะความฝันที่สับสน หรือเป็นฝันร้าย
- 1.6.3.7 มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น

1.6.4 ผลกระทบของการกลับป่วยซ้ำ

1.6.4.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย ส่งผลกระทบต่อพยาธิสภาพสมองของผู้ป่วยจิตเภท (Andreasen et al., 2013) อีกทั้งยังส่งผลให้มีอาการทางจิตมากขึ้น บกพร่องด้านการทำหน้าที่ เสื่อมถอยด้านการรู้คิด และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง (Olivares et al., 2013) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเกิดการกำเริบซ้ำบ่อยครั้งจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือมากขึ้นเท่านั้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.6.4.2 ผลกระทบทางด้านจิตสังคม ความรู้ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมากที่สุด เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตดีขึ้นจะมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นด้วย ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และประเมินว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม รู้สึกเป็นตราบาบ เป็นที่น่ารังเกียจ เป็นภาระของครอบครัว และไม่เป็นที่ต้องการของสังคม ซึ่งความคิดด้านลบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นผลทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก (สุภาวดี เกษไชย และคณะ, 2012) อธิบายโดยรูปแบบอาการทางลบ (Model of Negative symptoms) เชื่อว่าผู้ป่วยจะติดตรึงอยู่ในวังวนของความคิดสิ้นหวัง (Defeatist Performance Beliefs) ความคาดหวังต่อการบรรลุความสำเร็จต่ำ (Low Expectancies for Success) ขาดแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยลดทอนการรับรู้ข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมภายนอก จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยหลบเลี่ยงแยกตัว ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางจิตสังคม ได้แก่ การทำกิจกรรมทางสังคม (socially useful activities) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม (personal and social relationships) และการดูแลตนเอง (self-care) ของผู้ป่วยได้แย่ลงอีกด้วย (Beck et al., 2009)

1.6.4.3 ผลกระทบต่อครอบครัว ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยไร้ความสามารถ ทำให้มีบทบาทในการรับผิดชอบผู้ป่วยมากขึ้น (Provencher & Mueser, 1997) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ดูแล เช่น สร้างความรู้สึกอับอายต่อสมาชิกในครอบครัว รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และซึมเศร้า (Awad & Wallace, 1999; A. G. Awad & Voruganti, 2008) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดตั้งแต่เมื่อรับรู้ว่าคุณป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการทางจิต ทั้งความรู้สึกสูญเสีย ได้รับความ

ปีบั้นทางอารมณ์ กังวลอนาคตของผู้ป่วย รู้สึกผิด และต้องเผชิญกับความยากลำบากในการเฝ้าระวัง พฤติกรรมที่เป็นอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย (วิไล นาป่า, 2561)

1.6.4.4 กระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม การกำเริบซ้ำ (relapse) ในผู้ป่วยจิตเภท นำไปสู่การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Olivares et al., 2013) ซึ่งการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (Ascher-Svanum et al., 2010) เมื่อเทียบ ค่าใช้จ่ายในการรักษาระหว่างแบบผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง โดยการรักษาแบบ ผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายสูงถึง 31,207.75 บาท/ครั้ง ในขณะที่การรักษาแบบผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายเพียง 714.70 บาท/ครั้ง (Rungruangsiripan, Sitthimongkol, Maneesriwongul, Talley, & Vorapongsathorn, 2011)

ช่วงเวลาระหว่างอาการทางจิตกำเริบและการได้รับการรักษา (DUP; Duration of untreated Psychosis) ระยะของโรคอาจปรากฏโดยเฉลี่ย 9 เดือน – 2 ปี ซึ่งการเข้ารับการรักษา ที่ล่าช้ามีสาเหตุเนื่องมาจาก ไม่เข้าใจธรรมชาติของโรคจิตเภท ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่มีผู้สนับสนุน ขาดแรงจูงใจ หรือกลัวการตีตรา รังเกียจเดียดฉันท์ ซึ่งการส่งผลกระทบต่อพยากรณ์โรคหรือผลลัพธ์ใน การรักษาที่ไม่ดี (Khamker, 2015) หากลดขนาดยาหรือหยุดยาอาจพบการกำเริบได้สูงถึงร้อยละ 70-90 ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดการดำเนินโรคที่รุนแรงและกำเริบซ้ำ บ่อยๆ แต่ถึงอย่างนั้นยังมีผู้ป่วยจำนวนถึงร้อยละ 10-20 ที่มีการพยากรณ์โรคที่ดีและจำนวนหนึ่ง ที่อาการจะหายไปทั้งหมดภายหลังการรักษาและไม่กลับมากำเริบซ้ำ (กุลลาภรณ์ ชัยอุดมสม ภัทรี พหลภาคย์ ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ และ ศิริรักษา อภิสัทธีภิญโญ, 2560)

1.6.5 การไม่กลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

จุฬาลักษณ์ ชำชอง (2547) ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่สามารถให้การดูแล ตนเอง คือ การที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น สามารถ ดูแลตนเองเพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง จิตใจสดใสอยู่ร่วมกับครอบครัวสังคมได้อย่างปกติไม่มีอาการ กำเริบ

Kane (2007) ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะโรคสงบ (remission) และสามารถฟื้นตัวกลับมา (recovery) ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ (psychotic episode) สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ทำหน้าที่ทางสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสามารถทำงานได้

Andreasen et al. (2005) อ้างถึงในฐานันต์ ปิยะศิริศิลป์ และคณะ (2555) หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระยะโรคสงบ 1) ระดับความรุนแรงของอาการโรคจิตหลัก (core psychotic symptoms) ลดลงถึงระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ mild พิจารณาจากอาการโรคจิตหลัก 3 มิติ 1.1) reality distortion dimension เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน 1.2) disorganization

dimension เช่น การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม และ negative symptoms dimension 2) การลดลงของอาการคงอยู่นานติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

สรุป ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในช่วงโรคสงบ (remission) สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ ได้แก่ การทำกิจกรรมทางสังคม (socially useful activities) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม (personal and social relationships) และการดูแลตนเอง (self-care) ตลอดจนการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่โดยปราศจากการมีอาการผิดปกติที่ชัดเจน โดยอาการคงอยู่นานติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

1.6.6 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่กลับป่วยซ้ำ (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ สุชาติ พหลภาคย์ และอุบล นิวัตศิษฐ์, 2562) มีดังนี้

1.6.6.1) การสร้างเสริมความยึดติดกับแผนการรักษาระยะยาว (Adherence) สร้างความรู้สึที่ดีและทัศนคติที่ดีต่อแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งพยาบาลจะต้องทำให้ความรู้สึนี้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมุ่งมั่นที่จะรักษา ดังนั้นพยาบาลจะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของโรคจิตเภทในแง่มุมต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยเหตุของการเกิดโรค ลักษณะอาการ การดำเนินโรค แนวทางการบำบัดรักษาพยาบาล วิธีการรับมือกับการเป็นโรคในระยะต่างๆ ตลอดจนการเสริมสร้างศักยภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้สึที่ว่าตนสามารถจัดการและรับมือกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตัวเอง (self-management) ทั้งการมีส่วนร่วมในการจัดการเกี่ยวกับเรื่องการรักษาด้วยยา อาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา (side effect) กลยุทธ์ในการรับมือกับอาการเจ็บป่วย สิ่งที่จะคาดหวังได้จากการรักษา การป้องกันโรคกำเริบ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

1.6.6.2) การให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรค (Psychoeducation) ทั้งแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว วัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค อาการของโรค ความไม่สบายจากโรค และลดความวิตกกังวลของครอบครัว การลดความรู้สึทุกข์ทรมาน (distress) จะช่วยทำให้ครอบครัวเสริมความพยายามของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปสู่สิ่งแวดล้อมที่มีความอบอุ่น มีความเอื้ออาทรเป็นสิ่งแวดล้อมที่คอยให้กำลังใจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคกำเริบได้น้อยลง แต่ถ้าสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย (significant other) มีลักษณะคอยวิพากษ์วิจารณ์ คอยตำหนิติเตียน (critical) คอยควบคุมหรือมีลักษณะก้าวก่าย ครอบงำจนก่อให้เกิดความรำคาญและความทุกข์แก่ผู้ป่วยสิ่งเหล่านี้จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสโรคกำเริบมากขึ้นและทำให้ผลลัพธ์การรักษาพยาบาลแย่งลง

1.6.6.3) ความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย ในระดับดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นสาเหตุของการกลับป่วยซ้ำ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตดีขึ้น (สุภาวดี เกษไชย และคณะ, 2012)

การที่ครอบครัวขาดความรู้ มีความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นจะนำไปสู่การตีความหมายในอาการผิด ๆ เช่น ตีความหมายอาการเรียบเฉยไม่แสดงอารมณ์ตอบสนอง (apathy) และอาการขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ว่าผู้ป่วยเป็นคนขี้เกียจ ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกคับข้องใจและอาจนำไปสู่ความขัดแย้งที่มากขึ้น บางครั้งอาจจะทำให้เกิดอันตรายแก่กันและกันได้ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทแก่ครอบครัว ชุมชนหรือสาธารณะ (public education) อาจจะช่วยลดความตึงเครียดภายในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นได้ การให้ความรู้ที่ได้ผลดีที่สุดจะต้องให้ความรู้ในขณะที่ครอบครัวมีความพร้อม และยอมรับการเจ็บป่วยมากที่สุด อาจจะทำให้ในขณะใดขณะหนึ่ง หรือตลอดระยะเวลาของการรักษาก็ได้ และอาจทำให้ในหลายขณะก็ได้เช่นกัน (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ สุชาติ พหลภักย์ และอุบล นิวัติชัย, 2562)

1.6.7 ความสำคัญของการไม่กลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

การที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะโรคสงบ (remission) เป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท และหากผู้ป่วยไม่มีการกลับป่วยซ้ำ (relapse) ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นฟูกลับมาทำหน้าที่ได้ โดยในการกลับป่วยซ้ำแต่ละครั้ง การฟื้นตัวจะช้าลงและเป็นสาเหตุให้อาการของโรคแย่ลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ (Psychotic episode) การทำให้โรคสงบในโรคจิตเภทมีความหมายต่อการรักษาเป็นอย่างยิ่ง เพราะสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ระยะโรคสงบ (remission) ทำให้ผู้ป่วยมีอาชีพ สามารถทำหน้าที่ทางสังคม สามารถกลับมาทำงานได้ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ดังนั้นการทำให้โรคสงบ (remission) และผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวกลับมา (recovery) จึงเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในผู้ป่วยและสังคม (Kane, 2007)

การดำเนินโรคของโรคจิตเภทจะมีความหลากหลาย สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวกลับมาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ประการแรกคือ การให้การรักษาโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้นับแต่เริ่มเกิดอาการโรคจิต ประการต่อมาคือ การรักษาอย่างต่อเนื่อง (maintenance treatment) ซึ่งสัมพันธ์เป็นอย่างมากกับการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ และประการสุดท้ายคือ การลดปัจจัยแวดล้อมที่มีผลให้การพยากรณ์โรคไม่ดี ดังนั้นการป้องกันไม่ให้อาการกลับป่วยซ้ำจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยไม่ให้โรคจิตเภทมีการดำเนินโรคที่แย่ลงเรื่อย ๆ (พิเชษฐ อุตมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานันท์, 2552)

1.7 การรักษา

1.7.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จะรับผู้ป่วยไว้รักษา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมช สุคนิษฐ์, 2558) ในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- 2) มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- 3) เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา
- 4) มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลดผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหา นอกเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์ (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.7.2 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยาเป็นโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาที่แบ่งออกได้ 3 ช่วง

1.7.2.1 ระยะเวลาการเฉียบพลัน (Acute phase) ช่วงระยะเวลาของการมีอาการ 4 - 8 สัปดาห์ มีลักษณะอาการโรคจิตเฉียบพลัน หลงผิด ประสาทหลอน การพูดไม่ปะติดปะต่อหรือไม่เป็นระเบียบ (disorganized) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ การลดอาการโรคจิตลง ลดอาการโรคจิตด้วยยารักษาโรคจิต ปกป้องผู้ป่วยให้พ้นจากพฤติกรรมโรคจิตที่เป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

การรักษาช่วงควบคุมอาการเฉียบพลัน เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยสังคม และเพื่อให้อาการเฉียบพลันลดความรุนแรงลง การรักษาจึงเป็นการเลือกใช้ยาที่มีฤทธิ์ทำให้อาการสงบลงโดยเร็ว (rapid tranquilization) ซึ่งอาจจะเห็นผลในเวลาเป็นสัปดาห์ ขึ้นอยู่กับขนาดและวิธีให้ซึ่งมีทั้งรูปลายเม็ดและยาฉีด การประเมินผลการรักษาด้วยยาในช่วงนี้พิจารณาจากประสิทธิภาพและประสิทธิผลของยาแต่ละชนิด ปริมาณยาที่ใช้เพื่อควบคุมอาการรุนแรงภายในระยะเวลา 2-6 สัปดาห์ อาจจะมากกว่าและเมื่ออาการคงที่แล้วจึงจะปรับเปลี่ยนขนาดยา (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ สุชาติ พหลภาคย์ และอุบล นิวัติชัย, 2562)

1.7.2.2 ระยะเวลาทำให้คงสภาพ (Stabilization phase) อยู่ในช่วงระยะเวลา 2-6 เดือน ลักษณะอาการดีขึ้นแต่ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะกำเริบอีก ถ้าไปลดขนาดยาหรือมีความเครียดจากสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) หลังจากมีอาการทุเลาลงแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเพื่อควบคุมอาการ โดยให้ยารักษาโรคจิตขนาดเท่าเดิมต่อไปอีก 6 เดือน (Lehman, 2004; มานโซ หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โดยจะใช้ยาต่อเนื่องไปอีก 1-2 ปี เพื่อควบคุมอาการหลงเหลือแต่ถ้ามีโรคกำเริบเป็นครั้งที่ 2 ควรให้ยาต่อเนื่องไปอีก 5 ปี (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ สุชาติ พหลภาคย์ และอุบล นิวัติชัย, 2562)

1.7.2.3 ระยะเวลาคงที่ (Stable หรือ maintenance phase) ช่วงเวลาไม่แน่นอน โดยนับจาก 6 เดือนเป็นต้นไป ลักษณะเป็นกลุ่มอาการบวกเหลืออยู่น้อยมากหรือหมดไป กลุ่มอาการลบอาจเป็นอาการเด่นในระยะนี้ เป้าหมายการรักษา เพื่อเป็นระยะที่ให้ยาเพื่อป้องกันโรคกำเริบซ้ำ ลดกลุ่มอาการลบ ส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูทางจิตสังคม (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

1.7.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง

1.7.4 การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial Therapy) การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้อาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

1.7.4.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง เน้นตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ดังนี้

1) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้ดีขึ้น

2) กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชน จะได้รับการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัว ดังนั้นแล้วพยาบาลจิตเวชชุมชนจึงมีส่วนสำคัญในการวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย

1.8.1 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2558) มีดังนี้

1.8.1.1) เป็นผู้บริหารการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี (Case manager)

1.8.1.2) เป็นผู้ร่วมจัดการดูแลแบบองค์รวมกับผู้ให้บริการ โดยดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

1.8.1.3) ประเมินวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เข้าใจวัฒนธรรมของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

1.8.1.4) ให้ความรู้แบบองค์รวมแก่ผู้ให้บริการและเจ้าหน้าที่

1.8.1.5) รับผิดชอบเรื่องยาและการตอบสนองต่อการใช้ยาของผู้รับบริการ

1.8.1.6) ให้ความร่วมมือกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ ตลอดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

1.8.1.7) ทำวิจัยและมีส่วนร่วมในการทำวิจัย

1.8.1.8) เป็นส่วนหนึ่งของทีมสหวิชาชีพในการจัดบริการอย่างครอบคลุม (comprehensive) การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (Crisis hotline) การดูแลสุขภาพจิตที่บ้าน และการให้การดูแลผู้ป่วยทุกช่วงชีวิต เข้าใจปัญหาทุกช่วงวัย

1.8.2 บทบาทผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคจิตเภทและการประเมินสุขภาพ

กิจกรรมบริการของผู้จัดการกรณี โดยทั่วไปมีบริการหลัก ๆ อยู่ 6 ประการ (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ สุชาติ พหลภาคย์ และอุบล นิวัติชัย, 2562) ดังนี้

1.8.2.1) การคัดกรองผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์กำหนดของหน่วยงานว่าจะต้องติดตามดูแลคุณภาพของการรักษาพยาบาลและควบคุมค่าใช้จ่าย

1.8.2.2) ประเมินสภาพความต้องการ สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการและการประเมินภาวะสุขภาพหรืออาการและอาการแสดงโรคจิตเภท

1.8.2.3) วางแผนบริการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้บริการที่ครอบคลุมและชัดเจนเรื่องเวลาและกิจกรรมบริการ (Interdisciplinary treatment plans หรือ Critical pathways) ซึ่งหมายถึงการประมวลแผนการดูแลผู้ป่วยของทุกวิชาชีพให้เป็นแผนร่วมการบริการดูแลรักษาพยาบาล

1.8.2.4) ปฏิบัติบริการการดูแลรักษาพยาบาลตามแผนที่กำหนด

1.8.2.5) ควบคุมกำกับและประเมินกระบวนการบริการดูแลให้ดำเนินไปตามกำหนด

1.8.2.6) ประเมินผลและรายงานการจัดการดูแล ทั้งด้านคลินิก ด้านค่าใช้จ่ายและด้านความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการ

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคจิตเภท จะให้ความสำคัญกับพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลและรับผิดชอบติดตามดูแลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน หรือดูแลไปตามระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน หรืออาจเป็นพยาบาลจิตเวชที่ทำงานอยู่ในสภาพบริการทางจิตเวชในชุมชน ส่วนรูปแบบในการปฏิบัติงานอาจใช้รูปแบบหลักของโรงพยาบาล (hospital case management model based) หรือใช้รูปแบบหลักของหน่วยงานหรือชุมชน (community based)

1.8.3 วัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ดังนี้

1.8.3.1) การส่งเสริมให้มีการค้นหาปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยตัวผู้ป่วยเองหรือครอบครัวของผู้ป่วย

1.8.3.2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง พัฒนาสุขภาพจิตทั้งในครอบครัวและชุมชน

1.8.3.3) ให้การดูแลเฉพาะเรื่อง ตามความจำเป็นของผู้ป่วยและครอบครัวตามสภาพแวดล้อมและบริบทสังคม

1.8.3.4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการดูแลตนเอง และจัดการกับอาการ ทางจิต การรักษาและอาการทางจิตที่อาจกลับเป็นซ้ำ

1.8.3.5) เพื่อให้พฤติกรรมที่ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้จากโรงพยาบาลและปรับเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้นได้นำไปใช้ในสังคมได้

1.8.3.6) เพื่อประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย และครอบครัวภายใต้แผนการรักษาของที่มีสุขภาพ

1.8.4 เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านหรือในชุมชน เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ระดับสูง ส่งเสริมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การจัดเตรียมการดูแลเฉพาะสำหรับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว มีความมั่นคงในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเรียนรู้จากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว (Mc.Farlane และ Thoman in Rebraca, L.S., 2007; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.8.5 กระบวนการพยาบาลบุคคลที่มีโรคจิตเภท (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) มี 5 ขั้นตอนดังนี้

1.8.5.1) การประเมินสภาพปัญหา เน้นการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และด้านสัมพันธภาพของผู้ป่วย

1.8.5.2) การวินิจฉัยการพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท พิจารณาจากการประเมินปัญหาที่ได้ของผู้ป่วยในทุกด้าน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

1.8.5.3) การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย การวางแผนระยะสั้น โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรง และการวางแผนระยะยาว จะเน้นที่การดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง

1.8.5.4) การปฏิบัติการพยาบาล ใช้การสร้างสัมพันธภาพการยอมรับ คงเส้นคงวา ชัดเจน จวบจนการบำบัดเพื่อนำผู้ป่วยสู่ความเป็นจริง

1.8.5.5) การประเมินผล พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ตั้งแต่เริ่มต้น จนกระทั่งเสร็จสิ้นการพยาบาล เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลเพื่อพิจารณาถึงสภาวะของปัญหาที่ยังมีอยู่ต้องได้รับการแก้ไขต่อไปหรือปัญหานั้น ๆ หมดไป

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทใช้เวลานาน มีความแตกต่างกันตามระยะของการเจ็บป่วย ในช่วงที่มีอาการของโรครุนแรงผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเพื่อให้อาการทรงตัว

ในช่วงที่อาการค่อนข้างคงที่พยาบาลให้การดูแลระดับประคองในการให้ยามตามแผนการรักษา พัฒนาริธีที่จะช่วยให้ฟื้นคืนสภาพและสามารถเผชิญกับปัญหา (ยาใจ สิทธิมงคล พวงเพชร เกษร สมุทร นพพร ว่องสิริมาศ และอาทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, 2559)

1.8.6 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องโรคจิตเภท

บทบาทของพยาบาลด้านการสอนหรือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการยึดติดอยู่กับแผนการรักษา (adherence) ว่าควรทำอย่างไรได้บ้าง พยาบาลต้องสอนและแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเรื่องโรค การรักษา และการป้องกันมิให้เกิดโรคกำเริบ อาจใช้วิธีการอภิปรายและหาแนวทางร่วมกันว่ามีวิธีการในการป้องกันปัจจัยเหตุต่างๆที่มีผลทำให้เกิดโรคกำเริบว่าเป็นอย่างไรได้บ้าง พยาบาลควรสอนแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ปฏิบัติ (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ สุชาติ พหลภาคย์ และอุบล นิวัติชัย, 2562) ดังต่อไปนี้

1.8.6.1 เรียนรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยโดยวิธีการปฏิบัติ ดังนี้

- 1) หาโอกาสไปเข้าร่วมกลุ่มที่ให้ความรู้ และกลุ่มที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจ
- 2) ควรเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนที่ประสบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ที่ทางโรงพยาบาล หรือหน่วยงานสุขภาพจัดไว้ให้
- 3) ควรได้อ่านหนังสือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและคำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัว
- 4) การหาแหล่งข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับโรคนี้จากเว็บไซต์ต่างๆ ได้

1.8.6.2 การจัดทำแผนหรือมีแผนป้องกันการกำเริบซ้ำ ดังนี้

- 1) ให้รับทราบถึงอาการแรกเริ่มที่เป็นสัญญาณเตือนว่าจะเกิดโรคกำเริบ ได้แก่ ความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ อาการหลีกเลี่ยงไม่อยากจะพบปะคนอื่น อาการนอนไม่หลับหรือหลับได้ยาก
- 2) ควรมีรายชื่อบุคคลที่สามารถติดต่อได้ มีรายการว่าควรจะทำอย่างไร และมีรายการว่าจะไปที่ไหนดี ในขณะที่ตนกำลังมีอาการที่เป็นสัญญาณเตือนว่าตัวเองกำลังมีอาการของโรคกำเริบและแนะนำให้ผู้ป่วยเก็บรักษารายการเหล่านั้นไว้กับตัวเอง
- 3) เข้าใจอยู่เสมอว่าการเกิดโรคกำเริบเป็นส่วนหนึ่งของความไม่สบาย ไม่ใช่เป็นสัญญาณว่าคุณล้มเหลวหรือการรักษาพยาบาลล้มเหลว

1.8.6.3 ควรได้เข้าร่วมกับการบำบัดทั้งชนิดครอบครัวบำบัด กลุ่มบำบัด หรือการบำบัดรายบุคคล

1.8.6.4 ควรได้เรียนรู้และฝึกฝนทักษะวิธีการรับมือกับความเครียด หรือความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ความเครียดที่เกิดจากการทำงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม โดยการขอ

คำแนะนำจากพยาบาลเจ้าของไข้ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี แพทย์ผู้รักษา กลุ่มที่บำบัดรักษาด้านสุขภาพจิตในชุมชนหรือที่โรงพยาบาลจัดไว้ให้

1.8.6.5 ควรให้ผู้ป่วยเขียนแผนไว้ในกระดาษถึงวิธีการจัดการเมื่อตนเองเผชิญความเครียดว่าควรทำอะไรบ้าง

1.8.6.6 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เห็นผลดีจากการยึดติดอยู่กับแผนการรักษาด้วยวิธีการดังนี้

1) การพูดคุยกับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าการยึดติดอยู่กับแผนการรักษา (adherence) เป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลต้องมีการพูดคุยกับผู้ป่วย รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นและหาทางร่วมกันแก้ปัญหาเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา จะดีกว่าการบอกว่าการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแต่เพียงอย่างเดียว เพราะการบอกอย่างเดียวจะไม่เกิดผลดีต่อการรักษา

2) การบอกสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากการรักษาด้วยยา แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดถึงความไม่สุขสบาย หรือปัญหาที่เกิดจากการรักษา ด้วยความเห็นใจกับอาการไม่สุขสบายหรือความทุกข์เหล่านั้น อาการจากผลข้างเคียงของยาหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยาที่ผู้ป่วยและญาติพูดถึง ได้แก่ ปัญหาทางเพศ น้ำหนักตัวขึ้น รู้สึกแปลกๆ พูดให้พยาบาลหรือแพทย์ผู้รักษาฟัง พยาบาลควรแนะนำว่าอาการเหล่านั้นมักจะรักษาได้

3) การหยุดรักษาเอง แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับทราบว่ามีอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาและไม่บอกให้ใครทราบ เก็บเป็นความลับ และพยายามหยุดยา หรือรักษาเองจะมีผลทำให้เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยและครอบครัวในบางเรื่องขาดหายไป

1.8.6.7 การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผลและทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่าควรหลีกเลี่ยงการใช้สุราและหรือสารเสพติดอื่น พยาบาลต้องให้ความกระจ่างว่าสุราและยาเสพติดทุกชนิดมีฤทธิ์ต่อสมอง อาจจะทำให้ตัวโรคจิตเภทเกิดโรคกำเริบได้และทำให้ผลการรักษาไม่ดี

1.8.6.8 การหาที่พึ่งทางใจเมื่อมีความทุกข์ แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าหาคนที่คอยให้กำลังใจให้ความช่วยเหลือได้

1.8.6.9 การดูแลสุขภาพทั่วไป แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรักษาสุขภาพที่ดีและรักษาสมดุลทางกายทางใจอยู่เสมอ ได้แก่

1) การใส่ใจเรื่องอาหาร ดูแลสุขภาพ สุขอนามัยเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นโรคอื่นร่วมด้วย

2) การพักผ่อนนอนหลับ แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีรูปแบบการนอนที่ดีอยู่เสมอ

3) การทำงานอดิเรกที่ชอบ แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับการดำเนินชีวิตให้มีชีวิตชีวา มีความขยันขันแข็งอยู่เสมอ ให้มีงานอดิเรก มีกลุ่มเพื่อนที่มีกิจกรรมทำร่วมกัน เช่น กลุ่มเล่นกีฬา มีกิจกรรมการทำงานเล็กๆ น้อยๆ ที่มีความสนใจบางอย่างเป็นการเฉพาะร่วมกัน

4) การดูแลตัวเองด้านสุขภาพจิต แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวฝึกทักษะหรือฝึกหัดกิจกรรมที่ช่วยลดความตึงเครียดเป็นประจำอยู่เสมอๆ

1.8.7 การดูแลครอบครัวผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตครั้งแรก

การดูแลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรกจะเน้นการดูแลที่ให้ครอบครัวมีทักษะที่จำเป็นในการดูแลสมาชิกที่ป่วย เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทักษะทางสังคม การจัดการกับอาการทางจิต และการดูแลเรื่องการรับประทานยา รวมถึงการดูแลกับบทบาทใหม่ในการเป็นผู้ดูแลผู้ที่มีอาการทางจิต โดยการลดความรู้สึกบีบคั้นทางอารมณ์ ความยุ่งยากและความรู้สึกมีตราบาบ เมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิตสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากครอบครัวกลุ่มนี้ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (วิไล นานา, 2561)

ทั้งหมดจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยพยาบาลมีส่วนสำคัญในการดูแลและประสานงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชนและสาขาวิชาชีพในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งอาศัยทั้งความรู้ ความเข้าใจ ใช้ทักษะและสามารถเข้าถึงประสบการณ์ภายในของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้สามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

2.1 ความหมายของการดูแล

Leninger (1991) การดูแลเป็นกิจกรรมของความช่วยเหลือ (assistive) การสนับสนุนส่งเสริม (supportive) การอำนวยความสะดวก (facilitative) และการสร้างความสามารถ (enabling) ที่ให้กับบุคคลหรือกลุ่มตามความต้องการที่แสดงออกหรือค้นหาได้ เพื่อสร้างหรือปรับปรุงแนวทางชีวิต รักษาไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุก

Roach (2002) กล่าวว่า การดูแล เป็นลักษณะเฉพาะตามธรรมชาติของมนุษย์ ทุกคนเกิดมามีความสามารถในการให้การดูแลและในขณะเดียวกันก็ต้องการได้รับการดูแล

Watson (2005, 2008) กล่าวว่า การดูแลบุคคลเป็นการอยู่ร่วมกันของบุคคลภายใต้การรับรู้ (consciousness) และใช้พลัง (energy) เหนือคำว่าเวลา สถานที่ และกายภาพ ซึ่งอาศัยความเป็นหนึ่งเดียวทั้งจิตใจ ร่างกาย จิตวิญญาณ ธรรมชาติ ทั้งหมดมนุษยชาติ การดูแลเป็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งระหว่างจิตวิญญาณถึงจิตวิญญาณของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งผลของการดูแลจะส่งเสริมให้เกิดการเยียวยา การมีสุขภาพะ มีการเติบโต และความบริบูรณ์ของครอบครัว

สรุป การดูแล หมายถึง การรับรู้การอยู่ร่วมกันของบุคคล เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือผู้ดูแล (Caregiver) และผู้ได้รับการดูแล (Care recipient) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่าง จิตวิญญาณสู่จิตวิญญาณของทั้งสองฝ่าย เกิดคุณภาพของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ส่งเสริมให้เกิด การฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยและการมีสุขภาพ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแล

2.2.1 ความหมายของประสบการณ์ชีวิต (Lived Experience)

กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2555) หมายถึง ความเกี่ยวข้องของบุคคลกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัวทั้งหมด ทั้งสิ่งที่เข้ามากระทบในชีวิต หรือการที่บุคคลมีส่วนร่วม หรือเป็นอยู่ในเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อม ต่าง ๆ

Speziale & Carpenter (2007) อ้างถึงใน กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2555) หมายถึง บุคคลจะรับรู้ และให้ความหมายต่อประสบการณ์นั้น ๆ ตามความเข้าใจหรือการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับ ปัจจัยทั้งภายนอกและภายในจิตใจของแต่ละบุคคล

van Manen (1990) อ้างถึงใน จอนณะจง เพ็งจาด (2546) ประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) เป็นการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้น ดำเนินชีวิตอยู่ (Life world) และความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม/โลกที่เราอยู่จะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยการที่เรา ดำเนินชีวิตอยู่ (Being) ในสิ่งแวดล้อม/โลกนั้นในสถานการณ์หนึ่ง ๆ

สรุป ประสบการณ์ชีวิต (Lived Experience) เป็นการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติ ใน สิ่งแวดล้อมที่บุคคลดำเนินชีวิตอยู่หรือสถานการณ์นั้น ๆ

2.2.2 ความหมายของประสบการณ์การดูแล

Luttik et al. (2008) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแล กิจวัตรส่วนตัวของผู้ป่วย การรักษาพยาบาล การดูแลประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ การเฝ้า ระวังอาการและภาวะแทรกซ้อน

จิรนนท์ ชันแข็ง (2548) ประสบการณ์ในการดูแล หมายถึง เหตุการณ์หรือเรื่องราวหรือสิ่ง ที่ประสบมาจากการที่ต้องให้การดูแลซึ่งครอบคลุมถึงการให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของ ผู้ดูแลในครอบครัวแสดงออกตามการรับรู้ ความคิด ความรู้สึกและความเชื่อของตนเองในการให้การ ดูแลผู้ป่วยรวมถึงเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแล

ธิดารัตน์ คณิงเพียร (2556) กล่าวว่า ประสบการณ์การดูแล เป็นลักษณะและกระบวนการ ของพฤติกรรมต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงกระบวนการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่ เกิดขณะให้การดูแล มีการปรับตัวเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มดูแลจนถึงระยะที่ ดูแลผู้ป่วยมานาน

สรุป ประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หมายถึง การให้ความหมายของเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่ต้องประสบจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแสดงออกตามการรับรู้ ความคิดและความรู้สึกหรือความเชื่อของผู้ดูแล

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2.3.1 ความหมายการดูแลในครอบครัว (Family caregiving)

การศึกษารองนี้ใช้แนวคิดการดูแลในครอบครัว (Family caregiving) ซึ่งการดูแลในครอบครัวเกิดขึ้นเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว ต้องให้การดูแลช่วยเหลือสมาชิกที่ต้องการการดูแลเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ ความคิดและพฤติกรรมเนื่องมาจากความเจ็บป่วยต้องมีความเข้าใจ ให้ความช่วยเหลือตามความบกพร่องที่มี (Schumacher et al., 2000)

Kespichayawattana (1999) เกิดจากความเชื่อว่า ครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนที่สำคัญของบุคคลเป็นสถาบันหนึ่งในสังคมที่มีหน้าที่ดูแล ปกป้องสมาชิก รวมทั้งเป็นตัวแทนเรียกร้อง และจัดสรรทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญที่จะตอบสนองความต้องการต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวได้

Archbold et al.1986 cited in Kespichayawattana (1999) ให้ความหมายว่า เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ให้การดูแล โดยดูแลในเรื่องต่างๆ คือ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การดูแลความสะอาดบ้านเรือน การป้องกันอันตราย การคมนาคม การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านพฤติกรรม การช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านกฎหมาย และการดูแลสุขภาพ การพาไปพบแพทย์ และเรื่องทั่ว ๆ ไป

ศิริพันธ์ สาสัดย์ (2551) ให้ความหมายว่า เป็นการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรืออยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ แต่ยังช่วยเหลือตนเองได้น้อย และต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว

Robinson et al. (2009) อ้างถึงใน วิไล นานา (2561) การดูแลโดยครอบครัว หมายถึง การดูแลหรือช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วยโดยไม่มีค่าตอบแทนจากสมาชิกครอบครัวคนอื่นหรือเพื่อนที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน

จากความหมายที่กล่าวมา การดูแลในครอบครัวหมายถึง การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยผู้ดูแล เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกที่มีระหว่างบุคคล ด้วยความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่ ไม่ว่าบุคคลผู้นั้นจะมีความผิดปกติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โดยอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกในครอบครัว ตามศักยภาพของผู้ให้การดูแล

2.3.2 การทำหน้าที่ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

การมีผู้ป่วยโรคจิตเภทในครอบครัวจะมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของภารกิจจึงต้องมีการประเมินการทำหน้าที่ต่าง ๆ ตาม Mc Master model (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิภานนท์, 2552) ดังนี้คือ

2.3.2.1) การแก้ปัญหา (problem solving) คือ ความสามารถของครอบครัวที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่พบให้ลุล่วงไปด้วยดี หากครอบครัวมีความบกพร่องในการแก้ปัญหาอยู่เดิม การมีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในครอบครัวก็จะทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างทับถมเข้าไปอีก

2.3.2.2) การสื่อสาร (communication) คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ทั้งการสื่อสารด้วยวาจา (verbal communication) และการสื่อสารโดยไม่ใช้วาจา (non-verbal communication) เช่น การแสดงสีหน้าท่าทาง น้ำเสียง เป็นต้น การสื่อสารที่ดีควรมีความชัดเจนและสื่อได้ตรงกับคนที่ต้องการสื่อ และมีความเปิดเผย แต่การสื่อสารที่ทำให้เกิดปัญหาในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักเป็นแบบ double bind communication คือไม่ว่าจะทำอย่างไรตามที่ได้รับ การสื่อสารมา ผู้ทำก็จะผิด คือทำก็ผิดไม่ทำก็ผิดนั่นเอง

2.3.2.3) บทบาท (roles) คือแบบแผนพฤติกรรมซึ่งสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันซ้ำ ๆ เป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งการมอบหมายบทบาทให้กับสมาชิกแต่ละคนต้องเป็นไปอย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน เมื่อมีผู้ป่วยโรคจิตเภทในครอบครัว บทบาทของสมาชิกแต่ละคนต้องเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจทำให้เกิดพยาธิสภาพในบทบาทของสมาชิกขึ้นได้ เช่น บทบาทที่ผู้ป่วยเป็นผู้ถูกตำหนิว่าเป็นสาเหตุของปัญหาทั้งหมดในครอบครัว หรือการที่แม่เป็นผู้รับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยแต่ผู้เดียว เป็นต้น

2.3.2.4) การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness) คือ ความสามารถของครอบครัวที่จะมีปฏิกิริยาสนองตอบต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยความรู้สึกที่เหมาะสมทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ (ความรุนแรงของอารมณ์) ซึ่งในครอบครัวทำหน้าที่ได้ดี (เช่น ดีใจ โกรธ เสียใจ) สมาชิกในครอบครัวจะสามารถแสดงความรู้สึกได้อย่างอิสระ โดยที่ความรู้สึกนั้นไม่รุนแรงเกินไปหรือมีความรู้สึกนั้นอยู่นานเกินไป ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความบกพร่องเนื่องจากอาการของผู้ป่วยเองหรือจากปฏิกิริยาของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย ครอบครัวที่มีการสื่อสารชนิดตำหนิติเตียน (criticism) และมีการแสดงความไม่เป็นมิตร (hostility) บ่อย ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยขึ้น

2.3.2.5) ความสนใจและห่วงใยในทางอารมณ์ (affective involvement) คือ คุณภาพและระดับของความห่วงใยและสนใจที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ปัญหาในครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิตมักเป็นในลักษณะ สนใจและห่วงใยมากเกินไป (over involvement) คือ การที่ฝ่ายหนึ่งให้ความสนใจปกป้องพัวพันจุ่มจ้านกับอีกฝ่ายมากเกินไปจนอีกฝ่ายไม่มีความเป็นตัวของตัวเองเพียงพอ หรืออาจจะมากกว่านั้นคือ symbiotic involvement หรือสนใจและห่วงใยจนเหมือนเป็นบุคคลคนเดียวกันจนไม่ทราบว่าจะอะไรคือความคิดใครหรือแทบไม่มีขอบเขตของความเป็นบุคคลของแต่ละคนเลย ครอบครัวที่มีความสนใจและห่วงใยมากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยขึ้นได้ แต่ในบางครอบครัวสมาชิกในครอบครัวจะไม่สนใจหรือห่างเหินกันเกินไปทำให้ไม่มี

ผู้ดูแลใส่ใจผู้ป่วยซึ่งก็อาจทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นกับอาการของตนมากขึ้น หรือมีอาการกำเริบจากการขาดยาได้เช่นกัน

2.3.2.6) การควบคุมพฤติกรรม (behavior control) คือ ความสามารถของครอบครัวในการควบคุมสมาชิกในครอบครัวให้จัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ การควบคุมพฤติกรรมแบ่งได้เป็น 4 ชนิด คือ

- 1) การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (rigid control) เป็นการควบคุมแบบเข้มงวดเถรตรงและคาดเดาได้ง่าย คือ มีการกำหนดไว้แน่นอนแต่จะไม่สร้างสรรค์และไม่ยืดหยุ่น
- 2) การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (flexible control) เป็นการควบคุมที่มีระเบียบ กำหนดไว้แน่นอน แต่ก็ยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสมต่อสถานการณ์
- 3) การควบคุมพฤติกรรมตามสบาย (laissez-faire control) การควบคุมแบบนี้คาดเดาได้พอควร แต่ไม่สร้างสรรค์ ไม่มีทิศทางในการควบคุมที่แน่นอน
- 4) การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (chaotic control) การควบคุมแบบนี้จะไม่แน่นอนและไม่สร้างสรรค์ อาจเปลี่ยนแปลงไปมาระหว่างแบบเข้มงวดกับแบบตามสบาย ตามอารมณ์ของสมาชิก ท่านที่จะเป็นการควบคุมที่เหมาะสมกับสถานการณ์ทำให้เกิดความสับสนและทำให้ครอบครัวไม่มีเสถียรภาพและความเสมอต้นเสมอปลาย

ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความลำบากในการควบคุมพฤติกรรมให้เกิดความพอดีจึงควรส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ควบคุมพฤติกรรมให้ยืดหยุ่นปรับตามสภาวะของผู้ป่วย คือไม่มากจนผู้ป่วยไม่เป็นตัวของตัวเองหรือกระตุ้นให้การกำเริบ แต่ก็ไม่ปล่อยตามสบายจนผู้ป่วยหมกมุ่นกับอาการป่วย (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานน์, 2552)

3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของผู้ดูแลหลัก

Horowitz (1985) cited in Horowitz & Reinhard (1995) ผู้ดูแล หมายถึงบุคคลที่อยู่ในครอบครัวหรือผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยตรงขณะอยู่ที่บ้านหรือในชุมชนอาจมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือมีความผูกพันทางกฎหมาย โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ จากการดูแล

Davis (1992) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (1996) ให้ความหมายว่า ผู้ดูแลหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Family caregiver) มีความสัมพันธ์เป็นญาติหรือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตกับผู้ป่วยที่ให้การช่วยเหลือหรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมกับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอย

ของสมรรถภาพทางด้านร่างกายจิตใจ หรืออารมณ์ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำกิจวัตรประจำวันหรือต้องการการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการดูแลช่วยเหลือนั้นไม่คิดหวังค่าตอบแทนใดๆ โดยการให้การดูแลช่วยเหลือนั้นอาจเกิดขึ้นที่บ้าน ชุมชน หรือที่อยู่อาศัยที่มีใช้สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล

Awad & Voruganti (2008) ผู้ดูแลหลัก (principal caregiver) หมายถึง บุคคลสำคัญที่ให้การดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด

สรุปได้ว่าผู้ดูแลหลัก หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอให้การดูแลผู้ป่วยปัญหาสุขภาพ กาย จิตใจ การรับรู้ ความคิด พฤติกรรม และ อารมณ์ ซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ อาจมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง หรืออาจเป็นบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น สามเณร ภรรยา เพื่อน ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือสินจ้างรางวัลใด ๆ

3.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ญาติผู้ดูแลที่บ้าน (Family Caregiver) หรือ Informal caregiver ซึ่งผู้ดูแลหากจำแนกตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล (Selected Committee on Aging, 1988; ยุกาพินศิริโพธิ์งาม, 1996) สามารถแบ่งได้ดังนี้

1) Primary Caregiver หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

2) Secondary Caregiver จะเป็นบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะตามความรับผิดชอบในการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล (Horowitz & Reinhard, 1995) ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาเป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชนจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 ประเภทตามความสัมพันธ์ (George, 1996) ดังนี้

1) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2) ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้าง พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ โดยอาจจะไม่รับ หรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

3.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรคจิตเภทมีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ดังนั้นบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะต้องดูแล และประคับประคองให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติให้นานที่สุด (พนม เกตุมาน, 2550) กล่าวถึงบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลดังนี้

3.3.1) ติดตามดูแล หรือกำกับให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ตรงตามแพทย์กำหนด อาจเป็นผู้จัดยาให้เองหรือคอยนับเม็ดยาที่เหลือ ควรมีวิจิจึงใจให้ผู้ป่วยร่วมมือกันดี ๆ มากกว่าการบังคับข่มขู่

3.3.2) พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ ตามนัด ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมมาจริงๆ ญาติควรมาพบแพทย์และเล่าปัญหานี้ให้แพทย์ทราบ

3.3.3) คอยตรวจสอบอาการข้างเคียงของยา แพทย์ผู้รักษามักจะอธิบายให้ฟังก่อนการสั่งยาครั้งแรกว่าจะมีอาการข้างเคียงอย่างไรบ้าง ถ้าเกิดอาการข้างเคียงควรรีบติดต่อแพทย์ผู้รักษาทันทีอย่าทิ้งไว้เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่อยากกินยา และไม่อยากรักษาอีกต่อไป

3.3.4) สร้างบรรยากาศที่สงบอบอุ่นมีกิจกรรมที่ดีทำร่วมกันมีการสื่อสารที่ดีบอกความต้องการกันและตอบสนองกันอย่างเหมาะสม

3.3.5) ไม่ควรตามใจกันมากเกินไป หรือให้สิทธิพิเศษจนผู้ป่วยทำความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น

3.3.6) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตผิดปกติ เช่น ระวัง หูแว่ว ไม่ควรพยายามอธิบายเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความจริง นอกจากจะไม่ได้ผลแล้วยังอาจทำให้ญาติโกรธที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับฟังเหตุผลควรรับฟังด้วยท่าที่เป็นกลางไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย แต่ขอให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่เขาคิด สิ่งที่เขารู้สึกให้มากที่สุดพร้อมกับแสดงความเข้าใจและเห็นใจที่เขาคิดและรู้สึกเช่นนั้น อาการทางจิตจะดีขึ้นจากการใช้ยา ดังนั้นต้องรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยเร็ว

3.3.7) จัดจำอาการต่างๆที่เกิดขึ้นที่บ้านมาเล่าให้แพทย์ฟัง การดำเนินชีวิตที่บ้านจะแสดงถึงความสำเร็จของการรักษาด้วย

3.3.8) จัดการดำเนินชีวิตผู้ป่วยให้สม่ำเสมอ โดยเฉพาะเวลาอาหารเวลานอน เวลากินยา และเวลาออกกำลังกาย

3.3.9) ควรให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดำเนินชีวิตตามปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งความรับผิดชอบส่วนตัวและงานรับผิดชอบส่วนรวม

3.3.10) หลีกเลี่ยงการใช้ยารมย์ต่อบโด้กันภายในบ้าน เมื่อมีความขัดแย้งควรปรึกษาแพทย์ ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน (Csernansky & Schuchart, 2002; Olivares et al., 2013) เป็นส่วนเติมเต็มเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลและเป็นแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ผู้ป่วยขาดเสียมิได้ (von Kardorff, Soltaninejad, Kamali, & Eslami Shahrababaki, 2016) หากผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของตนเองได้นั้นว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งเป็นผลมาจากพื้นฐานความเข้าใจ การยอมรับและสัมพันธ์ภาพของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

3.4 การทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การแก้ปัญหาในกรณี que ผู้ป่วยไม่ร่วมมือมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ดังนี้

3.4.1) พยายามจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ที่ชัดเจนของการมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเดือดร้อน เช่น อาการนอนไม่หลับ เป็นต้น

3.4.2) พยายามให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยอาจคิดว่าอาการดีขึ้นแล้ว จึงไม่ยอมรับประทานยา อีกทั้งอาการข้างเคียงจากยาทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประทานยาต่อไป

3.4.3) ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมมาพบแพทย์จริงๆ ให้ญาติมาพบเพื่อปรึกษาแพทย์

3.4.4) ถ้าผู้ป่วยมีอาการมากจนอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ควรให้คนช่วยกันจับพามาโรงพยาบาล อาจต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล อาจติดต่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจ ขอความช่วยเหลือในการนำส่งดังกล่าว

3.5 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัว

ความเจ็บป่วยทางจิตมีผลกระทบต่อประสบการณ์ภายในทั้งของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งยังมีผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวอีกด้วย และการทำหน้าที่ของครอบครัว ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เมื่อมองภาพรวม (holistic approach) แล้วจึงจำเป็นต้องมีการช่วยเหลือบำบัดครอบครัวด้วย เพื่อปรับเปลี่ยนประสบการณ์ภายใน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการทำหน้าที่ของครอบครัวให้ดำเนินต่อไปในด้านบวก เพื่อให้ผู้ป่วยอาการสงบได้นานขึ้น ลดอัตราการกำเริบซ้ำและเพิ่มศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

การที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อชีวิต มีความหวัง เข้าใจ รู้สึกอบอุ่น รู้สึกมีค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใย เข้าใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองยิ่งขึ้น

(ชะอุทธี พงศ์อนุตริ, 2531; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ปัจจุบันจึงมีความพยายามในการนำรูปแบบการดูแลที่บ้านมาใช้โดยมีความเชื่อว่า หากเราทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของเขาได้จะถือว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งเป็นผลมาจากพื้นฐานความเข้าใจ การยอมรับและสัมพันธ์ภาพที่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ซึ่งครอบครัวจะทำหน้าที่ในการหาปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตมาให้แก่สมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมและผลักดันสมาชิกในครอบครัวให้มีพัฒนาการที่ดี ยามวิกฤติต้องปรับตัวและฝ่าฟันให้ผ่านพ้นไปได้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานน์, 2552)

3.6 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรมและการรับรู้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล (วีไล นาป่า, 2561) ดังนี้

3.6.1 ผลกระทบที่เกิดกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.6.1.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักทำหน้าที่เพียงคนเดียว มิได้มีการสลับเปลี่ยนทำให้เกิดความอ่อนเพลีย และบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้เจ็บป่วยได้ เช่น ปวดหลัง ปวดต้นคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาวะนั้นๆ เมื่อพักผ่อนไม่เพียงพอ จะเกิดอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลต่อการดูแลโดยตรงได้นอกจากนี้ผลกระทบจากการดูแลยังทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย อาจรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการกำเริบมากขึ้น และอาจเป็นปัญหาสุขภาพอื่นๆเพิ่มมากขึ้น (เอมิกา กลยานี, 2556) จากการศึกษาของ Salleh (1994) พบว่าอาการของผู้ป่วยจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัวของผู้ดูแลในครอบครัวและบางครั้งมีผลให้ผู้ดูแลมีอาการไม่สุขสบาย เกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ดูแลต้องกระทำแทนผู้ป่วย และทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

3.6.1.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ดูแลรู้ว่าผู้ป่วยไร้ความสามารถ ทำให้มีบทบาทในการรับผิดชอบผู้ป่วยมากขึ้น (Provencher & Mueser, 1997) อาทิเช่น สร้างความรู้สึกอับอายต่อสมาชิกในครอบครัว รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองและซึมเศร้า (Awad & Wallace, 1999; A. G. Awad & Voruganti, 2008) พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อความซึมเศร้าของผู้ดูแลผ่านความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล การพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อความซึมเศร้าของผู้ดูแลผ่านความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (Ondee et al., 2013) ซึ่งพ่อแม่ที่มีลูกมีอาการทางจิตครั้งแรกมักจะเกิดความยุ่งยากหรือความบิคับคั้นทางอารมณ์ มีความรู้สึกสูญเสียลูกที่เคยเป็นคนปกติคนเดิมไป กังวลกับอนาคตของลูก สับสนกับอาการทางจิตและพฤติกรรมแปลกๆ ของลูก (Reed, 2008; Penny, Newton & Larkin, 2009; Wilson, 2012; Lyer et al., 2016; วีไล นาป่า, 2561)

3.6.1.3 ผลกระทบทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในขณะเดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่นๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการเฝ้าดูแลขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ที่จัดขึ้นในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและทอดทิ้งจากเพื่อน (เอมิกา กลยานี, 2556)

3.6.1.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ มีข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย (A.G. Awad & Voruganti, 2008) ทั้งนี้ทั้งนั้น รายได้ของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985; Motgomery et al., 1985; จรัสพร หอมจันทร์ดี, 2559) กล่าวคือ รายได้เป็นแหล่งสำคัญที่จะช่วยให้การเผชิญปัญหาผ่านไปได้ และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งสนับสนุนอื่นๆ รวมทั้งความคล่องตัวในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลน้อย เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยต้องมีค่าใช้จ่าย ค่ารักษา ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล (จรัสพร หอมจันทร์ดี, 2559)

สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือดูแลในด้านต่าง ๆ เช่นกัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่ตามศักยภาพ และพึงพาตนเองได้

3.6.2 ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (First Episode Schizophrenia)

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเป็นจำนวนมากเข้าสู่ระยะโรคสงบอย่างสมบูรณ์ ภายหลังประสบความสำเร็จในการรักษาครั้งแรก และบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยพยายามที่จะไม่รับการรักษา และหยุดยา ดังนั้นการดูแลป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการใช้ยาอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย (Khamker, 2015) ปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในระยะฟื้นตัว (Martens & Baker, 2009) ได้แก่

3.6.2.1 ขาดความอดทนต่อการรักษาในระยะฟื้นตัว (impatience)

3.6.2.2 ผู้ป่วยซึมเศร้าและแยกตัว

3.6.2.3 วิดกกังวลในการใช้ชีวิตในสังคม

3.6.2.4 รู้สึกด้อยค่า (Lowered self-esteem)

3.6.2.5 ขาดการหยั่งรู้การเจ็บป่วยของตนเอง (lack of insight into illness)

3.6.2.6 การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย

3.6.2.7 ไม่ประสงค์ในการให้ความร่วมมือกับทีมผู้ให้การดูแลรักษา

กล่าวโดยสรุป ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกหากไม่ได้รับการดูแลป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ดีพอ ผู้ป่วยจะกลายเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องรับบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเรื่องการรับประทานยา การประคับประคองด้านจิตใจ รวมทั้งการมีสัมพันธภาพในสังคม เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวสามารถควบคุมหรือจัดการกับปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำได้ ครอบครัวจะสามารถดำเนินต่อไปได้และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับนักวิจัยที่ทำการศึกษานิวปรากฏการณ์วิทยา นักวิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นหลักปรากฏการณ์วิทยาอรรถปริวรรตเช่นนี้ถูกใช้มากในงานวิจัยด้านพยาบาลศาสตร์ ที่มุ่งทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ นักวิจัยจะพยายาม “อ่าน” ความรู้สึกของการมีประสบการณ์เช่นนั้น เพื่อทำความเข้าใจว่าการได้ประสบกับเหตุการณ์เช่นนั้นมีความหมายอย่างไรสำหรับผู้ที่ได้ประสบมัน ความเข้าใจเช่นนี้เชื่อว่ามีนัยสำคัญต่อการให้คำปรึกษาและบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย (ชาย โพรธิตา, 2556)

4.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

ชาย โพรธิตา (2556) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาเป็นปรัชญาหรือทัศนคติต่อภาวะการมีอยู่ดำรงอยู่ (existence) ของมนุษย์ ไม่ใช่วิธีการวิจัย แต่ถื่อนักวิจัยนำมาใช้เสมือนว่าเป็น “วิธีการ” เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ชีวิตที่บุคคลได้ประสบมา (Lived experience) การวิจัยแบบนี้มุ่งทำความเข้าใจความหมายประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้ประสบเป็นหลัก

Van Manen (1990) อ้างถึงใน จอนพะจง เพ็งจาด (2546) ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น ตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยา คือการตั้งคำถามเกี่ยวกับการเกิดประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) ของบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นดำเนินชีวิตอยู่ (Life world) และความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม/โลก ที่เราอยู่จะเกิดขึ้นได้ ก็ด้วยการที่เราดำเนินชีวิตอยู่ (Being) ในสิ่งแวดล้อม/โลกนั้น ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ

อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2559) ปรัชญาการณวิทยา เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากสาขาปรัชญา ในการทำความเข้าใจความเชื่อมโยงของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมในโลก โดยศึกษาปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่น่าสนใจ จากคำบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์ตรง เพื่อค้นหาแก่นแท้ของปรากฏการณ์นั้น ให้มีความชัดเจน โดยมีภาษาเป็นสื่อขั้นตอนในการถ่ายทอดความหมายของประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์

กัญญฐิตา ศรีภา (2555) กล่าวว่า การศึกษาประสบการณ์ชีวิตเป็นการศึกษาถึงบุคคลและสิ่งต่าง ๆ รอบตัว ตามการรับรู้และการให้ความหมายของบุคคล โดยการศึกษาเช่นนี้จะต้องคำนึงถึงการที่บุคคลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับสิ่งแวดล้อม หรือไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้

สรุป การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่ประสบเรื่องราวหรือเหตุการณ์ตรงต่อเรื่องนั้น ๆ ทั้งที่เคยประสบมาแล้วและกำลังประสบอยู่ เพื่อค้นหาความหมายที่เป็นแก่นแท้ของปรากฏการณ์นั้น

4.2 รูปแบบการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา

ลักษณะของแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Schools of Phenomenology) มี 3 รูปแบบ (Holloway & Wheeler, 1996; อัญญา ปลดเปลื้อง, 2556) ได้แก่

4.2.1) Duquesne school มีแนวทางการศึกษาตามโครงสร้างที่เหมือนจริง (Eidetic structure) ของ Husserl โดยให้ความสำคัญกับการพรรณนา (Notion of description) การศึกษานี้ได้รับการพัฒนาโดยนักวิจัยหลายท่าน เช่น Colaizzi, Giorgi และ Van Kaam

4.2.2) Heideggerian Hermeneutic มีแนวทางการศึกษาโดยใช้การตีความ (Interpretation of phenomena) ซึ่งได้รับความนิยมอย่างมากในนักวิจัยพยาบาล โดยนำมาเป็นแนวทางในการทำความเข้าใจต่อความหมาย (Common meaning) เพื่อช่วยให้ความช่วยเหลือแก่บุคคล นักวิจัยที่สำคัญในกลุ่มนี้ คือ Diedelmann, Allen & Tanner, Leonard และ Benner

4.2.3) Dutch school มีแนวทางการศึกษาที่ผสมการพรรณนา (description) กับการตีความ (interpretation) ไปด้วยกัน การศึกษาประเภทนี้นิยมนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาทางสังคมวิทยา เพื่อค้นหาความลับของโลก (World secret) และความคุ้นเคย (Intimacies) โดยผ่านการถามและการอธิบาย นักวิจัยที่ใช้การศึกษานี้ ได้แก่ van Manen

แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีจุดเน้นที่มีความแตกต่างกัน และสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 แนวทาง (Schwandt, 2001; ชาย โพธิสิตา, 2549 อ้างถึงใน อัญญา ปลดเปลื้อง, 2556) ดังนี้

1. ปรากฏการณ์วิทยาแนวอูตรวิสัย (Transcendental Phenomenology) เป็นแนวคิดของ Edmund Husserl แนวคิด Husserlian Phenomenology เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอิสระในเรื่องที่ต้องการศึกษา (Holloway & Wheeler, 1996; อัญญา ปลดเปลื้อง, 2556) หลักสำคัญของ

แนวคิดนี้คือ มุ่งพรรณนาความหมายที่สร้างขึ้นมาจากจิตสำนึก ผู้ศึกษาตามแนวคิดนี้ต้องไม่มีอคติ และไม่มีอารมณ์ในสิ่งที่ศึกษา โดยขจัดความคิดเห็นของตนออกจากสิ่งที่ตนเองกำลังศึกษา (Bracketing) เน้นที่จุดมุ่งหมาย (intentionality) และสาระสำคัญ (essences) ของการรับรู้ของบุคคล มีความเชื่อว่ามนุษย์จะเข้าใจในสิ่งที่ประสบได้ด้วยการรับรู้

2. ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาแนวอัตถิภาวะ (Existential Phenomenology) ตามแนวคิดของ Maurice Merleau-Panty และ Jean-Paul Satre ที่ว่าการดำรงอยู่ในโลกของบุคคลมีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ๆ มุ่งวิเคราะห์ภาวะที่มีที่เป็น (Existence) ของบุคคลและสิ่งต่าง ๆ โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลส่งผลต่อการดำรงอยู่ในโลกด้วย การใช้ชีวิตในปัจจุบัน เป็นผลมาจากภูมิหลังและประสบการณ์เดิม (Historical person) ของแต่ละคน

3. ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology or Interpretive Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger โดยได้พัฒนาแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา มาเป็นปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ ที่เน้นการตีความหมายของประสบการณ์ของบุคคลเป็นหลัก โดยมีมุมมองขัดแย้งกับ Husserl ในเรื่องของการแยกตัวเองออกจากเรื่องที่ศึกษา โดยเชื่อว่า สิ่งที่เป็นอยู่ (being) เวลา (timing) มีความหมายในตนเอง (meaning) ซึ่งสามารถตีความหมายได้ และภาษามีความสำคัญมากในการตีความซึ่งผู้ศึกษาต้องมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ (Leonard, 1989; อัญญา ปลดเปลื้อง, 2556) ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่สามารถแยกตนออกจากการศึกษาได้

4.3 ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger (1962)

แนวคิดของ Heidegger จะเน้นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้น ๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) มุ่งเน้นศึกษาการดำรงอยู่ของมนุษย์ ณ ขณะนั้น ภาวะการดำรงอยู่ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบหลัก คือ วิธีที่มนุษย์ได้พบกับประสบการณ์ วิธีที่มนุษย์มีประสบการณ์ และที่นำไปสู่การมีประสบการณ์ (จอณณะจาง เฟิงจาด, 2560) ประสบการณ์ชีวิต (Lived Experience) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมที่ดำเนินชีวิตอยู่ (จอณณะจาง เฟิงจาด, 2546) ทั้งนี้การให้ความหมายของประสบการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาศัยการตระหนักรู้เข้าใจความหมายจากข้อมูล โดยแยกความคิดหรือประสบการณ์ของผู้วิจัยจนกว่าจะเข้าใจประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (Koch, 1995) ว่าอะไรคือรูปแบบและประสบการณ์สำคัญในชีวิตของบุคคลนั้นๆ (นิศา ชูโต, 2548) เพราะปรากฏการณ์วิทยาเป็นการค้นพบสิ่งที่เป็นทั้งหมดของบุคคลนั้นๆ (เพชรรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2550)

Heidegger Phenomenology มีแนวความเชื่อ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) ดังนี้

1) มนุษย์มีความสัมพันธ์พิเศษกับโลกที่อาศัยอยู่ และการดำรงอยู่ของมนุษย์ (Being there) โดยมนุษย์เลือกที่จะเป็น เลือกที่จะทำ หรือเลือกที่จะดำเนินชีวิตของตนเอง

2) การมีอยู่มาก่อนแก่นแท้ (Existence precedes essence) กล่าวคือ มนุษย์มีอยู่มาก่อน การค้นพบตัวเอง มนุษย์ปรากฏตัวในโลกก่อนแล้วมีการนิยามตัวเองภายหลัง มนุษย์เป็นผลิตผลที่มนุษย์สร้างขึ้นให้แก่ตัวเอง ไม่มีใครสามารถนิยามมนุษย์ได้จนกว่ามนุษย์ผู้นั้นจะได้ลงมือทำอะไรลงไป เพราะมนุษย์มีแค่ความว่างเปล่า เขาจะเป็นอะไรก็ได้ก็ต่อเมื่อเขาได้ทำหรือเลือกสร้างให้ตัวเองเป็นอะไร (Stumpf, 1983; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559)

3) คน (Man) ต่างจากสิ่งของ (Things) หมายความว่า คนเท่านั้นที่สามารถตั้งคำถามเกี่ยวกับ “ภาวะการมีชีวิตอยู่” (Being) ของเขาเองและสนใจเกี่ยวกับ “ภาวะการมีอยู่” (Being) ในตัวเอง

4) โลกของมนุษย์เป็นโลกในเชิงสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงพึ่งพากับวัตถุ ซึ่งภาวะการมีอยู่ของมนุษย์เป็นทั้งอดีตและปัจจุบันของตน อีกทั้งยังเป็นผู้ออกแบบให้กับอนาคตของตนด้วย

จุดเน้นปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger คือ ปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของปรัชญาแนวคิดในการเข้าไปให้ความหมายของความเป็นมนุษย์ โดยมองว่าบุคคลเป็นส่วนสำคัญ เพราะเชื่อว่าคนเป็นส่วนร่วมของวัฒนธรรม สังคมเชิงบริบท เชิงประวัติศาสตร์ของการเป็นมนุษย์ในโลกสังคม คือ การดำรงอยู่ในโลก (Munhall, 1994; วิณา เทียงธรรม, 2547)

สรุปได้ว่า แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger เป็นแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาการตีความจากการตระหนักรู้เข้าใจความหมายของข้อมูล ทำให้เห็นภาพชัดเจนของปรากฏการณ์ที่เฉพาะของการดำรงชีวิตอยู่ของมนุษย์ โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอย่างอยู่และเวลาที่มีความหมายในตัวเอง และสามารถตีความได้โดยอาศัยการจัดการความคิด ความเชื่อและความรู้ที่มีอยู่ก่อนของผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกรูปแบบของ Heidegger มาเป็นแนวคิดเบื้องต้นในการวิจัย เพื่อให้ได้ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

4.4 ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความ

ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความในประเด็นเกี่ยวกับคำถามการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล (van Manen, 1990; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) มีดังนี้

4.4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) การจดบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อใช้อธิบายบริบทหรือสิ่งแวดล้อม บันทึกส่วนบุคคล หรือเอกสารอ้างอิง (Documents) ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นจากผู้ที่มีประสบการณ์ ใช้วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล การสนทนาตามธรรมชาติ การเล่าเรื่อง หรือประสบการณ์ชีวิตของตนเองโดยใช้ทักษะการฟังที่ดี ร่วมกับการใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้เล่าประสบการณ์ ประกอบด้วย เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Events) การ

กระทำ (Action) ความรู้สึก (Feelings) และการให้ความหมาย (Meaning) ต่อประสบการณ์นั้น (จอณพะจง เพ็งจาด, 2560)

4.4.2 แหล่งข้อมูล (จอณพะจง เพ็งจาด, 2560) ได้แก่

4.4.2.1 ผู้ให้ข้อมูล (Participants) เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ตรงในปรากฏการณ์ที่สนใจถือเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ดีที่สุด ดังนั้นการเลือกผู้ให้ข้อมูลจึงนิยมใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่ต้องการ (Purposive sampling or Theoretical sampling) โดยผู้ให้ข้อมูล ขึ้นกับความเพียงพอของข้อมูลที่ได้ นอกจากนี้ จำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ยังทำให้ได้ข้อมูลที่มากพอ อันหมายถึงจำนวนข้อความ (Text) ที่นำมาวิเคราะห์มากพอที่จะแสดงให้เห็นประเด็นที่เกิดขึ้นในประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Benner, 1994; จอณพะจง เพ็งจาด, 2560)

4.4.2.2 ข้อมูล (Data) ให้ความสำคัญกับคำบอกเล่าของบุคคล (Narrative description) ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิต ซึ่งคำบอกเล่านั้นควรประกอบไปด้วยบริบท หมายถึงข้อมูลที่แสดงให้เห็นเหตุการณ์ สภาพแวดล้อมหรือพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่บุคคลเกิดประสบการณ์ชีวิต กล่าวคือ ลักษณะการสัมภาษณ์แบบตีความ (Hermeneutic interview) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดเผยความหมายของปรากฏการณ์ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับโลก โดยการรวบรวมเนื้อหาจากการบอกเล่าประสบการณ์ (Experiential narrative material) เฉพาะในส่วนที่เป็นประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น ร่วมกับการสังเกตการแสดงความรู้สึกผ่านภาษากาย (Physical expressions and gestures) เพราะไม่สามารถบันทึกได้โดยเทปบันทึกเสียง (Crist & Tanner, 2003; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) เพราะฉะนั้นจึงต้องมีการเผชิญหน้าระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล (Face to face interaction) เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิกิริยาภาษาท่าทางและสัญลักษณ์อื่น ๆ ร่วมด้วย (Manic and semantic levels of understanding) (Rapport, 2005; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) สิ่งเหล่านี้จะทำให้ได้รายละเอียดบริบทของการสัมภาษณ์มาสนับสนุนข้อมูลในส่วนเนื้อหา ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

4.4.2.3 บทบาทของผู้วิจัย (Researcher role) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ (Trusting relationship) ยินดีเปิดเผยประสบการณ์ชีวิต และให้โอกาสทำความเข้าใจการให้ความหมายประสบการณ์ชีวิตนั้น โดยให้การยอมรับว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert) ในเรื่องที่ศึกษา จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์นั้นกับผู้วิจัยและร่วมกันตีความ ทำความเข้าใจ หรือให้ความหมายต่อประสบการณ์นั้น เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์

การสัมภาษณ์และการสังเกตผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจริง ๆ นักวิจัยต้องมีการสัมภาษณ์และสังเกตซ้ำ อย่างน้อย 3 ครั้ง (Sedimen, 1991; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) โดยการสัมภาษณ์ครั้งแรก เป็นการพูดคุยที่นำผู้ให้ข้อมูลไปสู่ประเด็นที่นักวิจัยต้องการศึกษา การสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 เป็น

การสอบถามรายละเอียดประเด็นที่เฉพาะเจาะจง (Specific issues) และเหตุการณ์สำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงในครั้งแรก และการสัมภาษณ์ครั้งที่ 3 เป็นการสะท้อนข้อมูลกลับของผู้ให้ข้อมูล

4.4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลจะเน้นถึงการแปลผลการศึกษาด้วยวิธีการตีความหมาย ซึ่งวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Heidegger Phenomenology (จอห์นอะจาง เพ็งจาด, 2560) ได้แก่

4.4.3.1 ขั้นตอนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล van Manen (1990) อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2559) การวิเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ เป็นกระบวนการเปิดเผยประเด็น ซึ่งถูกหล่อหลอมให้เกิดความหมายและจินตนาการตามบริบทเรื่องที่ศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

1) การหาความหมาย (Seeking meaning) ความหมายของข้อความแต่ละส่วนที่ได้จากการสัมภาษณ์รวมถึงแหล่งข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ บทสัมภาษณ์ถอดเทป เอกสารที่ใช้ในการสัมภาษณ์ บันทึกประจำวันของนักวิจัย เอกสารที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ บันทึกส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล การสะท้อนคิดงานเขียนของนักวิชาการอื่น ๆ เป็นต้น โดยอ่านครั้งแรกคร่าว ๆ เพื่อทำความเข้าใจโดยภาพรวมก่อน ต่อจากนั้นอ่านเพื่อคัดเลือกใจความที่ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษา แล้ว Highlight อ่านอีกครั้งเพื่อหาประโยคที่เปิดเผยประสบการณ์ที่อธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา

2) กำหนดชื่อประเด็นต่าง ๆ ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ แสดงจุดสนใจของประสบการณ์ เป็นสิ่งที่ทำให้เข้าใจง่ายสุด ไม่ใช่วัตถุสิ่งของที่บุคคลเผชิญหน้า กระทั่งได้ใจความไม่มีกรรมรองรับ ก่อรูปร่างจากการจับประเด็นของนักวิจัยในการทำความเข้าใจโครงสร้างประสบการณ์ชีวิต

3) การตัดสินใจเลือกประเด็นหลักและประเด็นย่อย (Determining incidental and essential themes) พิจารณาจาก คำถาม 2 ข้อ คือ ปรากฏการณ์จะยังคงเดิมหรือไม่ หากเราเปลี่ยนหรือลบประเด็นสำคัญนั้นทิ้งไปจากประสบการณ์และ ปรากฏการณ์ที่ปราศจากประเด็นสำคัญข้อแรกจะสูญเสียความหมายพื้นฐานหรือไม่หากเข้าเกณฑ์ทั้งสองข้อ ประเด็นดังกล่าวก็ถือว่าเป็นประเด็นหลักของข้อค้นพบ

4) เขียนข้อสรุปและยกตัวอย่าง

สรุปได้ว่าขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลในแบบของ van Manen (1990) โดยการหาความหมายของข้อมูลคัดเลือกใจความให้ตรงกับประเด็นที่ศึกษา กำหนดชื่อประเด็นหลักและประเด็นย่อย และเขียนสรุปยกตัวอย่างข้อความ ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกการวิเคราะห์ข้อมูลในแบบของ van Manen (1990) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

4.4.3.2 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ Dikelman & Allen's method อ่านทำความเข้าใจภาพรวม เขียนสรุปเนื้อหา วิเคราะห์ข้อความที่สรุปเป็นประเด็น และยกตัวอย่าง เปรียบเทียบข้อเหมือนและแตกต่าง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของประเด็น เขียนอธิบาย

4.4.3.3 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ Leonard's method ถอดบทสัมภาษณ์ อ่านข้อมูลซ้ำ ๆ กำหนดรหัสข้อมูลจากคำในบทสัมภาษณ์ จัดประเด็น เขียนอธิบายประเด็นในบริบทและใส่ตัวอย่าง เน้นที่ประสบการณ์และความรู้เดิมของผู้วิจัยที่มีต่อเรื่องที่จะศึกษา เนื่องจากจะทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจประสบการณ์ของบุคคลในเรื่องที่ศึกษาได้เป็นอย่างดี (อัญญา ปลอดเปลื้อง, 2556)

4.4.3.4 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของ Benner's method อ่านทำความเข้าใจประสบการณ์ของแต่ละราย เขียนสรุปรายบุคคล วิเคราะห์ประเด็น โดยการจัดกลุ่มข้อมูล กำหนดรหัส จัดกลุ่มข้อมูลและตัวอย่าง จัดประเด็นหลักและประเด็นย่อย เขียนบรรยายประเด็นพร้อมให้ตัวอย่าง (อัญญา ปลอดเปลื้อง, 2556)

4.5 ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

ในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ ให้ความสำคัญกับความสามารถในการพึ่งพาเกณฑ์อื่น ๆ (Dependability) ผ่านความสามารถของนักวิจัยที่จะทำให้เกิดร่อง “รอยการตัดสินใจ” (Decision trail) ของผู้อ่านที่สามารถเข้าใจเรื่องราวจากการบรรยายปรากฏการณ์ของนักวิจัย เห็นว่าประเด็นที่ได้รับการตีความจากการสัมภาษณ์มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้น สำหรับนักวิจัยแล้วนั้น การที่จะเกิด “ร่องรอยช่วยตัดสินใจ” ได้นั้น นักวิจัยต้องมีการบรรยายและอภิปรายอย่างชัดเจน (Rapport, 2005; อารียวรรณ อ่วมตานี, 2559) ดังนั้นแล้วเกณฑ์ตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลมี 4 ประการ (Lincoln & Guba, 1985; อารียวรรณ อ่วมตานี, 2559) ดังนี้

4.5.1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

4.5.1.1) ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) หมายถึงการใช้เวลาในสนามศึกษาที่มากพอที่นักวิจัยจะเรียนรู้วัฒนธรรมและสร้างความไว้วางใจอย่างเพียงพอที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตจริงแก่นักวิจัย

4.5.1.2) การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) เป็นการใช้เวลาที่มากพอในการสังเกตสถานการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ค้นพบว่าอะไรคือประเด็นที่สำคัญที่สุดและเป็นตัวแทนของประเด็นที่ศึกษา การสังเกตนี้จะเป็นการสังเกตเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

4.5.1.3) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นการใช้อย่างหลากหลายวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ เช่น การตรวจสอบจากสิ่งที่สังเกตได้และการบันทึกภาคสนามกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เป็นต้น

4.5.1.4) การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) เป็นการนำผลการวิเคราะห์และข้อสรุปไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในประเด็นที่นักวิจัยศึกษาและเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างน้อย 3 คนเป็นผู้ตรวจสอบให้

4.5.1.5) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเข้ามาช่วยในการตรวจสอบหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้การวิเคราะห์ข้อมูล

(Preliminary themes) เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลที่ได้มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง

4.5.2) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) การที่ผู้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้วสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเรียกว่า ร่องรอยการตรวจสอบได้ (Audit trail) (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) ทั้งนี้ทั้งนั้นผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่อาจจะสามารถถ่ายโอนหรือปรับใช้กับบริบทที่ใกล้เคียงกัน ขึ้นกับความต่อนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มอื่น ๆ ของผู้อ่านผลการวิจัย (Jasper, 1994; จีรนนท์ ชันแข็ง, 2548)

4.5.3) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability)

4.5.3.1) การใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Multiple methods of data collection) ของนักวิจัย มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการสังเกตเข้าด้วยกัน รวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์วิทยาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

4.5.3.2) การทำงานร่วมกับทีมวิจัย (Working with a research team) จะเป็นการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล

4.5.3.3) การใช้นักวิจัยที่เป็นผู้ให้ข้อมูล (Use participant researchers) นักวิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูลว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูล

4.5.4) ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) จะต้องผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ดังกล่าวข้างต้น คือ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) และความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) (Guba & Lincoln, 1989; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) เกณฑ์ในการตรวจสอบความสามารถในการยืนยันการวิจัยเชิงคุณภาพ (Robon, 1993 cited in Holloway & Wheeler, 1996; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) มีดังนี้

4.5.4.1) การตรวจสอบจากข้อมูลดิบ ได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และการบันทึกประจำวัน ถึงความสอดคล้องกันหรือไม่

4.5.4.2) การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น ข้อค้นพบจากการศึกษา

4.5.4.3) การตรวจสอบการพัฒนาข้อมูลสรุป เช่น ข้อความที่สำคัญ สารที่ได้จากการวิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล

4.5.4.4) การตรวจสอบกระบวนการวิจัย ได้แก่ การเลือกรูปแบบและ วิธีดำเนินการวิจัย

4.5.4.5) การตรวจสอบวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะเริ่มต้น จากโครงร่างการวิจัย และความคาดหวังที่จะได้จากการวิจัย

4.5.4.6) การตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือ เช่น วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการสังเกตและลักษณะข้อคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิรนนท์ ชันแข็ง (2548) ศึกษาประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการให้ความหมายการดูแล และประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 ราย โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการให้ความหมายและประสบการณ์การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) พร้อมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง และการจดบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ตามแบบของ Colaizzi ผลการวิจัยพบว่า มารดาให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทว่า เป็นการกระทำที่อยากให้อุตรหายจากการเจ็บป่วย และเป็นการแสดงความรัก ผูกพัน ห่วงใยของความเป็นแม่ ส่วนประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ประสบการณ์ด้านการรับรู้การเจ็บป่วย จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ เครียด คิดมากทำให้ประสาทไม่ดี และถูกผีเข้า / โดนของ 2) ประสบการณ์ด้านพฤติกรรมดูแล จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย คือ พฤติกรรมการดูแลระยะแรกที่มีการเจ็บป่วย/มีอาการทางจิต และพฤติกรรมการดูแลในระยะอาหารสงบ/ไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ และ 3) ประสบการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึกจากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท

ธิดารัตน์ คณิงเพียร (2556) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 45-64 ปี และได้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6-15 ปี กระบวนการของพฤติกรรมเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นแบ่งออกได้เป็น 4 กระบวนการ คือ ตื่นตระหนก แสวงหา ปรับตัว และยอมรับ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องขึ้นอยู่กับสถานการณ์แวดล้อมและบุคลิกภาพโดยรวม เมื่อเกิดเหตุการณ์ใดขึ้น บุคคลจะเผชิญปัญหานั้นด้านอารมณ์ ตามด้วยพฤติกรรมเน้นการแก้ปัญหาและท้ายที่สุดเมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นแล้วซ้ำอีกไม่สามารถหาทางออกได้ จะเผชิญปัญหาด้วยการสร้างกลไกทางจิตเพื่อสร้างความสมดุลของจิตใจ

นิภาวรรณ ศรีโยหะ (2560) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 13 คน โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl ผลการวิจัยพบว่าการให้ความหมายการดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การเอาใจใส่ด้วยความรักและความเข้าใจ และ 2) สายใยครอบครัวที่ไม่อาจทอดทิ้ง ประสบการณ์การดูแลของ

คู่มือผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ทำความรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับโรค 2) การปรับตัวเมื่อคู่มือเจ็บป่วย 3) การดูแลตามอาการที่เป็น

Nyström & Svensson (2004) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์การเป็นบิดาที่ดูแลและลูกป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาปรากฏการณ์การตีความ ในบิดาที่ดูแลบุตรที่ป่วยจิตเภททั้งชายและหญิงในชาวสวีดิช (Swedish) จำนวน 7 คน พบผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงอย่างค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไป หลังจากเผชิญกับระยะช็อคเมื่อได้รับทราบการวินิจฉัย การต้องอดทนอดกลั้นเป็นเวลานานจนกระทั่งสามารถควบคุมจิตใจให้สงบได้ พบ 8 ประเด็นสำคัญ ซึ่งเป็นความสมดุระหว่างความเศร้าโศกและการปรับตัวได้ บทสรุปสำคัญคือในโลกของชีวิตความเป็นพ่อ จำเป็นต้องให้ความใส่ใจกับการให้ดูแลครอบครัวอย่างมีอาชีพ การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาแบบปรากฏการณ์การตีความบนพื้นฐานทฤษฎีชีวิตโลก (life-world theory) ทำความเข้าใจประสบการณ์ของบิดาที่ดูแลบุตรป่วยจิตเภทอย่างลุ่มลึก พบประเด็นสำคัญดังนี้ สถานการณ์ยุ่งเหยิงเมื่อลูกป่วย ละทิ้งความอับอายขวนขวายหาความช่วยเหลือ สูญเสียคุณค่าในตนเองเกรงเป็นเพราะกรรมพันธุ์ของตน ความรู้สึกวิตกกังวลระทมทุกข์ ค้นพบความสำคัญของการเป็นผู้ให้เป็นผู้คอยสนับสนุน ชีวิตแต่งงานที่เป็นทุกข์ เกิดรูปแบบในการดูแลครอบครัว

McCann, Lubman & Clark (2011) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (First-Episode) พบว่าการกลายมาเป็นผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับทางด้านกายภาพ อารมณ์ และเศรษฐกิจ โดยผู้ดูแลจะต้องใช้ความพยายามเป็นอย่างสูงในการยอมรับกับพฤติกรรมแปลกประหลาดของผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้ใช้ปรากฏการณ์วิทยาการตีความแบบ Heideggerian กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามี 17 คน พบ 6 ประเด็นหลักคือ มีหน้าที่รับผิดชอบที่เป็นภาระ เป็นลักษณะที่เปลี่ยนกลับไปมาอย่างรุนแรงและเป็นประสบการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ผู้ดูแลมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในท้ายที่สุดทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ระยะของการเกิดความเจ็บป่วย ทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแลมีความผูกพันลึกซึ้งมากขึ้น เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ทั้งสองฝ่ายมียังคงความหวังในอนาคต สิ่งที่พบเหล่านี้ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการรับรู้ เข้าใจ เข้าถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจิตเภทครั้งแรก ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาการให้ข้อมูลและให้การสนับสนุนแก่ผู้ดูแลในศูนย์บริการการที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจิตเภทครั้งแรก เพื่อพัฒนากิจกรรมการดูแลที่มีประสิทธิผลกับผู้ดูแลเมื่อต้องมีการเกิดขึ้น

McAuliffe, O'Conner & Meagher (2014) ศึกษาประสบการณ์ของบิดามารดาที่ให้การดูแลบุตรทั้งหญิงและชายที่ป่วยจิตเภท ในครอบครัวชาวไอริช (Irish) เป็นการวิจัยคุณภาพเพื่อพรรณาประสบการณ์ของผู้ดูแล ใช้คำถามกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์เชิงลึก จากตัวอย่าง 6 คน ในปี 2007 พบ 4 ประเด็นหลัก คือ ความหลากหลายอารมณ์ถ้าโถมผสมผสาน เรียนรู้กิจกรรมการดูแล การเผชิญ

การอาการเจ็บป่วยและความไม่แน่นอน บิดามารดาเกิดการหยิ่งรู้ เข้าถึงความบีบคั้นทางอารมณ์ เมื่อลูกได้รับการวินิจฉัยจิตเภท รู้สึกสูญเสียต่อการที่ต้องยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดภาวะเครียดระยะหลังจากที่ลูกได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และในทางกลับกันก็เกิดประสบการณ์ในการยอมรับบทบาทใหม่ภายใต้ความรู้สึกรัก และความรับผิดชอบต่อบุตรที่ป่วยจิตเภท ซึ่งให้ความหมายบทบาทของการดูแล

Napa et al. (2017) ได้ทำการศึกษาวิจัยแบบทฤษฎีพื้นฐาน (Grounded) โดยทำการศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโดยครอบครัวไทย ระหว่าง พ.ศ. 2013 - มี.ค. 2014 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และการสังเกต มีผู้เข้าร่วมจำนวน 31 รายจาก 18 ครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีของ Strauss & Corbin's จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว พบว่าการสร้างสมดุลของชีวิตครอบครัวประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก การสื่อสารจะช่วยเพิ่มแรงสนับสนุนและความเข้าใจ ระยะที่ 2 พบวิธีการแก้ปัญหา และระยะสุดท้าย เข้าถึงบทบาทการให้การดูแลในครอบครัว โดยการรักษาสสมดุลในชีวิตครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกัน และเข้าใจความเจ็บป่วยในระยะแรก รวมถึงการปรึกษาผู้อื่น เช่น ได้รับคำแนะนำจากผู้อายุ หรือขึ้นกับการตัดสินใจของผู้ดูแลหลักในการแก้ปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยในระยะที่ 2 และสุดท้ายในระยะที่ 3 ผู้ดูแลจะพัฒนาความรู้สึกของการดูแล อาทิ ความรับผิดชอบในการดูแล ให้การดูแลและควบคุมอาการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นในบทบาทการให้การดูแลในครอบครัว

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของ Heidegger (1962) เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกตและบันทึกภาคสนาม (Field note) นำข้อมูลทั้งหมดมาประมวลและวิเคราะห์เนื้อหาคำอธิบายถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ โดยใช้วิธีของ van Manen (1990) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

กลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ที่ศึกษา

1. ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

1.1 ผู้ให้ข้อมูล (Key informant) เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ จำเป็นต้องสัมภาษณ์จากผู้มีประสบการณ์นั้นจริง ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ

1) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ โดยผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (First episode Schizophrenia) ตามเกณฑ์ ICD-10 (F20-F29) โดยผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ไม่มีอาการทางจิตหลงเหลือที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ อยู่ในช่วงโรคสงบ (remission) และไม่มีอาการกำเริบในช่วง 18 เดือนขึ้นไปภายหลังเข้ารับการรักษา

2) มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง หรือบุตร หรือไม่มีความสัมพันธ์ทางเลือด เช่น ภรรยา หรือสามี และเพื่อน ซึ่งเป็นผู้ให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น เป็นเวลา 2 ปี ขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการดูแล

3) สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้

4) มีความยินดีเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล

สนามวิจัยที่ทำการศึกษาในครั้งนี้คือ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โดยใช้สถานที่ในการสัมภาษณ์ในห้องตรวจจิตเวช ร่วมกับการโทรศัพท์ไปสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 11 ราย โดยผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 32-74 ปี ประกอบด้วยเพศชาย 5 ราย มีความสัมพันธ์เป็นบิดา 3 ราย พี่ชาย 1 รายและน้องชาย 1 ราย และเพศหญิง 6 ราย มีความสัมพันธ์เป็นมารดาทั้งหมด ผู้ให้ข้อมูลทุกรายนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 7 ราย รองลงมาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 3 ราย และระดับอนุปริญญา 1 ราย ประกอบอาชีพ แม่บ้าน 2 ราย ทำไร่-นา 3

ราย ประกอบกิจการส่วนตัว 1 ราย ธุรกิจส่วนตัว 2 ราย ทำสวนผัก 1 ราย พนักงานบริษัท 1 ราย รับจ้างทั่วไป 1 ราย รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวอยู่ที่ 3,000-30,000 บาท ลักษณะเป็นครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว 9 ครอบครัว และครอบครัวขยาย 2 ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 2-5 ปี ผู้ให้ข้อมูลทุกรายให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่เริ่มป่วยครั้งแรก

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

รหัส ข้อมูล ผู้ป่วย	อายุ (ปี)	เพศ	ความสัมพันธ์ กับ ผู้ป่วย	ศาสนา	ศาส นา	ระดับ การ ศึกษา	อาชีพ	รายได้ เฉลี่ยของ ครอบครัว (บาท/ เดือน)	จำนวน สมาชิก ใน ครอบครัว	ระยะ เวลา ในการ ดูแล ผู้ป่วย	จำ นวน บุตร
ID1	63	หญิง	มารดา	พุทธ	พุทธ	ป.4	ทำนา/ทอเสื่อ	6,000- 10,000	3	2	4
ID2	45	หญิง	มารดา	พุทธ	พุทธ	กศน. ม.3	แม่บ้าน/ทำไร่	10,000	4	5	2
ID3	56	ชาย	บิดา	พุทธ	พุทธ	ป.4	กิจการส่วนตัว (ร้านแว่นเอื้อ อาทร)	20,000- 30,000	7	2	3
ID4	58	หญิง	มารดา	พุทธ	พุทธ	ม.3	รับจ้างทั่วไป	6,000- 7,000	4	4	3
ID5	62	หญิง	มารดา	พุทธ	พุทธ	ป.4	ธุรกิจส่วนตัว (ขายเสื้อผ้า)	10,000	2	5	3
ID6	32	ชาย	พี่ชาย	พุทธ	พุทธ	ปวส.	พนักงาน บริษัท	17,000- 18,000	3	2	1
ID7	55	ชาย	น้องชาย	พุทธ	พุทธ	ป.4	ทำสวนผัก	10,000- 20,000	8	4	2
ID8	74	หญิง	มารดา	พุทธ	พุทธ	ป.4	แม่บ้าน	5,000	3	4	2
ID9	50	ชาย	บิดา	พุทธ	พุทธ	ป.4	ครูฝึกมวย	5,000- 6,000	5	5	4
ID10	49	หญิง	มารดา	พุทธ	พุทธ	ม.6	ธุรกิจส่วนตัว (ขายกาแฟถุง กระดาษ)	3,000	4	3	2
ID11	49	ชาย	บิดา	พุทธ	พุทธ	ป.4	ทำนา ทำไร่ / รับจ้างทั่วไป	8,000- 10,000	3	4	2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยผู้วิจัยและเครื่องมือช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือ

2.1 ตัวผู้วิจัย ในการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการวิจัย (Researcher as instrument) ที่สำคัญที่สุด (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559) เพราะการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการให้บุคคล สัมผัสกับบุคคลอื่นโดยตรง ด้วยการพูดคุย สัมภาษณ์ และการสังเกต เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุมและเชื่อถือได้ ในการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมก่อนทำการวิจัย ดังนี้

2.1.1 การเตรียมความพร้อมด้านความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยทำการศึกษาเชิงปรัชญา เป้าหมาย จรรยาบรรณของนักวิจัย รวมถึงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการอภิปรายผล ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพการพยาบาล (3600626) ในชั้นเรียนของนิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 หน่วยกิต ร่วมกับการค้นคว้าจากตำรา หนังสือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศด้านการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล และขอรับคำปรึกษาจากคณาจารย์ผู้สอนในรายวิชา รวมถึงวิทยากรพิเศษที่บรรยายในการเรียนการสอนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล ซึ่งล้วนแล้วแต่มีความชำนาญด้านการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

2.1.2 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้าแนวคิด และทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากหนังสือ ตำรา วารสาร สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อทำความเข้าใจ และเป็นแนวคิดเบื้องต้นและเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถาม ที่จะนำไปสู่คำตอบเชิงลึก และครอบคลุมเนื้อหาของการศึกษาให้มากที่สุด พร้อมกับการแปลความและข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

2.1.3 การเตรียมความพร้อมด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ศึกษาในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (3600626) เกี่ยวกับการฝึกทักษะและการสร้างแนวคำถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การฝึกเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้มีประสบการณ์การสัมภาษณ์เชิงลึกในห้องเรียน และการลงพื้นที่จริงโดยการสัมภาษณ์นำร่อง (Pilot Study) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ เป็นจำนวน 3 ราย มีการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกภาคสนามทุกครั้ง ถอดเทปคำต่อคำและบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง และนำมาวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2.1.4 การเตรียมคำถามเพื่อการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแล ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภทเป็นครั้งแรก (First Episode Schizophrenia) เพื่อสร้างแนวคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งคำถามที่ใช้มีลักษณะยืดหยุ่น และการศึกษานำร่อง (Pilot Study) เมื่อการสัมภาษณ์สิ้นสุดลงผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้

จากการบันทึกเสียงมาถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบและแก้ไขในส่วนที่ความบกพร่องของการตั้งคำถาม ใช้เทคนิคในการสัมภาษณ์และเพิ่มเติมข้อคำถามให้ได้ข้อมูลที่มีรายละเอียดมากขึ้น

2.2 เครื่องช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ซึ่งถือเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัยแล้ว การเลือกใช้เครื่องมือที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเช่นกัน เครื่องมือที่ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวม ประกอบด้วย

2.2.1 เครื่องบันทึกเสียง (Tape recorder) เป็นอุปกรณ์หนึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ใช้ในการบันทึกคำสนทนาขณะทำการสัมภาษณ์ซึ่งสามารถเก็บคำให้สัมภาษณ์ได้อย่างครบถ้วนตลอดระยะเวลาในการสัมภาษณ์

2.2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Face sheet) ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย อาชีพ รายได้ บทบาทอื่นในครอบครัวนอกเหนือจากการเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

2.2.3 แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) ในการบันทึกรายละเอียดต่างๆ ผู้วิจัยได้รับรู้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ ได้มีการบันทึกหมายเลข และให้รหัสของผู้ให้ข้อมูล รายละเอียดเบื้องต้นของการสัมภาษณ์ เช่น ครั้งที่ทำการสัมภาษณ์ วันที่ทำการสัมภาษณ์ สถานที่ บรรยากาศในการสัมภาษณ์ ความรู้สึก สีหน้าท่าทาง พฤติกรรม อากัปกริยาของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ เหตุการณ์หรือประเด็นที่น่าสนใจ และการแก้ไขปัญหาต่อเหตุการณ์นั้นของผู้ให้ข้อมูล เพื่อใช้ประกอบเป็นข้อมูลในการถอดเทปจากบทสัมภาษณ์ ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความครบถ้วนสมบูรณ์และชัดเจนยิ่งขึ้น

2.2.4 แบบบันทึกการถอดเทป สำหรับบันทึกข้อมูลในการสัมภาษณ์ โดยการถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim) และใช้ในการลงรหัสเบื้องต้น

2.2.5 แนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์ เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล เป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก (Interview guideline) เกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ และจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยไม่กลับป่วยซ้ำให้ความหมายกับผู้ดูแลอย่างไร โดยมีการปรับเปลี่ยนข้อคำถามตามเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่า โดยการขอคำอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในเนื้อหาที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าให้ผู้วิจัยฟัง

3. การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

3.1 ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ รหัสโครงการวิจัยที่ 02 012562 เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2561

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2562 (รายละเอียดผู้วิจัยได้แสดงไว้ในภาคผนวก ก) ภายหลังจากนั้นจึงทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

3.2 ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ โดยพิจารณาจากประวัติทางเวชระเบียนของผู้ป่วย จากนั้นจึงคัดเลือกผู้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัย ติดต่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ก่อนเชิญเข้าร่วมการวิจัย

3.3 ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวอีกครั้ง มอบเอกสารคำแนะนำสำหรับอาสาสมัคร (Participant information sheet) ซึ่งแจ้งรายละเอียดให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการศึกษาอย่างละเอียด เรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตทำการบันทึกเสียง ขณะสนทนา จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่สัมภาษณ์ การโทรสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และชี้แจงหากผู้ให้ข้อมูลยังไม่พร้อมหรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูล สามารถขอยุติการสัมภาษณ์ได้ทุกเมื่อ นอกจากนี้การสัมภาษณ์จะไม่กระทบหรือก่อความเสียหายในเวลาปฏิบัติงานของผู้ให้ข้อมูล

3.4 การรักษาความลับ โดยผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่จะเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูล และจะทำลบเทปบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัยครั้งนี้ การนำข้อมูลออกเผยแพร่ในลักษณะเป็นข้อมูลรวม ไม่ระบุชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล โดยการใช้รหัสแทนการให้ใช้ชื่อจริง

3.5 ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้เวลาผู้ให้ข้อมูลคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ รวมทั้งการบอกยุติการให้ข้อมูลได้ทุกขณะของการศึกษา กรณีที่รู้สึกไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลและขอข้อมูลย้อนกลับได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อผู้ให้ข้อมูล

3.6 ขอความยินยอม และให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อในใบบันทึกให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเก็บใบให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลต่าง ๆ ไว้ในที่ปลอดภัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น (Interview guideline) ขณะทำการสัมภาษณ์ใช้การบันทึกเสียง การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการจดบันทึกเป็นหลักฐานในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (Saturated data) มี

ความหมายตรงกับประเด็นที่ศึกษาและไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์

4.2 เมื่อได้รับอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือแจ้ง เพื่อขออนุญาตเข้าไปเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ที่เป็นสนามศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.3 เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูล จึงเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำคลินิกเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล และการใช้สถานที่ในการสัมภาษณ์ และนัดวันในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม – พฤษภาคม 2562

4.4 ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล โดยพิจารณาจากประวัติทางเวชระเบียน และสอบถามจากพยาบาลประจำคลินิก (gate keepers) เพื่อเชื่อมโยงไปสู่ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทแต่ราย และติดป้ายกำกับในแฟ้มเวชระเบียนเพื่อบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดพร้อมผู้ดูแล จึงเข้าแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ติดต่อขอความร่วมมือผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยการสอบถามเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย เชิญเข้าร่วมการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล ทั้งนี้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามเกี่ยวกับการวิจัยและตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้เก็บข้อมูลจึงมอบเอกสารคำแนะนำสำหรับอาสาสมัคร ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยอีกครั้ง ก่อนขอความยินยอมให้ลงลายมือชื่อเข้าร่วมการวิจัย

4.5 ผู้วิจัยทำการติดต่อผู้ให้ข้อมูลและทำความรู้จัก สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลก่อนทำการสัมภาษณ์ ซึ่งสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์นั้นเป็นห้องตรวจจิตเวชมีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ ก่อนเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยการกล่าวทักทาย และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยเน้นย้ำถึงการให้รหัสแทนการใช้ชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม การจัดเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย และทำการลบข้อมูล รวมทั้งทำลายเอกสารการบันทึกข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมดทั้งทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามได้ตลอดระยะเวลาที่ทำการ

เก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้มอบเอกสารคำแนะนำสำหรับอาสาสมัคร (Participant Information Sheet) เพื่อใช้ประกอบในการพิจารณาก่อนตัดสินใจเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล และขอ อนุญาตทำการบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา การจดบันทึก ภาคสนามขณะทำการสัมภาษณ์ การนัดหมาย ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ โดยขออนุญาตในการ โทรศัพท์สัมภาษณ์ครั้งต่อไป มอบเอกสารแสดงเจตจำนงในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อให้ผู้ ข้อมูลลงนามยินยอม ก่อนเริ่มทำการสัมภาษณ์เป็นขั้นต่อไป

4.6 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ให้ข้อมูลทำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ก่อน จากนั้นจึงขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ และเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) โดยใช้เวลาในการ สัมภาษณ์ 21-76 นาที ซึ่งขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

4.6.1) ทำการเก็บข้อมูลส่วนที่ 1 คือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและ ผู้ป่วยจิตเภท

4.6.2) ทำการเก็บข้อมูลในส่วนที่ 2 คือ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ แบบมีแนวทางในการสัมภาษณ์ พร้อมกับบันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเทปบันทึกเสียง ซึ่งในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้ทักษะของการ สัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล มีการปรับคำถามในขณะที่สัมภาษณ์ เพื่อความชัดเจนของข้อมูลตามบริบท และสิ่งที่สังเกตได้จากการสัมภาษณ์ เช่น สีหน้า แววตา ท่าทาง อิริยาบถ อารมณ์ และการแสดงออก

4.6.3) ขณะทำการสัมภาษณ์สวดา พักหน้ารับ เพื่อสังเกตสีหน้า แววตา และน้ำเสียงของ ผู้ให้ข้อมูล ขณะเล่าประสบการณ์ เมื่อสัมผัสได้ขณะผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดเรื่องราว หรือสะท้อนภาพ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอารมณ์ ความรู้สึก น้ำเสียงเปลี่ยนไป แววตาก็มืดดำ หรือน้ำตาคลอ ใช้เทคนิคการ เจ็บ พักหน้ารับ และสัมผัสมือผู้ให้ข้อมูลเพื่อเป็นการปลุกปลอบ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูล ID2 มีน้ำตาคลอ และน้ำเสียงสั่นเครือ ทุกครั้งที่เล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและ ครอบครัวซึ่งสะท้อนความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะเจ็บและพักหน้ารับ และรับทราบภายหลัง ว่าผู้ให้ข้อมูลเองก็มีภาวะเจ็บป่วยหลังจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือมีโรควิตกกังวลและซึมเศร้า (Mixed depressive and anxiety disorder) ต้องมารับยาประจำต่อเนื่องเช่นเดียวกับผู้ป่วย เมื่อได้ รับทราบประเด็นดังกล่าว รับฟังสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและการเผชิญปัญหาของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้ง สนับสนุนให้กำลังใจ เสริมแรงในด้านศักยภาพของการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ดูแลทำได้ดีจน ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้ ทำงานได้ และไม่กลับป่วยซ้ำ หลังจากนั้นจึงเปลี่ยนหัวข้อในการ สัมภาษณ์ ถึงกระนั้นผู้ให้ข้อมูลยังสามารถถ่ายทอดเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

4.6.4) ผู้วิจัยทำการจดบันทึกภาคสนามในประเด็นที่สำคัญไว้ ซึ่งได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูล ก่อนที่จะทำการจดบันทึกทุกครั้ง โดยทำการบันทึกย่อเฉพาะหัวข้อหรือประเด็นที่สำคัญ ประเด็นที่ ต้องการเพิ่มเติม กิริยา ท่าทาง การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล และบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะ ทำการศึกษา ความเห็น ความรู้สึกของผู้วิจัยที่มีต่อปัญหา การแก้ไข และผลที่เกิดขึ้นจากการแก้ไข เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล

4.6.5) การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยพิจารณาระยะเวลาในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งตามความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหรือเมื่อสังเกตเห็นท่าที กระสับกระส่าย ไม่พร้อมในการให้สัมภาษณ์ครั้งต่อไปของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งการได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่เพียงพอ ก่อนจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการสนทนาให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบอย่างคร่าว ๆ และทำการนัดหมายสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปในกรณีที่ยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จากนั้นผู้วิจัย กล่าวแสดงความขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีให้ข้อมูลและเข้าร่วมวิจัย

4.7 ขั้นตอนการวิจัย ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล เบื้องต้น โดยการถอดข้อมูล (transcribe) จากเทปบันทึกเสียงเป็นคำต่อคำ (verbatim) ออกเป็นบท สนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) ด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนและครบถ้วนของ ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบกับบทบันทึกเสียงซ้ำ โดยหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายแรก และ รายที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา สรุปเป็นประเด็นปัญหา ที่พบหรือข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม หรือประเด็นที่ต้องค้นหาเพิ่ม ทำการปรับข้อคำถามให้ เหมาะสมและกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายเดิมเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้นสำหรับการ วิเคราะห์และสรุปเป็นประเด็น จากนั้นทำการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ ข้อมูลรายต่อไป หลังจากนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และ วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturated data) คือมีแบบแผน ข้อมูลซ้ำกัน ไม่มีประเด็นใหม่เกิดขึ้น ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลกับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นระยะ และยุติการ เก็บรวบรวมข้อมูล (ดังแสดงไว้ในภาคผนวกการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยโดย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเลือกใช้แนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการ ของ van Manen (1990) เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลร่วมกันวิเคราะห์ ซึ่งเรียกว่า วงเวียนการตีความ (Hermeneutic circle) เป็นวิธีที่มีการเก็บข้อมูลถูกดำเนินไปพร้อมกับการ วิเคราะห์ข้อมูล จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (Streubert & Carpenter, 2011; van Manen, 1990; ประกาย จิโรจน์กุล, 2552) ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูล มี 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การให้ความสนใจกับธรรมชาติประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมา (Turning to the nature of live experience) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่

1.1) การทำความรู้จักกับปรากฏการณ์ (Orienting to the phenomenon) เป็นการให้ความสนใจกับธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา โดยเริ่มต้นด้วยการทำความรู้จักกับปรากฏการณ์การตัดสินใจผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังได้รับทราบการวินิจฉัยจากแพทย์ เหตุผลในการรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ประสบการณ์จากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และประสบการณ์ในการตัดสินใจทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไร รวมถึงการตัดสินใจที่จะเป็นผู้ดูแลต่อหรือล้มเลิกการดูแล โดยผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปรากฏการณ์การตัดสินใจเป็นผู้ดูแลตามการบอกเล่า ถ่ายทอดเรื่องราวของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง ว่ามีความคล้ายคลึงกันอย่างไร

1.2) กำหนดข้อความคำถามของปรากฏการณ์ (Formulating the phenomenological question) โดยเชื่อว่าคำถามจะไม่มีที่เหมาะสม ถ้าไม่สามารถได้คำตอบที่ลุ่มลึก หากผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลไม่มีความเกี่ยวข้องกันของการมีชีวิตอยู่ เช่น ในบริบทหรือมีสัมพันธภาพ ภาษา วัฒนธรรมเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัย นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาทั้งบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และนำมาสร้างเป็นแนวคำถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์

1.3) การอธิบายข้อสันนิษฐานและข้อตกลงเบื้องต้นอย่างละเอียด (Explicating assumption and preunderstandings) โดยเชื่อว่าไม่มีใครสามารถตีความสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยปราศจากความเข้าใจหรือประสบกับสิ่งนั้น ๆ มาก่อน จึงตระหนักเสมอว่าการเปิดรับประสบการณ์และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดอคติในการรวบรวมข้อมูล โดยนำข้อมูลประสบการณ์เดิมของผู้วิจัยและข้อมูลประสบการณ์ใหม่ของผู้ให้ข้อมูลมาตีความร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจประสบการณ์ที่เกิดขึ้นขณะที่เราอยู่ในปรากฏการณ์นั้น (Engage in existential investigation, which involves exploring the phenomenon) การเก็บรวบรวมข้อมูลถือเป็นงานสำคัญในขั้นตอนนี้ ซึ่งผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ เพราะเชื่อว่าสามารถค้นหาคำตอบเชิงลึกจากความเชื่อ ความรู้สึก และประสบการณ์ตรงตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ โดยก่อนที่จะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการเตรียมตัวด้านความรู้ โดยได้ทำการศึกษาความหมาย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดภาวะวิกฤต รวมถึงการวิจัยเชิงคุณภาพจากเอกสารตำราต่าง ๆ ดังที่กล่าวแล้วในส่วนเอกสารประกอบการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อเป็นการเปิดประเด็นที่สนใจศึกษา เมื่อได้ประเด็นที่น่าติดตามจากคำตอบของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้คำถามเจาะลึกถามต่อในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ไว้ วัตถุประสงค์ของ

การถามในแต่ละประเด็น เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ย้อนกลับไปในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในเหตุการณ์เหล่านั้น รวมถึงอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถบอกเล่าประสบการณ์และความรู้สึกได้ชัดเจนและง่ายต่อการอธิบายมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนเพื่อนำไปสู่ประเด็นหลัก (Engage in phenomenological reflection, which involves conducting thematic analysis) การให้ความหมายหรือแก่นแท้ของประสบการณ์ชีวิต ไม่สามารถที่จะทำให้เข้าใจได้ด้วยการพิจารณาเพียงด้านใดด้านหนึ่ง สามารถใช้สื่อสารจากเรื่องราวที่รับรู้สู่การรวบรวมเรื่องราวให้เป็นระบบ โดยการจัดกลุ่มความหมาย โครงสร้าง ความหมาย หรือประเด็นที่สำคัญ และสิ่งเหล่านั้นอาจจะเป็นแก่นสำคัญของเนื้อหาทั้งหมด หนึ่งคือ ประเด็นที่สำคัญไม่ได้ให้ความสมบูรณ์ของปรากฏการณ์ของชีวิตแต่เป็นเพียงจุดหนึ่งที่บอกถึง นัยสำคัญ มีขั้นตอนสำคัญที่เป็นแง่มุมของปรากฏการณ์นั้นๆ สะท้อนและนำไปสู่ประเด็นหลัก มี ขั้นตอนดังนี้

3.1) การมองภาพรวม (Holistic approach) ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล เบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์โดยการถอดเทปแบบคำต่อคำ แบบบันทึกส่วนบุคคล แบบบันทึก ภาคสนาม รวมถึงจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ โดยมีการตรวจสอบข้อมูลร่วมกับการฟังเทปสัมภาษณ์ซ้ำ อย่างน้อย 2 ครั้ง/การสัมภาษณ์ 1 ครั้ง หลังจากนั้นอ่านข้อมูลทั้งหมด เพื่อให้เกิดความเข้าใจโดยรวม และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

3.2) การค้นหาและเน้นส่วนที่สำคัญ (Selective or highlighting approach) ผู้วิจัยได้อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์และจดบันทึกทั้งหมดกลับไปกลับมาหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเป็นการตรวจสอบการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูล เมื่อพบข้อมูลที่น่าสนใจใน ประเด็นประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จะเน้นข้อความโดยใช้ ปากกาเน้นข้อความในประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ประเด็นที่ศึกษา ได้ และนำข้อความนั้นมาสกัดเอาลักษณะที่สำคัญออกมา (Future of significant) พร้อมกับเขียน กำกับไว้ใน แต่ละบทสนทนาโดยใช้ความรู้จากการศึกษา การทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ ของผู้วิจัยแปลความหมายจากสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงออกมาทางคำพูดที่ได้ให้สัมภาษณ์ไว้

3.3) การให้รหัสข้อมูลแต่ละย่อหน้า (Paragraph) เป็นกระบวนการแยกย่อยข้อมูล เปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูล ในลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลที่ละเอียดกว่า เพื่อค้นหาความหมายที่ สะท้อนถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ด้วยการใช้บัตรคำ ประเด็นย่อยและประเด็นหลัก และใส่ หมายเลขอ้างอิงไว้ในตอนท้ายของบทสนทนา จัดข้อมูลที่ให้รหัสแล้วเป็นหมวดหมู่ โดยนำข้อมูลที่ คล้ายคลึงกันมารวมกัน เพื่อลดทอนจำนวนข้อมูลจากที่กระจัดกระจายให้เป็นหมวดหมู่

ขั้นตอนที่ 4 การบรรยายปรากฏการณ์ผ่านศิลปะการเขียนและการทบทวนการเขียน (Engage in phenomenological writing) เป็นการนำเสนอผลการศึกษาวิจัย โดยใช้ภาษาในการ

นำเสนอมุมมองของประสบการณ์ชีวิตนั้นๆ ตามที่เป็นจริง โดยใช้ภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจในปรากฏการณ์นั้นได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังได้ใช้สาระสำคัญในการนำเสนอ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยใช้ประเด็นหลักที่เกิดขึ้นเป็นแนวทางในการอธิบายถึงภาพรวมของเนื้อหาทั้งหมด ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะขอเสนอข้อสรุปที่ค้นพบจากผู้ให้ข้อมูลและผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดแล้ว นำมาเรียบเรียงเป็นลำดับประเด็นหลักและประเด็นย่อย เพื่อถ่ายทอดสาระที่เป็นแก่นของประสบการณ์การตัดสินใจเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและไม่กลับป่วยซ้ำ การรับบทบาทผู้ดูแลและการทำหน้าที่ของผู้ดูแลให้ได้มากที่สุด

6. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

การวิจัยครั้งนี้สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลตามแนวทางของ Guba & Lincoln (1989) อ้างถึงใน อารียวรรณ อ่วมตานี (2559) รายละเอียดดังต่อไปนี้

6.1 ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

6.1.1) การสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในสนามศึกษาที่มากพอ (Prolonged Engagement) โดยการใช้เวลาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ในวันที่นัดเก็บข้อมูลตามเวลาทำการของแผนกจนผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้วัฒนธรรมและสร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยซักถามถึงเรื่องทั่วไปจนเกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจอย่างเพียงพอที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะแบ่งปันประสบการณ์ชีวิตจริงแก่ผู้วิจัย

6.1.2) ผู้วิจัยใช้การสังเกตสถานการณ์ที่ศึกษา (Persistent observation) เพื่อให้ค้นพบว่าอะไรคือประเด็นที่สำคัญที่สุดและเป็นตัวแทนของประเด็นที่ศึกษาและได้ข้อมูลเชิงลึก

6.1.3) ตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นการยืนยันคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยนำบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ การตรวจสอบจากสิ่งที่สังเกตได้และการบันทึกภาคสนามภายหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้งมาตรวจสอบ ทั้งสีหน้า แววตา อากัปกริยาของผู้ให้ข้อมูล น้ำเสียงแล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่

6.1.4) ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์และข้อสรุปถูกตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) ที่เชี่ยวชาญในประเด็นที่ทำการศึกษาและเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 3 ท่าน อีกทั้งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษานับตั้งแต่การนำข้อมูลที่บันทึกในแบบบันทึกภาคสนามการถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim) รวมทั้งการให้รหัสเบื้องต้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบการสัมภาษณ์และการให้รหัส ปรับแก้ตามที่ได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาสำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป และระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้พร้อมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลไปในคราวเดียวกันให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบข้อมูลเป็นระยะ

6.1.5) ตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) ผู้วิจัยนำประเด็นที่ได้จากการถอดเทป คำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเนื้อหาหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้การวิเคราะห์ข้อมูล (Preliminary themes) เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลที่ได้มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง

6.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) การที่ผู้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ผู้อ่านสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าวเสมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเรียกว่า ร่องรอยการตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งนี้ผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ลุ่มลึก ละเอียดยุติและครอบคลุมมากที่สุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปใช้อ้างอิงปรากฏการณ์ที่มีบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน หรือที่เรียกว่า สามารถเชื่อมโยงได้

6.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) เป็นการตรวจสอบข้อมูลผ่านการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและอธิบายกระบวนการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน ใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Multiple method of data collection) ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีแนวคำถามร่วมกับบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม (Field note) เชื่อมโยงข้อมูลที่ได้เข้าด้วยกัน วิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้ง (Member checks) เพื่อยืนยันประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ตรงกับการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูล นำเสนอข้อมูลโดยละเอียดครบถ้วนครอบคลุม ซึ่งจะช่วยให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัสและการตรวจสอบซ้ำ อันทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลัก อีกทั้งข้อมูลยังถูกตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาเชิงคุณภาพ

6.4 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability)

6.4.1) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) จากเทปบันทึกเสียง การถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลโดยอ่านบันทึกการถอดความพร้อมกับฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ การจดบันทึกประจำวันและการบันทึกภาคสนาม โดยบันทึกอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการรับรู้เหตุการณ์ในขณะนั้น เพื่อนำมาสะท้อน ตีความและให้ความหมายในการวิเคราะห์ข้อมูลตามเป็นความจริงจากผู้ให้ข้อมูล ส่วนการตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสนับสนุนข้อค้นพบในการศึกษา

6.4.2) การตรวจสอบข้อมูลดิบ โดยการตรวจสอบจากบทสัมภาษณ์กับการฟังเทปกลับไปกลับมาหลาย ๆ ครั้ง และได้มีการตรวจสอบร่วมกับการบันทึกภาคสนาม ว่าข้อมูลที่ได้ตรงกันหรือมีความสอดคล้องกันหรือไม่

6.4.3) การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำข้อมูลมาสนับสนุนข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ว่ามีความสอดคล้องหรือแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

6.4.4) การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป โดยสามารถตรวจสอบได้จากสาระสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ การให้รหัสข้อมูล และการจัดกลุ่มคำ ผู้วิจัยใช้วิธีการอ้างคำพูด (Direct Quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล โดยการใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูล และใช้การตีความเพื่อสะท้อนความคิด ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างลึกซึ้ง การสรุปข้อมูลต่าง ๆ จากการให้รหัสข้อมูล (Coding) การจัดกลุ่มข้อมูล (Category) การสรุปประเด็น (Theme) ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลได้รับการทบทวนและตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา

6.4.5) การตรวจสอบกระบวนการวิจัย ซึ่งการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ใช้การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของ Martin Heidegger (1962)

6.4.6) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต แบบบันทึกภาคสนามโดยคำถามที่ใช้เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถถ่ายทอดประสบการณ์จริงได้อย่างอิสระ

6.4.7) การกำหนดวัตถุประสงค์และความคาดหวังที่จะได้รับในการทำวิจัยครั้งนี้

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ของ Martin Heidegger (1962) เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Informant) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภททั้งชายและหญิง อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป 2) มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่น้อง และบุตร หรือไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา หรือเพื่อน ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 2 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ และ 3) มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (First Episode Schizophrenia) ตามเกณฑ์ ICD-10 (F20-F29) และไม่กลับป่วยซ้ำในช่วง 18 เดือนขึ้นไปภายหลังจากเข้ารับการรักษาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยการสัมภาษณ์แบบลึก (In-depth interview) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งแรกไม่เกิน 60 นาที และการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปไม่เกิน 30 นาที ร่วมกับการบันทึกเสียง การสังเกต (observation) และบันทึกภาคสนาม (Field note) นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงมาถอดเทป (transcribe) แบบคำต่อคำ (verbatim) และนำข้อมูลทั้งหมด (transcript) มาประมวลและวิเคราะห์เนื้อหาไปพร้อมๆ กับการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการของ van Manen (1990) โดยกำหนดสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลที่ได้เกิดการอิ่มตัว (Saturated data) ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น หรือแบบแผนข้อมูลซ้ำกัน (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) จากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 11 คน

ผลการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ สามารถแบ่งได้ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ หมายถึง การดูแลเอาใจใส่เพื่อไม่ให้กลับป่วยซ้ำ เกิดจากความรักใคร่ ห่วงใยและผูกพัน แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การทำหน้าที่ด้วยความรักและห่วงใย
2. เกิดความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก และ 6 ประเด็นย่อยดังนี้

1. การรับรู้ผู้ป่วยผิดปกติและแสวงหาการรักษา
 - 1.1 การรับรู้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

- 1.2 แสวงหาการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
2. การทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น
 - 2.1 หลากหลายความทุกข์ถ้าโถมเข้ามาในชีวิต
 - 2.2 การทำใจยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย
3. การดูแลฟื้นฟู และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำ
 - 3.1 การกระทำที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย
 - 3.2 ให้ผู้ป่วยได้กลับมาประกอบอาชีพ และมีรายได้เป็นของตนเอง

สำหรับเนื้อหาผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่บรรยายไว้ในบทนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยมีการใช้สัญลักษณ์ในตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

- | | |
|-----------|--|
| (ข้อความ) | หมายถึง คำอธิบายเพิ่มเติมของผู้วิจัย |
| ... | หมายถึง การนำข้อความเนื้อหาประเด็นเดียวกันจากหน้าอื่นมาต่อกัน |
| (ID1T1) | หมายถึง คำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่ 1 (ID1) สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 (T1) |
| xxx | หมายถึง ชื่อบุคคล หรือชื่อสถานที่ |

ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

ผู้ดูแลหลักทั้งหมดเป็นญาติใกล้ชิดซึ่งมีความเกี่ยวข้องทางสายเลือดกับผู้ป่วย คือเป็นมารดา 6 ราย บิดา 3 ราย พี่ชาย 1 ราย และเป็นน้องชาย 1 ราย ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนเองในฐานะพ่อแม่ที่ต้องดูแลลูก พี่ต้องดูแลน้อง หรือน้องต้องดูแลพี่ ซึ่งเจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักจะกระทำการดูแลด้วยความรู้สึกว่าเป็นหน้าที่แล้ว ยังทำด้วยความรู้สึกเต็มใจ รัก ผูกพันห่วงใย และไม่ทิ้งกันกระทำทุกอย่างอย่างเต็มที่เท่าที่จะทำได้

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับป่วยซ้ำ คือ การดูแลเอาใจใส่เพื่อไม่ให้กลับป่วยซ้ำ เกิดจากความรักใคร่ ห่วงใยและผูกพัน

การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผู้ดูแล เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกที่มีระหว่างผู้ดูแลต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นคนที่มีความสำคัญ มีคุณค่า มีความหมายต่อผู้ดูแล ด้วยความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่ ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะมีความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามศักยภาพของผู้ดูแล โดยเรื่องราว สถานการณ์ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้สะท้อนความหมายและคุณค่าที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ครอบครัวเกิดความผูกพัน เกิดความอบอุ่นในครอบครัวมากขึ้นผู้ดูแลการดูแลเป็นการกระทำโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดูแลตนเองได้ ปลอดภัยและไม่กลับมามีอาการป่วยซ้ำ

1.1 การทำหน้าที่ด้วยความรักและห่วงใย

การรับบทบาทและทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นความรับผิดชอบ เป็นหน้าที่ของคนเป็นพ่อ-แม่ และเป็นครอบครัวเดียวกัน เกิดจากความผูกพันที่มีให้กัน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าว

“...เราก็ตำหน้ที่ของเราเท่าที่เรามี ฟังมีจะทำให้ลูกได้...แม่ไม่ได้คิดอะไรมาก ทำตามหน้าที่ของตัวเอง...อย่างน้อยเวรกรรมก็คือว่าเขาก็เกิดมาเป็นลูกเต้าเรา แล้ว จะทิ้งขว้างเขาก็ไม่ได้...” (ID5T1, (ID5T2)

“...แต่เรามีหน้าที่ที่เป็นแม่เราก็ทำไป...เรื่องของลูกเป็นเรื่องประสาแม่ แม่ รับผิดชอบอย่างเดียว พ่อเขาจะทำงานหนัก กลับมาเขาอาจจะช่วยบ้าง...” (ID2T1)

“...ก็ต้องเอาสิลูกเรา เราก็ดูแลกันไปนะ...ไม่มีใครช่วยดูแลหรอก ก็มีแต่ ครอบครัวนี้แหละ...” (ID4T1)

“...มันคงเป็นแม่ที่ต้องดู...เป็นธรรมดาเฉย ๆ ของคนเป็นแม่ รู้สึกเท่านั้นเอง ก็ไม่เห็นคิดยังไง ก็เป็นเหมือนหน้าที่เรา มันก็เป็นเหมือนหน้าที่ของแม่ แค่นั้นแหละหมอ แม่ไม่ได้คิดอะไร...” (ID10T1)

“...ไม่ได้คิดอะไร คิดว่าเป็นลูกชาย คิดว่าเป็นลูกเรา...” (ID9T1)

“...เป็นพี่น้องก็ต้องไม่ทิ้งกัน ก็ต้องดูแลกัน แต่พูดถึงว่าก็ต้องดูแลไปตลอดก็ต้องดูแลกันไปจนตาย จนตายจากกัน...” (ID6T1)

“...เป็นลูกเนาะ ทำไ้ได้ เกิดมาก็ต้องช่วย...” (ID3T1, ID3T2)

“...สุดท้ายก็ไม่มีใครดู เพื่อนก็ไม่มี สุดท้ายก็มาเป็นที่ครอบครัว ก็...ต้องดูแลเอาใจใส่ แต่อย่างที่เราบอกถึงเราบอกไปเขาก็ไม่เชื่อ ต้องให้เจอเองถึงจะรู้ว่า ไม่มีใครดูแลไม่มีใครสนใจสุดท้ายก็มาพ่อแม่ตัวเอง...ก็ทีแรก ก็จะทำยังไง คนไข้กลัวไม่หาย จะหายมั้ย อะไรยังไง พออาการดีขึ้น ภาวะทางครอบครัวก็เหมือนกับว่าดีขึ้น ไม่มีการคิดมากว่าดูแลตัวเองได้แล้ว ไม่ได้คิด ไม่ได้กังวลอะไรนะครับ เป็นที่แรกที่ทางผู้ปกครองก็คิดหนัก จะหายมั้ย จะเป็นอย่างไรอย่างนี้ อย่างว่าสภาพจิตใจไม่ดี คนไข้ก็อาการดีขึ้น สภาพจิตใจก็ดีขึ้น” (ID6T1, ID6T2)

“...แม่เขาดูแลเอาใจใส่ดียิ่งกว่าพ่ออีก ผมก็เอาใจใส่อยู่แต่ว่า แม่เขาจะเอาใจใส่ดีกว่าอีก เพราะว่าพ่อก็ต้องดูแลไอ้ตัวเล็ก 2 ตัว” (ID9T1)

“...เพราะว่าความผูกพันมันมีให้กับลูกตั้งแต่เล็กๆ เอะอะก็พ่อๆ ไม่ว่าจะคนเล็กคนโตครับ เพราะว่าผมจะต้องเดินหน้าตลอดออกหน้าตลอดเป็นผู้นำครอบครัว” (ID11T1)

1.2 เกิดความผูกพัน รักใคร่ในครอบครัวมากขึ้น

การได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในช่วงที่เริ่มมีอาการผิดปกติ ช่วงที่อาการทางจิตกำเริบครั้งแรก และตัดสินใจเข้ารับการรักษา ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและต้องฟื้นฟูผู้ป่วยเพื่อให้สามารถกลับมาทำหน้าที่ และการดูแลเพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม

ใส่ใจ รับฟังผู้ป่วยรู้สึกของผู้ป่วย รู้สึกห่วงใยให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ทั้งยังรู้สึกผูกพันรักกันมากยิ่งขึ้น ซึ่งทำให้เกิดความอบอุ่นในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวสนิทกันมากขึ้น เข้าใจกันมากขึ้น ไม่ค่อยมีปากเสียงกันสามารถเปิดใจคุยกันมากขึ้น รับฟังกันมากขึ้น ครอบครัวก็พลอยมีความสุขมากขึ้นตามซึ่งต่างจากเมื่อก่อนที่อาจจะไม่ได้ใส่ใจคนในครอบครัวเท่าที่ควร สำหรับบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา มองว่าการได้ดูแลผู้ป่วยก็เหมือนกับการได้ดูแลลูกเล็กอีกครั้ง นอกจากนั้นการดูแลผู้ป่วยที่เป็นลูกไม่ว่าจะโตเพียงใดในสายตาของพ่อ-แม่ ยังเหมือนเด็กคนหนึ่งที่พ่อแม่ต้องคอยให้ความช่วยเหลือเสมอ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าดังนี้

“...ก็เราคงเอาใจใส่เขามากขึ้น ฟังเขาด้วย ห่วงเขามากกว่า ให้ความสำคัญกับเขามาก...ที่สุดแบบทุ่มแทเลย อยู่กับเขาตลอด...รู้สึกผูกพันรักกันมากยิ่งขึ้น (น้ำเสียงสั่นเครือ มีน้ำตาคลอเอ่อหันทัน สูดหายใจลึก ปลดปล่อยลมหายใจใช้มือปาดน้ำตา) มันจะอบอุ่นและรู้สึกเหมือนเราสนิทกันมากขึ้น ช่วงนั้นอาจจะไม่ค่อยคุยกันจนลูกป่วยลูกอะไร เรามีบทเรียนแล้วเนาะ ทำให้ครอบครัวมีความอบอุ่นขึ้นมีความสุขขึ้น เข้าใจกันขึ้นคุยกันมากขึ้น ชอบอะไรไม่ชอบอะไร โอ๊ย! ตอนทำให้ลูกไม่รู้สึกละอายเลยนะคุณหมอ สู้ไม่คิดไม่ท้อเลย มีความสุขที่ได้ทำให้ลูกทุกอย่าง...มันเหมือนอะไรละคุณหมอละสิ่งที่ผ่านมามันคือบทเรียนเนาะ เราได้เราศึกษาบางอย่างที่เราไม่เคยทำในการดูแลลูกตอนที่ป่วย ก็ไม่เสียใจหรอก ก็เฉยๆ เพราะว่าเขาปกติแล้ว การให้ความอบอุ่นในครอบครัว ให้ความเข้าใจอะไรอย่างนี้ มันผ่านมาแล้วมันแก้ไขไม่ได้ตอนนี้ต้องคิดว่าอยู่กับอนาคตเพราะว่าไม่อยากจะให้ประวัติซ้ำรอยเนาะคุณหมอ....(เงิบ) ที่ผ่านมามันมีหลายๆ อย่างกว่าจะผ่านมาได้มันเหมือนประสบการณ์เราเนาะ เราเข้าใจกันมากขึ้น ไม่ค่อยมีปากมีเสียงทำงาน พ่อเขาก็จะไม่พูด เขาก็เห็นลูกป่วยเขาก็จะไม่พูดอะไรหรอกทำแต่ งานในไร่ งานนอกบ้าน ลูกคนโต (ผู้ป่วย) ก็คิดว่าได้เท่านี้ก็ดีแล้ว ส่วนแม่ก็รับผิดชอบงานในบ้าน” (ID2T1)

“พออาการดีขึ้น ภาวะทางครอบครัวก็เหมือนกับว่าดีขึ้น ไม่มีการคิดมากว่าดูแลตัวเองได้แล้ว ไม่ได้คิด ไม่ได้กังวลใจนะครับ พอคนไข้ก็อาการดีขึ้น สภาพจิตใจก็ดีขึ้น...แต่ก่อนเขาก็เหมือนจะไม่ค่อยฟังกัน พูดยังไงก็ไม่เชื่อ แต่หลังๆ เขาก็รับฟังมากขึ้น พอบอกเขาก็ทำตาม” (ID6T1, ID6T2)

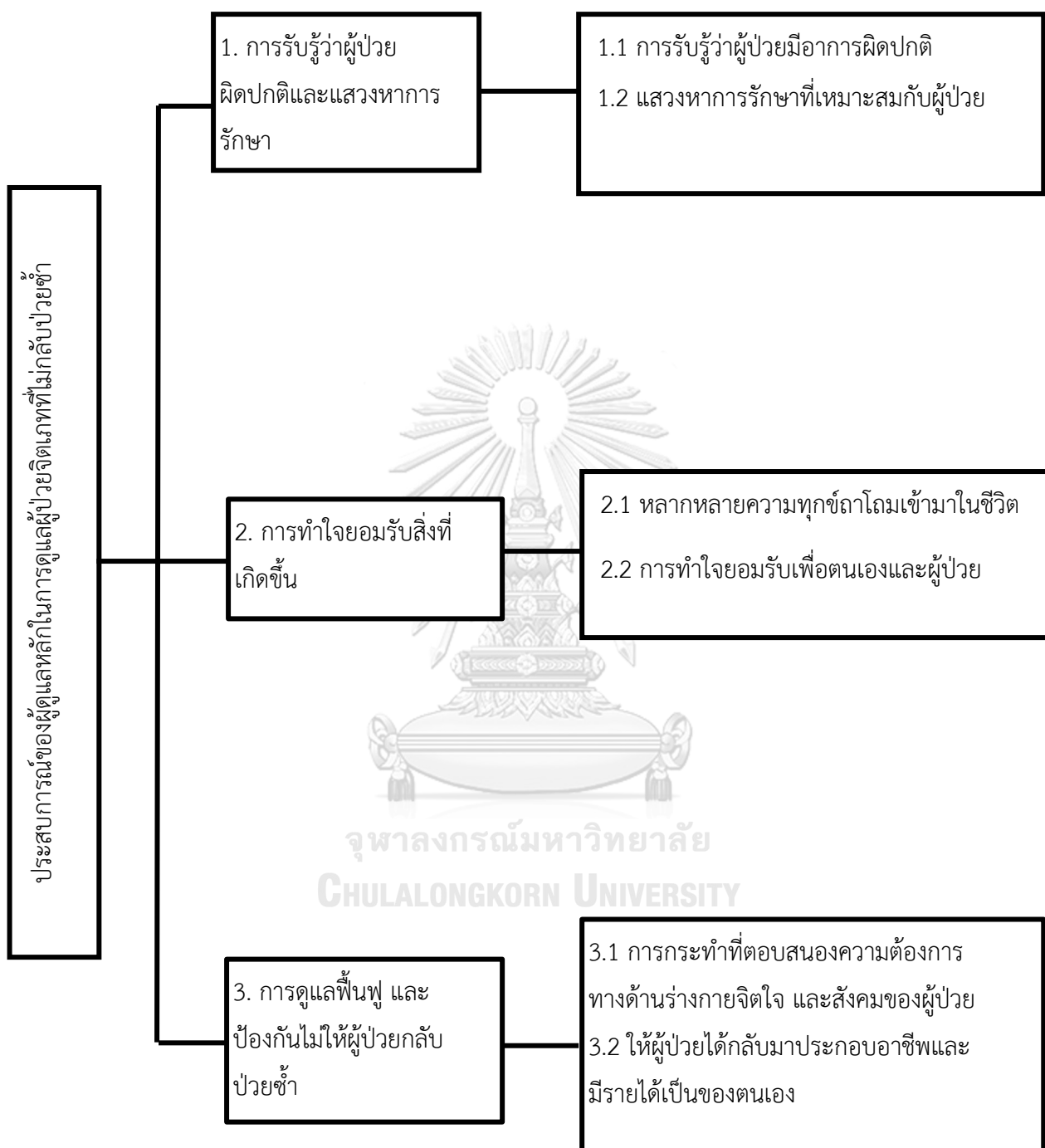
“พี่ชายเขาก็บอก ถ้าอยากหายก็ต้องกินยา เชื่อฟังพ่อแม่ พี่ชายก็บอก เพราะว่าก่อนหน้านี้ตอนที่เขายังไม่ป่วย พี่เขาจะไม่ค่อยถูกกันใจ แต่ระยะหลังนี้ครับผมอะไรประมาณนี้ คุยกันได้มากขึ้น” (ID11T1)

“ธรรมดานั้นแหละลูก แม่ก็เหมือนดูแลลูกเนาะ ก็เหมือนดูแลเขาเด็ก ๆ ก็ดูแลตามปกติ ไข่ (หัวเราะ) แต่ก็มีความสุขอยู่อย่างนึงเพราะว่าเขารู้เรื่องหมดทุกอย่าง เพราะว่าไม่ให้แม่คิดมากตอนนี้แหละ” (ID1T1)

“จากเคยเลี้ยงลูกตอนเล็ก ๆ มาแล้วเนาะ ก็มาเลี้ยงตอนโตนี่อีก (หึ ยิ้มเยาะ) เหมือนกับลูกคนเดียวเลี้ยง 2 หนิง” (ID11T1)

“เขาก็คิดว่าแม่เรา ลูกก็เหมือนเด็กคนหนึ่งถึงเราจะเลี้ยงเขาโตมาขนาดนี้ พอเขามีปัญหา เขาก็ยังเป็นลูก เป็นเด็กอยู่อย่างนี้...” (ID5T1, ID5T2)

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ



ภาพที่ 2 สรุปประเด็นที่ได้จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

1. การรับรู้ของผู้ป่วยผิดปกติ และแสวงหาการรักษา

ผู้ดูแล (1.1) รับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากที่มีบุคคลนอกครอบครัวมาบอก และจากอาการสังเกตของตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว จนนำไปสู่ (1.2) การรักษาผู้ป่วย แต่ด้วยอาการเจ็บป่วยของโรคและแนวทางในการวินิจฉัยรักษามีความซับซ้อน ใช้เวลาในการวินิจฉัยโรคนาน และมีความเฉพาะทางสูง สถานบริการที่จะดูแลรักษาจึงมีน้อย เข้าถึงได้ยากมากกว่าโรคทั่วไป ยาที่รักษาก็ต้องมีการปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และมีอาการข้างเคียงมาก ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาการรักษาและการดูแลอย่างเหมาะสมกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและความสะดวกในการเข้าถึงของผู้ดูแลก่อนที่จะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องกับที่โรงพยาบาลปัจจุบัน

1.1 การรับรู้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

ผู้ดูแลหลักและครอบครัวรับรู้ว่ามีอาการป่วยจาก 2 ช่องทาง คือ (1.1.1) จากคนอื่นบอกและ (1.1.2) จากผู้ดูแลสังเกตเห็นอาการผิดปกติต่าง ๆ ด้วยตนเอง

1.1.1 จากคนอื่นบอก

บุคคลนอกครอบครัวที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น เพื่อนที่โรงเรียน เพื่อนบ้าน ครู สังเกตเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติไป ไม่ทำหรือไม่สามารถทำในสิ่งที่เคยทำได้ เช่น ขึ้นรถติดคัน ลืมสแกนลายนิ้วมือก่อนเข้าเรียน ไม่เข้าห้องเรียนตามปกติ ไม่นำผักมาขาย จึงนำมาบอกผู้ดูแลหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ทำให้ครอบครัวรวมถึงผู้ดูแลหลักได้รับรู้ถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

“...เขาก็บอกแม่ว่า นาง (หนู) ขึ้นรถติดแม่ ดินะที่เพื่อนดึงขึ้นรถ ไม่รู้เป็นอะไร ไม่รู้ว่าวันนี้เป็นอะไร พอตอนสาย คุณครูก็ส่งมาว่าไม่ได้สแกนลายมือโรงเรียน วันอื่นเขาก็สแกนลายมือ แต่ทำไมวันนี้ลูกไม่ได้สแกนลายมือ...เพื่อนเขาพากันมาหา เขาเล่าว่าลูกสาวไม่เข้าห้องเรียน แล้วไม่รู้ลูกไปหลบอยู่ที่ไหนด้วย แล้วก็หาไม่เจอไม่รู้จะไปอยู่ไหน...เป็นอะไรน้อ (ID2T1)

“...เป็นปวดหัวแล้วก็ไม่อยากทำงาน เอาแต่นอนทั้งวันทั้งคืนไม่อยากทำอะไร ข้าวปลาไม่อยากจะกิน ซิม แม่ก็สังเกตมาเรื่อยๆ ลักเดือนสองเดือน แม่ก็เลยพามาที่นี่ละ มาเจาะเลือดหมอก็บอกว่าผลเลือดดินะ เป็นโรคเครียดหมอบอก...” (ID1T1)

“เคยไปเก็บผักเอาผักออกไปขาย บ้านเราทำสวนผักไง ปกติแกจะเอาผักออกมาขาย แล้วทีนี้คนขายผักมาบอกว่าแกไม่เอาผักไปขายแล้ว” (ID7T1)

“... แล้วก็มีการเริ่มแรกคือสงสัย แต่งตัวช้า ไปโรงเรียนครูก็ส่งมาบ้าน ครูบอกว่าปวดหัว แต่ที่นั่นมันไม่ได้สงสัยไง” (ID11T1)

1.1.2 จากผู้ดูแลสังเกตเห็น

นอกจากนี้บุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่ เริ่มสังเกตเห็นอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของผู้ป่วย ได้แก่ พูดจาไม่รู้เรื่อง ช้า ๆ วกวน หงุดหงิด มือสั่น ตาลอย ไม่ยอมนอน เดินตลอดเวลา เดินออกจากบ้าน เร็วแรงมากกว่าปกติ จำคนที่เคยรู้จักหรือจำพ่อแม่ไม่ได้ จำบ้านและจำทางกลับบ้านไม่ได้ ไม่กล้าตัดสินใจขณะขับรถทั้งที่เดิมตัดสินใจได้ คิดว่ามีคนคอยกลั่นแกล้ง หูแว่วมีคนมาพูดคุยด้วย และประสาทหลอน เป็นต้น

“...เขาเริ่มมีอาการที่แบบว่า ทำไมเสื้อผ้าไม่ถอดลูก นาง (หนู) จะไปทำการบ้านบ้านเพื่อน เสื้อผ้าไม่ถอด สะพายกระเป๋าแล้วเดินออกไป เราก็อ๊ะ! ลูกเราเป็นไรน้ำ ผิดสังเกต พอเริ่มวันใหม่ จำพ่อแม่ไม่ได้แล้ว ตรงกับเสาร์-อาทิตย์ เป็นอะไรลูกเราเนี่ย เริ่มกลัวพ่อกลัวแม่ จำไม่ได้ แล้ววิ่ง จะวิ่งอย่างเดียว จะไปอย่างเดียว จับก็ไม่อยู่ แรงก็เยอะ...” (ID2T1)

“...ครั้งแรกก็มีการ ครั้งแรกเขามีอาการเริ่มต้นก็ไป มันมีอาการแบบว่ามันหงุดหงิด พ่อโทรบอกให้ขับรถมารับพ่อที่ตัวอำเภอ เขาบอกว่าจำบ้าน (ซ้ำ) จำทางกลับบ้านไม่ถูก จะมีอาการ ขับรถก็ออกอาการ เราสังเกต พอพ่อกลับไปหาเวลาเขาจะขับรถ ไรที่พ่อจะแข่งเขาก็ไม่แข่งพอจะเสียได้ เขาก็ไม่ ไม่กล้าตัดสินใจ...แล้วก็มีหูแว่ว ถึงญาติเขาที่เสียชีวิตไปแล้วมาพูดใส่หูเขา...” (ID3T1)

“...ตอนแรก ๆ เลยเหมือนว่าเธอจำใครไม่ได้ บางทีนะหมอ บางทีเธอนะเหมือนมีใครพูดอยู่ในหูเธอนะหมอ เหมือนไม่รู้จำแม่ตัวเอง มึงมาหาใคร แบบนี้นะหมอก็เลยมองว่ามันไม่ใช่ตา ก็ตาลอยมันไม่ใช่ลูกเรา แม่ก็สังเกตลูกตัวเองผิดสังเกตเนาะ” (ID10T1)

“...ก็มันเดินทั้งวัน เดิน กลางคืนมันก็เปิดประตูบ้านเดิน คุณหมอมันเดินแต่ที่บ้านไม่นอน เห็นผ้าเห็นอะไรมันก็เซ็ดยาย เอาผ้าเซ็ดพื้นมากระทุ้งยาย ด่ายาย (หัวเราะเจื่อน ๆ)...” (ID8T1)

“...นี่กว่าที่แรกผมนึกว่าเมาก็ให้อยู่ห้องก็ไม่นอน เขาจะพูดซ้ำครับ...พูดจนจบ แล้วก็กลับมาซ้ำประโยคเดิม...เป็นประมาณ 3 วัน ก็เลยโทรมาบอกที่บ้านว่าไม่ไหวแล้ว ให้อากลับมาบ้าน” (ID6T1)

“...นอนไม่หลับ แกจะเดินออกจากบ้านท่าเดียว เดี่ยวแกก็ตื่นเดี่ยวแกก็ตื่น มีแต่จะออกไปข้างนอก ช่วงที่ป่วยคือแรงแกเยอะ แกจะออกจากบ้านอย่างเดียว...” (ID7T1)

“...มาอยู่กับแม่แค่เดือนกว่า ๆ ก็ออกอาการ พาไปทำงานก็ยิ้มอย่างเดียว นั่งกินข้าวก็ยิ้ม (ซ้ำ) ที่แรกก็ไม่รู้พาไปไหนก็พามาที่นี่แหละ เพราะนี่เขาไม่ได้เป็นบ้ามาตั้งแต่กำเนิดใช่ไหมล่ะ...ตอนบวชเป็นพระก็เหมือนมีใครมาพูดอยู่ข้างหู เห็นผีมึงอะไรมึงก็เลยให้ลื...แม่ไปทำงานที่ในตัวอำเภอ ไปเช่าห้องอยู่ที่นั่น เดินตั้งแต่อำเภอมาที่บ้านมาที่ตำบลเนี่ย แล้วเขาเอาโทรศัพท์ซ่อนไว้ที่ไหนก็ไม่รู้ กลัวแม่โทรตาม...แม่ก็โทรศัพท์ให้พ่อเลี้ยงเขานะพามา ปะเลื้อ (โน้มหน้า) ให้พามาที่บ้านเช่าใหม่ แล้วแม่จะพามาหาหมอไง ปะเลื้อ (หวานล่อม) ...ทีนี้ก็พามากินยาที่ดี ดีมาตั้งแต่นั้น แรก ๆ นะเริ่มแรก” (ID4T1)

“...เป็นเพราะอาการคือกำเริบมาก...เขามีแต่จะฆ่าตัวตาย อยากตายอย่างเดียว บางทีก็ใช้ขวดทุบหัวมึง ใช้ทอนฟันทุบหัวมึง ไม่แรง ทำท่าเหมือนจะตีนะ แต่ดีไม่แรง ถ้าเกิดว่าเห็นขวดน้ำอะไรอยู่ตามข้างทางเขาก็จะไปหยิบมากินมาดื่ม ต้องคอยบอก เพราะผลไม่ได้เลย...” (ID11T1)

“...ลักษณะคือเขาเป็นโรคหาวจรแหวงมาตั้งแต่เด็ก ๆ หลงผิด ทีนี้ช่วงที่เขาดูรูปถ่าย คือไม่ใช่ตัวเขาความคิดของเขาจะคิดว่าแม่เป็นหัวหน้าคนให้มากลั่นแกล้งเขา แล้วเวลาเขาไปทำงานมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน เขาก็โทรมาหาแม่นะ บอกแม่! บอกให้มันหยุดสิ!! เนี่ยมันแกล้งฉัน! เนี่ย! ไม่ว่าเขาจะไปทำงานที่ไหน แม่คอยตามไปแกล้ง ...ตอนที่เขามีอาการ เขามาอาละวาด เขาบอกว่าถ้าแม่ไม่บอกว่าเขาเป็นลูกใครเขาจะมาเลี้ยงให้มาอยู่ยากจนอย่างนี้ ถ้าไม่บอกเขาจะเผาบ้านเขาเอาน้ำมันมาราด ราดจะเผา ทีนี้เราก็งงหนีใช่ไหม ทีนี้เจ้าของบ้านเขาก็เลยว่ถ้าเป็นอย่างนี้แกอยู่ไม่ได้หรอกxxx ไม่ต้องไปเช่าที่อยู่ใหม่ นะกลับบ้านไปเลย เจ้าของบ้านก็บอกอย่างนี้กลับบ้านไปเลย กลับยังงั้นละมันปิดประตูห้องไว้

ตลอดเวลา แก่ก็บอกให้ทำที่ไปขายของแล้วก็เก็บของหนักกลับไปที่บ้านที่ต่างจังหวัดเลย...” (ID5T1)

1.2 แสวงหาการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

ผู้ดูแลหลักหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเมื่อรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติไป โดยมีอาการมาก เช่น เอะอะไว้วาย อาละวาด จนผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดไม่สามารถจัดการได้ หรือนิ่งเงียบ เฉยเมยจนผิดสังเกตจึงได้นำผู้ป่วยไปรับการรักษา ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีประสบการณ์พาผู้ป่วยไปรับการรักษา อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลายสถานที่ก่อนที่จะมารับการรักษาประจำที่โรงพยาบาลจิตเวชฯ ดังคำกล่าวของผู้ดูแลรายหนึ่ง “พ่อทำทุกอย่าง หมอมีที่ที่ก็มา ยอมทำเพื่อลูก...ก็ไปเรื่อย ๆ ...” (ID3T1) เพื่อแสวงหาสถานบริการที่มีความเหมาะสมกับทั้งผู้ป่วยและญาติ เหมาะสมกับผู้ป่วยคือเมื่อรับการรักษา รวมทั้งรับประทานยาแล้ว อาการผิดปกติทุเลาลง จนเกือบจะปกติ ไม่มีอาการข้างเคียงของยา เช่น น้ำลายไหล ลิ้นแข็ง หรือง่วงนอนมาก เป็นต้น ส่วนความเหมาะสมกับผู้ดูแลคือเป็นสถานบริการที่ใกล้เคียงกับที่พัก สะดวกในการไปรับยา ดังคำพูด

“ก็เคยย้ายไปกิน (ยา) โรงพยาบาลชุมชนxxx มันก็ไม่ดีขึ้น พ่อทำทุกอย่าง หมอมีที่ที่ อยู่ฝั่งโคราชได้สะพานสูงก็มา ยอมทำเพื่อลูก สุดท้ายไปโรงพยาบาลชุมชน xxx ยาหมอนั้นเขาบอกว่ามันแรงเกินไป ก็เลยมาบอกหมอที่นี่ หมอที่นี่เขาก็เก่งนะ เขาบอกว่าใช้ยามันดึกกันมากไปรีเปลา่ ตอนเขาเดินเขาเกร็ง” (ID3T1)

การรักษาที่พาผู้ป่วยไปรับบริการตั้งแต่ระยะแรกประกอบด้วย (1.2.1) การรักษาทางด้านไสยศาสตร์สิ่งเหนือธรรมชาติหรือตามความเชื่อทางศาสนา และ (1.2.2) การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ด้วยการตรวจร่างกาย การเจาะเลือด การส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย เช่น การทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การเจาะน้ำไขสันหลังส่งตรวจ การตรวจพิเศษทางจิตเวชต่างๆ และที่คลินิกเอกชนใกล้บ้านจนมาถึงโรงพยาบาลจิตเวชฯ ทั้งนี้เป็นไปตามความเชื่อพื้นฐานของสาเหตุการเกิดโรค ผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยไปรับการรักษาด้วยแพทย์ที่โรงพยาบาล เชื่อว่าอาการผิดปกติของผู้ป่วยเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่ต้องกินยา เกิดจากความแปรปรวนของผู้ป่วย ประกอบกับได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่ตึงเครียด ส่วนผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยไปรับการรักษาด้วยสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น ไปรักษากับพระ รดน้ำมนต์ ทำบุญ เพราะมีความเชื่อว่าผู้ป่วยอาจไปล่วงเกินสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น ถูกเจ้าที่เจ้าทางลมหัพทลมหเพ หรือจากกรรมเก่า เป็นต้น

1.2.1 การรักษาทางด้านไสยศาสตร์

ผู้ดูแลและครอบครัวส่วนหนึ่งพาผู้ป่วยไปรับการรักษาทางไสยศาสตร์ร่วมด้วย โดยเฉพาะระยะแรก เนื่องจากมีความเชื่อว่าสาเหตุความเจ็บป่วยส่วนหนึ่งมาจากกรรมของผู้ป่วย หรือไปล่วงเกินสิ่งเหนือธรรมชาติ โดยการไปหาพระรดน้ำมนต์ หรือแก้กรรมตามที่หมอทางไสยศาสตร์ได้แนะนำให้ปฏิบัติ ประกอบกับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันบางรายอาการไม่ได้ดีขึ้นทันที ทำให้ญาติกังวล จึงแสวงหาการรักษาที่คาดหวังจะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นทุกวิถีทาง รวมถึงทางไสยศาสตร์ นอกจากนี้ยังปรึกษาหมอดูตามความเชื่อเรื่องดวงเพื่อหาสาเหตุของการเจ็บป่วยและการแก้ไขตามคำบอกเล่าดังนี้

“ไสยศาสตร์ก็ส่วนหนึ่งเนาะ ก็คิดว่าเราไม่ลบลหู่ เพราะว่าเราก็งงไปหาเขา คิดว่าเรื่องจิตใจมากกว่าลูกเรา ลูกเราเขาอ่อนไหวมั่งเลยเป็น คิดว่าไปในทางนี้... ตอนนั้นคิดว่าลูกคนเขาอาจจะเข้มแข็ง จิตใจเขาเข้มแข็งไม่เหมือนลูกเรา ลูกเราเขาอ่อนไหวมั่งเลยเป็น คิดไปในทางนี้” (ID2T1)

“ไปทางไสยศาสตร์เป็นลับดาห์ ลูกไม่กินข้าวไม่กินน้ำ หน้าเหลืองทำอะไรไม่ถูก แก้กี้แล้ว ไปทางหมอให้เขาดูว่าลูกถูกอะไรไหม จะแก้ แก้กตามหมดทุกอย่าง แต่ก็ไม่ถึงกับทำร้ายลูก...ก็ไปตลอด ไปทุกทางที่เขาเล่าว่าดีจะภาวนา ทุกอย่าง ไปบนคุณย่า (ท้าวสุรนารี) ก็ไป บอกตรง ๆ บนคุณย่า...” (ID2T1)

“ก็คิดว่าทำไง ก็คิดว่าเป็นอะไร เกี่ยวกับอะไร ทำไม่ถึงเป็นอย่างนี้ เป็นอยู่นาน ทีนี้ก็ไม่รู้ว่าไปเดินถูกเจ้าที่เจ้าทางอะไร คนแก่เขาบอก ลองไปหาพระดูอะไรดู เขาก็บอกว่า ถูกเจ้าที่เจ้าทางลมเพลมพัด...จนทุกวันนี้ทำงานได้เหมือนเดิม” (ID7T1)

“...เพราะว่าแม่ก็เคยไปดูหมอมานะ ไซ้หม้อ หมอเขาบอกว่าเออ...ดวงลูกเป็นอะไรมั่ง ยังไงมั่ง ลูกเป็นยังไง อยู่กับลูกแม่ต้องมีความหนักแน่นนะ แม่ต้องให้สติลูกนะ ก็ฟังหมอฟังดวงทุกอย่าง เวลามันเป็นขึ้นมา ฟังทางไหนที่ใครเขาว่าดีก็ไปอะไร อย่างนี้...” (ID5T2)

“ตอนนั้นแม่ก็รู้สึกแปลก ๆ โทรมไปก็ไม่อยากรับสายแม่ก็เป็นกังวล ไม่รู้ว่าเป็นเพราะอะไร แม่ไปดูดวงว่ามีคนทำเขาอะ มีผู้หญิงเอายาอะไรให้กิน เป็นคนไทย

นี่ละ เขาหลอก เขาต้มเอา เอาอะไรใส่กาแฟให้กิน เขาก็เลยปวดหัว ปวดหัว ทำให้ไม่สบายหรือเขาจะทำให้ตายเหอ...แม่อีกี่สังเกตมาเรื่อย ๆ ลักเดือนสองเดือน...ไม่พูด แม่ไม่ถามก็ไม่ตอบ ไม่พูดเลย” (ID1T1)

“คงเป็นกรรมของเขา เป็นทางนั้นเนาะ เขาก็ มันก็ต้องดูแลโปรดน้ำมันตีไปทำอะไรก็ไปทำหมดละ เขาก็สบายใจก็พาไป.” (ID3T1)

1.2.2 การรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน

เมื่อพบอาการผิดปกติของผู้ป่วย ผู้ดูแลแสวงหาคำปรึกษาผู้ป่วยหลากหลายวิธี และหลายที่ตามความเชื่อที่อยากให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ จากประสบการณ์ที่เคยพบผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตและไม่อยากให้ผู้ป่วยมีอาการเช่นนั้นจึงรีบพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไม่ปล่อยผู้ป่วยทิ้งไว้ให้อาการแย่งลง อีกทั้งยังปรึกษาเพื่อนบ้านเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพื่อขอคำแนะนำ อีกทั้งยังปรึกษาแพทย์ที่คลินิกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและหาทางนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษานอกจากนี้ยังเชื่อว่าจะเกิดจากความเปราะบางของผู้ป่วยซึ่งมาจากการเลี้ยงดูในวัยเด็กแบบประคบประหงม เอาอกเอาใจ และคาดหวังในตัวผู้ป่วยสูงเนื่องจากอยากให้มีความดีที่ดียิ่งคอยกระตุ้นผู้ป่วยทุกเรื่อง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเก็บกดและไม่เป็นอิสระในการคิด เมื่อพบกับสถานการณ์ที่ตีเครียดจึงไม่สามารถที่จะเผชิญได้จนกระทั่งป่วยทางจิต ซึ่งการเข้ารับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกาย การตรวจเลือด การเจาะน้ำไขสันหลังส่งตรวจ การเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อตรวจหาสาเหตุของความผิดปกติ รวมถึงการตรวจสภาพทางจิต โดยผู้ดูแลจะเลือกสถานบริการตามความเหมาะสมและสะดวกต่อการเดินทาง ตั้งแต่โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ/โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ/โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด เมื่อผู้ป่วยพฤติกรรมหรืออาการทางจิตที่ต้องได้รับการส่งต่อตามสิทธิ์การรักษา หรือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชฯ โดยตรง ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“...ตอนนั้นเข้าโรงพยาบาลชุมชนxxx อยู่ 9 วัน หมอก็แนะนำให้พามาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดเลยอยู่ 3 วัน ไปวันแรกก็เจาะไขสันหลัง แต่ก็ไม่พบอะไร เอ็กซเรย์ก็ไม่เจออะไร หมอก็ให้กลับบ้าน ไปรับยา แต่อาการก็ยังไม่ดีขึ้นในทันที เลยเปลี่ยนมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชฯ แทน ก็สะดวกมาที่นี้แค่ครึ่งวันก็ได้กลับบ้านแล้ว...” (ID11T1)

“...ที่บ้านเขามีคนเป็นเหมือนกันแหละในหมู่บ้าน ไม่ใช่ในครอบครัว ในหมู่บ้าน เขาก็มาที่นี้แหละ เหมือนกัน แต่ที่นี้เขาหยุดยา นั้นเขาก็ไม่ได้อาละวาดหรอก อยู่แต่ในบ้านในช่วงนั้น เมื่อก่อนหน้านั้นเขาเป็นหนักกว่าน้องใจ น้องนี้ยังว่าถ้า ปล่อยไว้เหมือนคนนั้น เหมือนคนที่หมู่บ้านก็ เดิน ตอนเช้าก็เดินอ่อนเลย ไม่ไหว อีกคนก็นั่งอยู่แต่ในบ้าน ในหมู่บ้านใกล้เคียงนะ” (ID11T1)

“...เพราะว่าที่บ้านมีหลายคนที่เป็นอย่างนี้ เป็นแบบนี้ที่อยู่ในหมู่บ้านมี เป็น ผู้หญิง 2-3 คนเป็นเพราะว่าเห็นผู้หญิงที่บ้านเป็น แล้วเขาทิ้งช่วงเหมือนกับไม่ มาหาหมอ อะไรสักอย่าง...” (ID6T1)

“...เพราะบางคนเราเห็นลูกเขาเป็นแล้วก็เห็นรับอะไรหลายๆ อย่าง ทำร้ายคน นั้นทำร้ายคนนี้ ทำร้ายคนในครอบครัวอะไรอย่างนี้” (ID5T2)

“...พอกลับมาบ้านก็ไม่พูด เอาแต่นอนทั้งวันทั้งคืน ข้าวปลาไม่ยอมกิน ซึม แม่ก็ ลังเกตมาเรื่อย ๆ ลักเดือนสองเดือน ไม่พูด แม่ไม่ถามก็ไม่ตอบ ไม่พูดเลย แม่ เห็นอาการผิดปกติก็พามาโรงพยาบาล พามาที่นี้ละ มาเจาะเลือด หมอก็บอก ว่าผลเลือดดีนะ เป็นโรคเครียดหมอบอก...ไม่มีใครแนะนำมาที่นี้ มาเอง ก็มาหา หมอก็บอกประวัติหมอบอก ก็ติดต่อกับหมอมานตลอด หมอบอกว่าถ้าดีขึ้นแล้วให้ไป รับยาเดิม นี้ก็รับมา 3-4 เดือนแล้ว...” (ID1T1, ID1T2)

“...ตัดสินใจไปโรงพยาบาลชุมชนxxx แล้วลูกก็มีอาการมากขึ้นด้วยโยนของโยน อะไรแบบอาละวาด เขาก็ให้นอนพักสักคืน เขาเริ่มกลางดึกเขาไม่ยอมนอน...จับ มือเขาตลอดว่าลูกเราต้องหายต้องหาย ต้องคิดอย่างนี้ พอตอนเช้าหมอบอกว่า จะส่งมาโรงพยาบาลมหาราชฯ หมอก็กลัวเนาะ หมอจะเอาไว้มัยน้อ หมอก็พูด หลายอย่างว่าจะเอ็กซ์เรย์ด้านสมอง แต่ก็ไม่เจออะไรนะคุณหมอ ก็เลยได้กลับบ้าน แต่เขาก็ไม่หายฉีดยาหลับมาจนกระทั่งถึงโรงพยาบาลมหาราชฯ ตื่นมาเขาก็จะมองหน้าคุณ ๆ หน้าแม่กับพ่อ แต่เขาเหมือนยังไม่สนิท ... ที่โรงพยาบาล มหาราชฯ ก็มีจิตเวชหลายอย่างเหมือนกัน แต่ไม่รู้ว่าเขาตามขั้นตอนมันนาน มากเลย มาตรวจเขานอนเกือบ 70 วันเลยคุณหมอ กลับมารอบสองจนเขาปอด ติดเชื้อ ไอโรคที่เขาไม่ได้รักษา ปอดติดเชื้อ ผลกดทับ เดินไม่ได้ 70 วัน กลับไปโรงพยาบาลชุมชนxxx อีก 15 วันเขาส่งกลับไปพัก...หมอบอกว่าจะขอ

ตรวจทุกอย่าง จะเจาะไขสันหลังถ้าหาอะไรไม่เจอ ก็เอาเรามาดึงหมอนแล้วเนาะ หมอบอกว่าตรวจอะไรก็ไม่เจอ หาอะไรก็ไม่เจอ ในสมองก็ไม่เจออะไร ได้ผลหมดทุกอย่าง ปกติทุกอย่าง...” (ID2T1)

“หมอบอกว่าเป็นอาการทางจิต ก็เลยหมอนแนะนำว่าให้กินยาต่อเนื่อง ห้ามขาด ยา...ผู้ช่วยจิตเวช บางคนเขาก็ว่าไปเป็นโรคบ้า” (ID11T1)

“รับยาที่นี่ (รพ.จิตเวชฯ) ลักพักหนึ่งก็กลับไปรับยาต่อที่ โรงพยาบาลชุมชนxxx หมอบอกว่ายามีเหมือนกัน แต่ว่าคนละบริษัท จะไปรับยาที่ใกล้บ้านก็ได้ ก็ตัดสินใจไป รับประมาณ 7-8 เดือน อาการไม่ค่อยดี อยากฆ่าตัวตายอีก ใครพูดเล่น หยอกล้ออะไรก็ไม่ได้จริงจังทุกอย่าง เป็นอย่างนี้ไม่ไหว เลยกลับมารับยาที่เดิม รพ.จิตเวชฯ ยังไงก็ไม่ขอกลับไปรับยาต่อที่บ้าน เดือนละครึ่งก็จะมารับที่นี่ก็จะมา” (ID11T1)

“เมื่อก่อนจะป่วย มันแต่งงานมีลูกคนนึง มันก็กระทบกระแทกเรื่องความรักมัน แหละคุณหมอน ฉันทันนี้ บอกตรง ๆ มีแต่คุณยายนี้แหละดู (น้ำตานอง น้ำเสียงลั่น ก้มหน้าชายเสื้อซับน้ำตา) เลิกกันมีลูกด้วยกัน 1 คน โตแล้ว... มันก็เดินทั้งวัน จะเดินออกจากบ้านอย่างเดียว ก็เลยปรึกษาคุณหมอนที่เขาทำงานที่นี่ (รพ.จิตเวชฯ) เขาอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน คุณหมอบอกให้พามารักษาที่นี่ มาถึงก็ให้บอกพยาบาลเลยว่าหมอบอกให้พามา” (ID8T1)

“...อาจจะบ่นลูกมากไป เขาปรับไม่ทันเรากระตุ้นเขาเร็วไปรีเปลาตอนนั้น...อยู่ที่จิตใจเขามากกว่า จิตใจเขาอ่อนไหวง่าย ใครพูดอะไรเขาอาจจะเก็บมาคิดมาคิด มันอึดอัดนานจนแตกเลยไปเลย... ก็คิดย้อนกลับไป เราประคบประหงมเขามา เกินไปรีเปลา โตมาเขาทำอะไรไม่ค่อยเป็น ลูกคนแรกด้วยก็เห่อ เริ่มจากจุดแรก เราสอนลูกมาไม่ให้หยิบจับอะไรตอนเล็กๆ ให้แต่จับอาบน้ำ อาบน้ำเสร็จก็เอาขวดนมให้ แล้วเขาจะเอาอะไรก็ให้เขาหมดไม่ให้เขาทำ เพื่อนเขาก็ไม่ค่อยออกไปเล่นไหนอยู่แต่ในบ้านตอนเล็ก ๆ” (ID2T1)

“...แม่เห็นอาการผิดปกติก็เลยพามาโรงพยาบาล พามาที่นี่ละ มาเจาะเลือด หมอก็บอกว่าผลเลือดดีนะ เป็นโรคเครียดหมอบอก...ไม่มีใครแนะนำที่นี่ มาเอง

จ๊ะ ก็เลยก็มาหาหมอก็ก๊อบกประวัติหมอก ก็ติดต่อกับหมอมาทลอด หมอบอกว่า ถ้าดีขึ้นแล้วให้ไปรับยาเดิม นี่ก็รับมา 3-4 เดือนแล้ว...” (ID1T1, ID1T2)

“แม่อีกี่สัปดาห์เองผิดสังเกตเนาะ แม่อีกี่ปรึกษาเพื่อนเพื่อนก็เลยบอกแนะนำ งั้นก็ไปคลินิกไม่ต้องไปโรง’บาล มันจะได้ไวดี ตอนที่แรกเธอก็ไม่ยอมมา พอกับ แม่อีกี่เลยมาหาหมอก่อน หมอก็กี่เลยบอกว่าทำยังไงก็ได้ให้คนไข้มา เป็นเดือน แผลหมอกทำไม่ลูกตัวเองถึงเป็นแบบนี้ เหมือนไม่รู้จักแม่ตัวเอง มีงมหาใคร! พุดแบบนี้หมอก ก็เลยมองว่ามันไม่ใช่ ตาก็ตาลอยมันไม่ใช่ลูกเรา ก็เลยปรึกษากันกับพ่อเขา ก็เลยจ้างทหารพามา แม่อีกี่จ้างคนรู้จักนี่แหละ แต่ไม่ให้เธอรู้อีกว่า ไปรู้จักกันจ้างเขา มา ให้พามาหาหมอกxxx จ๊ะ พอมาคุยกับหมอกถึงยอมกินยา รับยากับหมอกxxx เป็นปีนะคะหมอกถึงได้มานี่ เพราะว่าเธอเกณฑ์ทหาร ที่นี้พ่อเกณฑ์ทหารหมอกก็เลยแนะนำให้พามาโรงพยาบาลจิตเวชฯ ก็เลยพามาที่โรง’บาลจิตเวชฯ เพราะว่าเกณฑ์ทหารคือว่าเราต้องเอาไปรับรองแพทย์ไปยื่น ก็เลยต้องมาโรง’บาลจิตเวชฯ พอมาโรง’บาลจิตเวชฯ แล้วหมอกxxx บอกว่าไม่ต้องไปหาหมอกที่คลินิกแล้วให้มารักษาต่อเรื่องนี้ ให้มานี่เลย” (ID10T1)

“...แม่อัด दिलใจพามาที่นี้เลย ไม่ได้เอาไปที่อื่นเลย เครียดเพราะว่าเป็นโรคเครียด แม่อีกี่เลยพามา พามาที่นี้เลย ก็เครียดนี้ละแม่ว่าไม่น่ามีอะไรนะ แม่อีกี่ได้มีความเชื่อเรื่องทางไสยศาสตร์เขาเป็นโรคเครียดนี้ละ ถึงตัด दिलใจพามาที่นี้ ตอนนี่ก็สบายใจแล้วแม่อีกี่เข้าใจ ถ้าไม่มารับยาแม่อีกี่มาให้ เขาก็ถามแม่อีกี่จะไปยังไง แม่อีกี่มารอตุ้ ลูกก็เกียจมานั่งรอ...” (ID1T1)

“เราคอยดูว่าเขาจะคลุ้มคลั่งทำร้ายพ่อแม่รีเปลา...อยากให้ลูกหายจากโรคระวาง คือระวางกลัวแต่แม่ มีคนมาฆ่า มีคนมาทำ มีคนมาแกล้งแม่ ที่นี้คนรู้จักที่คนมาเหล่าแล้วบ่าบอกพี่xxx ลองไปโรงพยาบาลจิตเวชฯ ดูลี ยาเขากินดีนะมี คนแนะนำมา...บอกลูกไปหาหมอกไปกินยามันก็อาจจะดีขึ้นนะลูกพอคิดอย่างนี้ ไข่มีัย การกินยาจิตเวชไม่ใช่บ่าลูก คนกินยาจิตเวชบางที่มันเครียดจัด บางที่เอายามากินมันคงจะคลายเครียดได้นะลูก ไม่ใช่จะบ่า ไม่ใช่บ่าไม่ใช่ฆ่าคน แก้วผ้า โทงเทงเดินบ่าเดินบอ กลุ่มที่นี้ กลุ่มไปกลุ่มมา ก็เลยยอมไปโรงพยาบาลจิตเวช” (ID5T1, ID5T2)

“...พาไปโรงพยาบาลมารักษา ก่อน แล้วโรงพยาบาลมารักษาที่ส่งมาที่นี่ ส่งมาที่ หมอก็เลย หมอก็เลยบอกว่าตรวจ ให้นอนอยู่โรงพยาบาล เขาก็ถามว่า เลยว่าให้นอนครับ ก็นอนอยู่ประมาณอาทิตย์นึง บอกว่าเป็นแบบคนใช้นอนไม่หลับนอนไม่พอหรืออะไรอย่างนี้เกี่ยวกับหมอเขาก็ดีขึ้นหน่อย ๆ ไม่ค่อยเท่าไร ก็เลยตัดสินใจปรึกษาหมอใหม่ ปรึกษาหมอใหม่ว่ามียาที่เราต้องซื้อนอกจากนั้นมัย ก็บอกว่ามี เราก็เลยบอก หมอบอกว่าจะเริ่มต้นจ่ายยาตัวนี้เป็นวันต่อไป พอกินยาตัวนั้นได้ 3 วันดีขึ้นเป็นปกติ จนทุกวันนี้ทำงานได้เหมือนเดิม” (ID7T1)

“หมอบอกว่าเป็นอาการทางจิตก็เลยหมอแนะนำว่าให้กินยาต่อเนื่อง ห้ามขาดยา... เป็นผู้ป่วยทางจิตเฉยๆ มันก็มีโอกาสที่จะหาย” (ID11T1)

“...คนแถวบ้านเขาก็เล่าให้ฟังเนาะว่าคนที่บ้านเคยเป็น ว่ามันมีอย่างนี้หายที่โรงพยาบาลจิตเวชฯ ก็คิดอยู่นาน มาถึงไหนไม่รู้พ่อเขาก็ให้กลับบ้านทำใจไม่ได้ว่าจะเป็นอย่างนั้น คนแถวบ้านเขาจะพูดว่ามานี้เหมือนคนเป็นบ้า พ่อไม่เคยมาเห็นไม่เคยอะไรแต่แถวบ้านจะเล่าว่าไม่ใช่!! ไม่ใช่โรงพยาบาลบ้า เป็นโรงพยาบาลที่กินยา คนไหนเครียดก็มาหายากิน มันก็เลยเอาก็เอาลองดู พามาครั้งแรก ๆ ก็อาทิตย์แรกก็ยังไม่รู้อาการนะหมอ มาโรงพยาบาลครั้งแรกไม่ได้นอนเลยคะ ให้เอายาไปกินที่บ้านก็ดูแลเขาที่บ้านหมอบอกว่าสารเคมีในสมองไม่ปกติ หมอบอกแค่นี้...” (ID2T1)

2. การทำใจยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น

ผู้ดูแลมีประสบการณ์ (2.1) เกิดความทุกข์หรือมีความรู้สึกทางลบที่หลากหลายถ้าโถมเข้ามาในชีวิตช่วงที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงต้อง (2.2) มีการปรับความคิดและจิตใจของตนเองให้ยอมรับกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2.1 หลากหลายความทุกข์ถ้าโถมเข้ามาในชีวิต

ผู้ดูแลหลักเกิดความทุกข์หรือความคิด ความรู้สึกเชิงลบหลายประการระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ รู้สึกผิด เสียใจที่ทำให้ลูกป่วย เสียใจที่ลูกป่วยแล้วจำพ่อแม่ตนเองไม่ได้ ดูแลตนเองไม่ได้ กังวลเป็นห่วงอนาคตลูก ผิดหวังที่ต้องมาดูแลลูกป่วยแทนที่ลูกจะดูแลตนเอง รู้สึกเครียด นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย ท้อง่าย ฟุ้งซ่าน โดยเฉพาะช่วงที่ต้องดูแลลูกอย่างใกล้ชิดช่วงที่มีอาการ เหนื่อยกาย เหนื่อยใจที่ต้องทำมาหากินและดูแลลูกด้วย หดหู่ น้อยใจที่ผู้ป่วยถูกเรียก “บ้า” เป็นต้น ต้องระบายออกด้วยการร้องไห้ ทั้งยังกลัวว่าคนภายนอกจะมองว่าในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเภท การมารับการรักษาที่

โรงพยาบาลจิตเวชใครก็เรียกบ้า หลายสิ่งอย่างที่คุณต้องเผชิญทั้งสังคม สิ่งแวดล้อม ทั้งความรู้สึกภายในของตนเอง ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

“...ไม่คิดว่าจะเกิดกับครอบครัวตัวเอง มันบุงบับไม่มีอะไรบอกล่วงหน้า จนเหมือนว่าเราที่ผ่านมามีเหมือนเหตุการณ์ยังคงวนเวียน...แม่ไปเฝ้าเขาก็ไม่รู้จักสายตาเขามองเราเหมือนคนแปลกหน้า แม่จับมือเขา เขาก็สะบัดเขาไม่รู้จักแม่เลย ก็นึกเสียใจมากเลย จับมือเขาตลอดว่าลูกเราต้องหาย ๆ ๆ ...แต่มาเป็นช่วงหลังของตัวเองนี่แหละพอลูกกลับมาดี แม่ก็นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย ท้องง่าย เอ้า! เราจะเป็นอะไรมัยนี้ ก็หลับบ้างไม่หลับบ้าง...เดี๋ยวนี้กลับเป็นตรงกันข้ามเวลาเหนื่อยลูกจะคอยถาม แม่บอกไม่รู้แม่เป็นอะไร ไม่ใช่เหนื่อยกายนะ บางทีก็เหนื่อยในนี้ (มีอวาทาบบริเวณอก)..” (ID2T1)

“... ตอนที่รู้ว่าลูกป่วยนอนไม่เป็นหลับเป็นตื่น คอยดูแลไม่ได้แล้วให้ใครฟังสักคน เก็บไว้คนเดียวไม่อยากให้ลูกเป็นกังวล...คิดสงสารเขา อยากให้เขาเป็นปกติ...รู้สึกแปลกๆ อยู่ บางทีก็ทำใจได้ บางทีก็ทำใจไม่ได้แบบนี้มันบอกไม่ถูก เห็นเขาเป็นอย่างนั้นอย่างนี้แม่สงสารเขา แม่ก็เมื่อก็ แม่ก็อกร้องให้ไม่ได้สงสารเขา แต่แม่ไม่ได้คุยกับใคร ตัวเขาก็ไม่เห็น ไม่อยากให้เขาไม่สบายใจ แต่ระบายออกมาคนเดียว เขามาพูดด้วยแม่ก็พูดตามปกติ” (ID1T1)

“เหนื่อย! เหนื่อยกาย! เหนื่อยใจ! เหนื่อยในการทำมาหากินของเรา เพราะว่าอายุมากก็หวังพึ่งลูกใช่ไหม อันนี้เรายังมาดูแลลูกอีกอย่างนี้ บางทีคิดมากก็เหนื่อยเหมือนกัน” (ID5T2)

“โอ! หนักเหมือนกันกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บางทีก็มีเหมือนกัน บางทีเราก็น้อยใจ อย่างว่าเนาะ ลูกเนาะ ก็มีความซีเรียสบ้าง ไม่ได้ตั้งใจพ่อก็มีบ้าง แต่มันก็ไม่มีประโยชน์อะไรพอดิอย่างนั้น...บางทีก็คืดน้อยใจ บางทีก็...ลักษณะของลูกคนดี ๆ ต้องมาเป็นแบบนี้ (น้ำตาคลอ สายตาทอดต่ามองออกไปด้านข้าง กล้ากลืนในลำคอ) บางทีก็ทำใจได้ บางครั้งมันก็คิดสงสารว่าถ้าเกิดเรามีอะไรไปจากเขาไป แล้วเขาจะอยู่ยังไง” (ID3T1)

“คิดยังไงก็หนักใจ หนักใจคิดมาเรื่อย ลูกจะหายมั๊ย ลูกจะช่วยเหลือตัวเองมั๊ย ก็ห่วงตรงที่เขาจะช่วยเหลือตัวเองได้มั๊ย จะมีงานทำมั๊ย ถ้าหากว่าแม่ไม่อยู่แล้ว หนักใจมาเรื่อย จนมาช่วงนี้เขาได้ทำงานแล้วก็สบายใจขึ้น...ไปแจ้งที่นี้ (สังคมสงเคราะห์) ตรวจ IQ เขาปั๊บ ตัดสินใจอยู่ตั้งนาน (ลากเสียง) จนใบหมดอายุใบที่หมอรับรอง ไปยื่น อบต. หมอที่นี้บอกว่าให้เอาไปยื่น อบต. นะ จะได้มีเงินคนพิการนะ ตัดสินใจอยู่นานมาก จนหมดอายุต้องกลับมาขอใหม่ (ยิ้มฝืน) ตัดสินใจเราต้องยอมรับความจริงเนาะ (หายใจเข้าลึก ถอนหายใจ) อะไรมันจะเป็น อะไรมันจะเกิดต้องยอมรับบอกตรงนี้เนาะ บอกตรง ๆ กับเขาเลยว่่างั้น ว่ายังรับไม่ได้ ลูกก็เกิดมาปกติแต่เกิดคลอดปกติไม่มีอะไรที่ (เจียบ) ผิดปกติอะไร ก็เลยได้คนพิการเกือบ 2 ปี ...” (ID2T1)

“การที่ลูกป่วยก็คิดเสียใจทุกวันนี้แม่อีกคิดอย่างเดียวว่าคงจะไปทำเวรทำกรรมกับเขาไว้ เราไม่สามารถจะไปยื้ออะไรมันนอกจากสอน อยู่ไกลก็โทรสอนโทรเตือน อยู่ใกล้พยายามเตือนทุกอย่าง แต่ถึงเวลามันไม่เป็นอะไรสติมันก็ดี มันก็รักแม่ ฟังแม่ดี...แต่ตอนป่วยนี้เสียใจสุด ๆ เลยคะ ก็ความเสียใจนี้กินไม่ได้ นอนไม่หลับ จนซูบผอมจนใคร ๆ ก็ทัก คือ...คือ...คือว่ามันเป็นเรื่องไม่คาดฝันนะหนู พอเสียใจมาก ๆ ตัวเองก็จะตาย ตอนนั้นมันผอมกินอะไรไม่ได้ เสียใจสุด ๆ นะ เพราะมันเป็นอะไรที่ไม่คาดฝัน...ช่วงมาฟื้นฟูตัวเองหลังจากกลับบ้านมาแล้วมาอยู่กับพ่อแม่ตัวเอง แล้วญาติพี่น้องรอบข้างพอฟื้นฟูตัวเองเสร็จแล้ว พอฟื้นฟูตัวเองแข็งแรงปั๊บ พอมีแรงก็เริ่มฟื้นฟูลูก คือว่า...คือเรามองว่าถ้าทรุดปั๊บ ถ้าเราไม่ลูกลูกก็จะเป็นอยู่อย่างนี้ ลุง (สามี) ก็บอกว่ากินเหอะจะได้มีแรงต่อสู้พยายามกินข้าวต้ม ซุปไก่สกัด ให้กินรังนกสารพัด ฟื้นฟูตัวเองนะ” (ID5T1)

“เพราะว่าไม่ยากให้ประวัติข้าราชการเนาะคุณหมอ (เจียบ) ...ที่ผ่านมามันมีหลาย ๆ อย่างกว่าจะผ่านมาได้มันเหมือนประสบการณ์เราเนาะ ก็ไม่คิดเหมือนกันว่าจะเจอเรื่องแบบนี้ ช่วงเวลาที่ไปดูแลมันนานมากเลยคุณหมอ แค่นาทีหนึ่งก็นาน อยากเข้าไปหาลูกเข้าไปอยู่ห้องฉุกเฉินไปคนเดียวไม่รู้จะทำยังไง มันฟังชาน เอาหนังสือพระมานั่งอ่าน นั่งอ่านจนรู้สึกตัวเองใจเย็นเวลาเข้าเยี่ยมลูก ได้เข้าเยี่ยมลูกแค่ชั่วโมงเดียว เข้าได้ก็คุยกันไม่ได้เขาก็อมท้อช่วยหายใจ เราก็ได้แต่บิ๊บ นวด แต่ว่าห้องฉุกเฉินเขาทำอะไรให้เรียบร้อย เขาสระผม อาบน้ำทำอะไรให้เรียบร้อย แต่ว่าเขาดูแลดีนะห้องฉุกเฉินเขาอยู่ได้ 2 อาทิตย์ เหมือน

อาการเขาดีขึ้นอยู่ในห้องนั้น พอออกมาห้องธรรมดาคนไข้เยอะก็เข้าใจหมอ
นางพยาบาลก็งานเยอะ เราทำเอง” (ID2T2)

“ไม่รู้ ยายก็แปลกเหมือนกันยาย พูดแล้วยายร้องไห้ (น้ำตาคลอ เอ๋อไหล ใช้
ชายเสื้อซับน้ำตา) ยายหวังอยากให้ลูกมาดูแล แต่สุดท้ายแล้วยายต้องมาดูแลลูก
ป่วยแทนไม่รู้เนาะ บุญวาสนาคูณยายแหละคุณหมอ คิดไม่ได้เลยคุณหมอ มัน
เป็นเวรกรรมของคุณยายแหละกับลูกคนนี่คุณยายก็คิดว่า ดวงของคุณยายไม่ดี
ที่ได้มาดูแลเขานี้แล้วก็ชะตาชีวิตที่เขาจะต้องมาดูแลคุณยาย กลายเป็นคุณยายดูแล
เขา...คุณยายก็คิดร้องไห้คนเดียว ไม่ให้ลูกรู้ คุณยายใจแข็งบางทีก็ร้องไห้ (น้ำตา
ไหล ใช้มือปาดน้ำตา ก้มหน้าใช้ชายเสื้อซับน้ำตาอีกครั้ง) ใจหนักแน่น ใจมันคง
เราจะไปทิ้งเขาก็ไม่ได้ ชาวบ้านชาวเมืองเขาจะว่าเอาใจมั้ยคนบ้านนอก ยายก็
ต้องสู้ สงสารมัน สงสารลูกมันด้วย สงสารหลานด้วย ถ้าไม่สงสารหลาน ยายจะ
ไปอยู่กับลูกคนไหนก็ได้” (ID8T1)

“ผู้ช่วยจิตเวช บางคนเขาก็ว่าไปเป็นโรคบ้า พ่อก็คิดหดหู่ใจ น้อยใจ มีคนไป
เรียกว่าลูกบ้าอะไรประมาณนี้ ว่าผู้ช่วย ว่าบ้านมันไม่ใช่อย่างนี้ เป็นผู้ช่วยทางจิต
เฉยๆ มันก็มีโอกาสที่จะหาย” (ID11T1)

2.2 ทำใจให้ยอมรับ เพื่อตนเองและผู้ป่วย

ผู้ดูแลมีความพยายามควบคุมและปรับความคิดความรู้สึกทางลบหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นจาก
การดูแลผู้ป่วยไปในทางที่ทำให้ตนเองยอมรับกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นให้ได้ เพื่อให้ผู้ดูแล
สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขมากขึ้น รวมถึงมีกำลังใจสามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ได้แก่ การคิดต่อ
สิ่งที่เกิดขึ้นว่าเป็นเรื่องของกรรมเก่าของผู้ดูแลที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยคืน การคิดปลง พยายามลืมหรือไม่
คิดถึงความรู้สึกทางลบที่ทำให้ไม่สบายใจ หากิจกรรมอื่น ๆ ทำที่ทำให้ลืมความทุกข์ ทำใจให้สงบหรือ
ให้เย็นลงด้วยการปฏิบัติธรรม พูดคุยระบายความทุกข์กับคนใกล้ชิด มองที่ผลการดูแลคือผู้ป่วยมี
อาการดีขึ้น หรือร้องไห้ออกมา ให้คิดว่าเดี๋ยวมันก็ผ่านไป ให้คิดว่าทุกคนก็มีจุดบกพร่อง ไม่ได้มี
เปรียบพร้อมทุกคน รวมทั้งอดทนและทำความเข้าใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ การปรับความคิด
ของผู้ดูแลเองด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลมีจิตใจที่สงบขึ้น ทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น
และมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตและดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

“... คิดว่าตอนนั้นแม่จะมีชีวิตอยู่หรือว่าจะตายไปรีไปเล่า! คิด! บางทีคิดมาก ๆ ก็ร้องไห้ครั้งนึงซะ ให้น้ำตามันออกมา ให้น้ำมันไหล ๆ พอโล่งก็มีสติ มีงานอะไรก็ทำไป เย็บผ้าก็เย็บไป มีของให้ขายก็ออกไปขาย แต่ว่าพอกลับมาอยู่บ้านมีญาติพี่น้องรอบข้าง เขาก็ให้กำลังใจ จากที่ว่ากินไม่ได้ ก็ค่อยกินไปให้มีแรง กำลังเป็นสิ่งสำคัญของเรา คิดว่าอย่างนี้นะคนเรา กำลังใจ กำลังใจของคนรอบข้าง ถ้าเขาไม่ทอดทิ้งเราถึงเรายากดีมีเงิน ยังไงกำลังและความเอื้ออาทรของคน ญาติพี่น้องรอบข้างมันเป็นสิ่งที่ดีเสียแหละ” (ID5T2)

“...ตอนนี้ข้าไม่คิดอะไร ข้าคิดแต่ว่ากรรม กรรมเก่า หรือว่าเราไปทำ บางครั้งดูละคร ข้าดูละครเห็นที่จะต้องคิดไปแบบละครแล้วละ คือเราไปสร้างเวรสร้างกรรม เราเลยคิดว่าทำบุญทำทานทุกวันนี้ละ ขอให้หมดเวรหมดกรรมกันแค่ชาตินี้...” (ID5T1)

“แม่ก็ตั้งสติ ยอมรับทุกอย่าง พยายามทำ ทั้งสงสารลูก สงสารตัวเอง สภาพจิตตัวเอง แม่ก็ต้องมีสติ เพราะว่าถ้าเราล้มอีกคนก็แย่ ก็คือว่า มองดูแล้วก็ทำให้เราสบายใจ คืออย่างน้อยเราก็ได้ลูกเราคืนมา มันไม่ทำตัวจมดิ่งไป แบบว่ากูไม่กลับอะไรอย่างนี้...การที่เรามีสติ มีสติอย่างนี้ทำให้ลู้อย่างเดียวมันจะกลายเป็นเราเจ็บป่วยอะไรไป มันจะไม่ดี พยายามปลง แล้วพยายามทำให้มันรับการสิ่งพวกนี้ จะได้มีแรงอยากกินอยากอยู่ คิดว่าตอนนั้นแม่จะมีชีวิตอยู่ต่อหรือว่าจะตายไปรีไปเล่า คือไม่เหนื่อยเปล่า ก็คือที่ทุ่มเทไปไม่เหนื่อยเปล่า ก็ผลตอบแทนเรา ยังได้ลูกเราคืนมา ก็ดีใจ ๆ บางคนนี่ทำลงไปช่วยลงไปแล้ว ลูกไม่ดีขึ้น ก็มีแต่ทุกข์ใจ ลูกเรามันดีขึ้นประมาณนี้ เราก็คิดว่าถึงเหนื่อยไปแต่ก็คุ้ม เพราะลูกเรายังมีสติตั้งกลับมาอย่างนี้ ทั้ง ๆ ที่ตอนแรกไม่คิดว่าจะได้ลูกเราคืนมา ประมาณนี้ไหม ได้เขามาประมาณนี้เขายังทำมาหากินได้ เขาดี เราก็ยังหายเหนื่อยมั่ง...ชีวิตคนเรา ในเมื่อมันเป็นไปแล้ว มันก็ต้องแก้ไข พยายามแก้ไขและพยายามให้มันดีที่สุดแหละคะหนู” (ID5T2)

“ก็เสียใจอย่างนั้นแหละคุณหมอ บางทีก็คุยกับแม่เขา...บางทีก็ท้อเหมือนกัน แต่เราก็ต้องสู้ เพราะว่า...มัน...(แม่ปาก ถอนหายใจ) เป็นลูกเนาะ ทำไรได้ เกิดมาก็ต้องช่วย ถ้าไม่เอาไว้มันก็หนักใจไหมคุณหมอ (ID3T1, ID3T2)

“ที่เกิดขึ้น ไม่คิดว่าจะเกิดกับตัวเอง มันปุบปับไม่มีอะไรบอกล่วงหน้า จนเหมือนว่าเราที่ผ่านเหมือนมันอยู่ในสมองเนี่ยมันยังวนเวียน แต่เราก็ค่อยๆ บ้างแล้วละ ไม่เหมือนเครียดแต่ตอนแรก ๆ เราก็เริ่มคลาย ๆ แล้ว” (ID2T2)

“คิดสงสารเขา อยากให้เขาเป็นปกติ...รู้สึกแปลกๆ อยู่ บางทีก็ทำใจได้ บางทีก็ทำใจไม่ได้แบบนี้มันบอกไม่ถูก เห็นเขาเป็นอย่างนั้นอย่างนี้แม่สงสารเขา แม่ก็... เมื่อกี้แม่ก็อดร้องไห้ไม่ได้สงสารเขา แต่แม่ไม่ได้คุยกับใคร ตัวเขาก็ไม่ให้เห็น ไม่อยากให้เขาไม่สบายใจ แต่ระบายออกมาคนเดียว เขามาพูดด้วยแม่ก็พูดตามปกติ...แม่ก็ไม่คิดอะไรมากมาย คิดว่าเป็นกรรมของเขา แต่ก่อนเขาก็ปกติไปนอกไปนาไปไหนเขาก็ไปได้ พอมาพักหลังนี้ไม่รู้ว่าเป็นอะไร กรรมของมันแม่ก็พูดอะไรอย่างนี้แหละ ปล่อยให้ตัวเองบ้าง ปล่อยให้ลูกบ้าง” (ID1T1, ID1T2)

“...จับมือเขาตลอดว่าลูกเราต้องหายต้องหาย ต้องคิดอย่างนี้...แม่ก็ไม่คาดคิดเนี่ยว่าเราจะเจออะไรแบบนี้ แต่พอเราไปนอนในโรงพยาบาลเราก็เริ่มทำใจได้ว่าไม่ได้ป่วยแต่ลูกเรา คนอื่นเขาก็ป่วยแต่เราต้องทำใจเนี่ย” (ID2T1)

“ไม่รู้! ยายก็แปลกเหมือนกันยาย... พูดแล้วยายร้องไห้ (น้ำตารินเอ่อทันในตา ใช้มือปาดน้ำตา) ยายหวังอยากให้ลูกมาดูแล แต่สุดท้ายแล้วยายต้องมาดูแลลูกป่วยแทนไม่รู้เนี่ยะ บุญวาสนาคุณยายแหละคุณหมอ คิดไม่ได้เลยคุณหมอ มันเป็นเวรกรรมของคุณยายแหละกับลูกคนนี้คุณยายก็คิดว่า ดวงของคุณยายไม่ดีที่ได้มาดูแลเขานี้แล้วก็ชะตาชีวิตที่เขาจะต้องมาดูแลคุณยาย กลายเป็นคุณยายดูแลเขา...คุณยายก็คิดร้องไห้คนเดียว ไม่ให้ลูกรู้ คุณยายใจแข็งบางทีก็ร้องไห้ (น้ำตาริน ใช้มือปาดน้ำตา) ใจหนักแน่น ใจมั่นคง เราจะไปทิ้งเขาก็ไม่ได้ ชาวบ้านชาวเมืองเขาจะว่าเอาใช้มัยคนบ้านนอก ยายก็ต้องสู้ สงสารมัน สงสารลูกมันด้วย สงสารหลานด้วย...” (ID8T1)

“... ยังไม่ 100% หรือก สมองพวกการสั่งงาน มันไม่ดีเท่าเดิม แต่อาการช่วงเขาเป็นกับตอนนี้นั้นก็คืออยู่ แต่อาการช่วงที่เขาไม่เป็น เวลาขับรถขับอะไร เขาก็หงุดหงิดหลังได้ ใจไว คิดไวกว่า แต่อันนี้เขาก็...สมองก็ยังสั่งงานไม่ค่อยได้ดีเหมือนเดิม ทำไ้ได้มันก็คิดมากเหมือนกันเกี่ยวกับอนาคตเขานี้แหละ สมองสมองเขายังไม่คงที่ ก็กลัวอย่างนั้นอย่างนี้ก็คิดไป เป็นเรื่องธรรมดาแต่ว่าเรามีคนเรา

มันไม่ได้อยู่ด้วยกันตลอดก็มีความคิดอย่างนี้ทุกวันนี้เขาก็ที่อยู่แต่ต่อไปก็ไม่รู้เหมือนกัน (หัวเราะเจื่อนๆ)” (ID3T2)

“...แม่จำต้องทิ้งเขากลับไปตั้งหลักที่โคราช ...แม่ไม่ต้องการทำอย่างนี้นะลูก ...แม่ต้องทำแบบนี้เพราะเจ้าของบ้านเขาแนะนำแม่แบบนี้ ลูกจะเผาบ้านเขาไม่ดีตามแม่มานะบอก ไม่ไป เฮ้อ!! ไม่ได้ต้องชนของออกมา ไม่งั้นเดี๋ยวป่าเขาให้ตำรวจมาจับนะลูก หลังจากนั้นเขาถึงยอมตามแม่มาที่โคราช ก็เอามาฟื้นฟู มารักษาอีกที” (ID5T1)

“เรื่องพวกนี้กลัวคนรอบข้าง ไปติดยงติดยาบ้านเขาพูดกันในหมู่บ้าน ไปทำงานแล้วมันเสพยามาก เขาก็พูดเราก็ไม่ใส่ใจ ความเป็นจริงแล้วมันไม่ใช่ก็เพื่อนที่อยู่ ที่ทำงานด้วยกัน อยู่บ้านเดียวกัน พวกมันจะพากันไปสูบบุหรี่ ไอ้นั่นก็ดำ ไม่ได้ยุ่งกับยาเสพติดอยู่แล้วเขาก็รู้ ก็เหมือนกับคนที่ไม่รู้เขาก็พูดไป เรารู้ที่อยู่แก่ใจก็ไม่ได้เก็บมาใส่ใจ” (ID6T1P11)

“...ก็เสียใจอยู่ (หือ! ยิ้มแห้ง) ว่าที่แรกเขาก็ดี ๆ พอมารู้ทีหลังว่าเป็นก็เลยได้รักษาเท่าทุกวันนี้เก็บไว้ในใจ เพราะว่าเราเอาลูกมาแล้วก็แล้วไป รักษาแล้วคือว่าคุณหมอเขาดูแลดีเยี่ยมล่ะ ให้อินยงกินยาอะไรก็หายไป...” (ID9T1)

“คนนั้นก็ว่าอย่างนั้น คนนี้ก็ว่าอย่างนี้ นาน ๆ ทีเขาก็ได้ยินคนพูดกัน เป็นอย่างนั้นอย่างนี้เขาก็ปล่อยวางเลย คนอื่นเขาคิดกับตัวเองอย่างนั้นอย่างนี้ก็เลยอยู่ได้ ตอนนั้นบอกแม่ว่าจะอยู่ได้ถึงเมื่อไร...ถ้าเป็นเมื่อก่อนแม่คงหนักใจถ้าไม่ได้มาตรงนี้ ไม่รู้ว่าจะเป็นอย่างไหน...แม่ก็...ทำใจมั่ง มันก็ดูแลกกันไป แม่ก็ทำใจมั่งนี้แหละ แม่ก็อยากให้เขาหายก็บอกเตือนเขาไปทุกครั้ง เขาไม่ไปให้” (ID1T1)

“ตัดสินใจเราต้องยอมรับความจริงเนาะ อะไรมันจะเป็น อะไรมันจะเกิดต้องยอมรับบอกตรงนี้เนาะ...ไม่รู้สักแคร์คนอื่นเหมือนเมื่อก่อนเคยคิดเหมือนกันลูกมารับยาแบบนี้ กลัวลูกจะอายุเขา แต่เดี๋ยวนี้ไม่แคร์ใครแล้ว เราเอาครอบครัวเรามากกว่าตอนเป็นใหม่ ๆ ก็เป็นกันอยู่ ก็กลัวลูกคิดมาก แต่ตอนนี้นั้นไม่เป็นแล้วมันชินแล้ว คนมันลืมนะเนาะ ต่างคนต่างทำมาหากินครอบครัวใครจะไปไหนคนพูดอาจจะพูดเรื่องของเขา แต่เรามีหน้าที่ที่เป็นแม่เราก็ทำไป แต่เราไม่ไปพูด

เรื่องคนอื่นก็พอไม่ได้เก็บมาใส่ใจคุณหมอ... อยากให้พร้อมให้อะไรทุกอย่างแต่พอหลังจากลูกป่วย คิดได้แล้วว่าเรามันไม่เปรียบพร้อมไปทุกอย่าง ต้องรู้จักบกร่องของตัวเองเรายังมีเลยตัดปัญหานั้นได้ คิดว่าได้เท่านี้ก็ดีแล้ว” (ID2T1, ID2T2)

“ไม่ได้คิดอะไรหรอกค่ะหมอ คิดว่าเป็นเวรเป็นกรรมของเราหรือเปล่า คนเขาเป็นเยอะกว่าเราก็มี ครอบครัวก็ไม่ได้ซีเรียส ก็รักษาเธอไป เธอก็ทำงานได้อยู่ เธอไม่ได้เป็นภาระใคร แม้มันไม่ค่อยดี แต่ก็สู้อย่างเดียว ให้เธอหายแบบนี้ ถึงเธอไม่หายก็ให้เธอ...แต่ว่าเธอก็รู้เรื่องดีกว่าตอนเก่าเยอะเลยหมอ เพราะว่าตอนนั้นแม่ร้องไห้ทุกวัน แรก ๆ พ่อเขาไม่ยอมรับ แต่ทุกวันนี้เขาก็ไม่ได้ว่าอะไร เขาก็ก่อนยอมรับเหมือนว่าเธอป่วยไง อันนี้เขาอยู่นาน ๆ ไปเขายอมรับลูกเขาเอง ว่าลูกเราไม่สบายนะที่แรกเหมือนว่าลูกซีเกียจ ทีนี้ก็ให้เรารู้เอา แกรู้แล้ว แกก็เฉย ใช้ได้ก็ตามเรื่อง ใช้ไม่ได้ก็แล้วไป เมื่อก่อนก็ดูต่าอยู่ แต่คนป่วยก็ไม่ได้ซีเรียส แต่ทุกวันนี้แกเห็นลูกแกก็รู้แล้ว แกเห็นลูกเป็นแบบนี้เพราะว่ามันนานแล้วเนาะ” (ID10T1)

3. การดูแลฟื้นฟู และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำ

การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับวินิจฉัยครั้งแรกเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ 3.1) เป็นการทํากิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยในวิถีชีวิตประจำวัน รวมถึงแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและช่วยเหลือตนเองได้ ปลอดภัย และไม่กลับมามีอาการป่วยซ้ำ เมื่อผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพดีแล้ว ผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีงานทำเป็นของตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจที่มีรายได้เป็นของตนเอง โดย 3.2) การให้ผู้ป่วยได้กลับมาประกอบอาชีพ และมีรายได้เป็นของตนเอง โดยผู้ป่วยบางส่วนกลับไปทำงานประจำที่ตนเองเคยทำ ซึ่งหากที่ทำงานและที่พักอยู่คนละที่กับผู้ดูแล ผู้ดูแลจะคอยโทรสอบถามเรื่องความเป็นอยู่และการรับประทานยา ทั้งนี้ผู้ป่วยบางส่วนผู้ดูแลให้ประกอบอาชีพกลับบ้าน เป็นงานประจำที่ไม่ซับซ้อน ซึ่งผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดและช่วยกำกับให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งได้ และการที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทผ่านวิกฤตการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้ สามารถดำรงชีพได้

3.1 การกระทำที่ตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลมีการกระทำต่างๆ ในชีวิตประจำวันที่ตอบสนองต่อความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ 3.1.1) การดูแลความสะอาดของร่างกาย และการขับถ่ายของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร ภายภาพบำบัด และการทำแผล 3.1.2) ดูแลให้รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง 3.1.3) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องคอยเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติทางจิตและอาการข้างเคียงจากยาอย่างใกล้ชิด เช่น การทำร้ายตัวเอง ประจำเดือนไม่มา อาการข้างเคียงของยา (ลิ้นแข็ง น้ำลายไหล ง่วงนอน ตัวสั่น เป็นต้น) แล้วนำอาการผิดปกติปรึกษาแพทย์หรือบุคคลใกล้ชิดเพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาผู้ป่วย 3.1.4) เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการสงบลง ผู้ดูแลจะให้การฝึกหัดผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง รับประทานยาด้วยตนเอง อย่างถูกต้อง ทำงานที่ไม่ซับซ้อน เพื่อกระตุ้นการทำงานของสมองผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีพในชีวิตประจำวันได้ รวมถึงเกิดความภาคภูมิใจในสิ่งที่ทำ โดยผู้ดูแลและบุคคลใกล้ชิดที่มีหน้าที่กระตุ้นให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆ ในการทำกิจกรรม นอกจากนี้ผู้ดูแลยังดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยด้วย 3.1.5) การสื่อสารที่ระมัดระวังความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วยมากขึ้น ได้แก่ การใช้คำพูดที่ไพเราะ ไม่ดูต่ำ ให้กำลังใจ และยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วย และนอกจากนี้ 3.1.6) คอยเตือนไม่ให้ดื่มเหล้า สูบบุหรี่หรือสารกระตุ้น

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้ดูแลกระทำโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดูแลตนเองได้ ปลอดภัยและไม่กลับมามีอาการป่วยซ้ำ ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

3.1.1 การกระทำที่ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมตามความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลบาดแผลกดทับ และการทำกายภาพบำบัด การให้อาหารทางสายยาง ซึ่งเป็นการฟื้นฟูผู้ป่วยสภาพผู้ป่วยอย่างค่อย ๆ เป็น ค่อย ๆ ไป

“ที่ผ่านมามาตอนที่ลูกป่วยครั้งแรก...ทำทุกอย่าง เช็ดซั้เช็ดเยี่ยวตอนป่วยเดินไม่ได้ ไหนจะเป็นประจำเดือนเปลี่ยนให้ทุกอย่าง เดินไม่ได้ เขาออกจากโรงพยาบาลแล้วยังเดินไม่ได้ ทำกายภาพ มาล้างแผลกดทับอยู่ 3-4 เดือน ถึงจะหาย ไปเบิกของล้างแผลที่อนามัย...ไปซื้อเองบ้าง ไปเบิกบ้างอะไรอย่างนี้...ที่บ้าน เช็ดตัวสระผม ก็หัดสระผมคนเดียว ทำหมด ให้เขานอนที่แคร่หน้าบ้านแล้วก็เอา

กะละมังสระผมให้ ทำทุกอย่างให้อาหารทางสายยางเข้าทางจมูกใช้มัย คุณหมอบ
เขาสอนให้มาทำอาหารเหลวเองที่บ้าน...” (ID2T2)

“ต้องดูแลทุกอย่าง เราต้องดูแลเอางเอายา คอยดูแลเขาอย่างนั้นอย่างนี้...”
(ID9T1)

“...เขาทำอะไรไม่ได้ แม้แต่เข้าห้องน้ำตักน้ำก็ยังทำไม่ได้ เพราะวาระบบสมอง
เขาเหมือนกับไม่สั่งงาน เพราะว่าแม้แต่เวลาเขาไปถ่ายไปเหยียวทางงอกก็แก้ไม่
เป็นทำเองไม่ได้ ต้องยื่นฉีราดอยู่อย่างนั้น 3 เดือน...อย่างเจ็บไข้ได้ป่วยก็มีแต่พ่อ
ดูแลอาบน้ำให้มีแต่พ่ออย่างเดียว” (ID11T1)

3.1.2 การดูแลให้กินยาตามการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์สั่งอย่าง ต่อเนื่อง

การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างใกล้ชิดเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการ
รักษาผู้ป่วยจิตเภท ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทระยะที่มีอาการหรือเมื่ออาการสงบแล้วแต่การทำ
หน้าที่ทางความคิดยังไม่ดี อาจทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองให้รับประทานยาได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงมี
บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับมามีอาการป่วยซ้ำ ได้รับยาอย่างต่อเนื่องจนมี
อาการดีขึ้น ภายหลังรับยาผู้ป่วยสามารถกลับมาทำงานได้ อารมณ์ร่าเริงแจ่มใส มีปฏิสัมพันธ์กับ
ผู้อื่น สามารถออกไปกิจกรรมทางสังคมได้ ซึ่งผิดจากเมื่อก่อนที่ผู้ป่วยเก็บตัว แยกตัว อารมณ์
ร้อนโมโหง่าย เป็นต้น ทำให้เห็นได้ว่ามีส่วนช่วยผู้ป่วยอย่างเห็นได้ชัด ผู้ดูแลจึงพาผู้ป่วยมารับ
ยาต่อเนื่องและไม่เคยขาดยา หากผู้ป่วยทำงานไม่สะดวกมารับยาด้วยตนเอง ผู้ดูแลจะรับหน้าที่
ในการมารับยาแทนผู้ป่วย ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ โดยทั้งการดูแลและการ
รับประทานยาต่างเป็นส่วนสำคัญ ผู้ดูแลบางส่วนต้องเผชิญกับการต่อรองกับผู้ป่วยซึ่งคิดว่า
ตนเองหายแล้วไม่ยอมรับประทานยา หรือคิดว่ารับประทานยาแล้วไม่เห็นผล ผู้ดูแลจะคอยโน้มน
้าวผู้ป่วยให้รับประทานยาต่อเนื่องโดยใช้กลวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและไม่ขาด
ยา ทั้งนี้ระยะเวลาในการรับประทานยา การปรับลดยาหรือการหยุดยา จิตแพทย์จะเป็นผู้
ประเมินตามความเหมาะสม แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่กลับมาเหมือนเดิม 100% แต่ผู้ป่วยสามารถทำ
กิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง ทำงานได้ เมื่อเป็นเช่นนี้ทำให้ผู้ดูแลไม่ท้อและมีกำลังใจสู้
ต่อเดินทางต่อ มารับยาต่อเนื่องทุกเดือน “การเป็นผู้ป่วยจิตเวชเป็นได้ก็สามารถรักษาได้” ดังคำ
บอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

“อันนี้ แม่! เบื่อ! ไม่อยากกินยา แม่ก็ปะเลื้อ (กล่อม) กินเถอะลูก แม่ขอร้อง แม่ก็จะทำเป็นตลก เธอก็จะหัวเราะ แล้วก็วางไว้พักนึงก็เดินไปกิน แม่เป็นคนจัด แต่แม่จะวางไว้ที่โต๊ะคอมฯ มาวางไว้ แล้วแม่ก็จะคอยมองดูว่าจะกินหรือไม่กิน ถ้าไม่กำกับดูแล พ่อเขาก็จะบอกว่าxxx ลูกกินยาไหม แม่ก็จะมองอยู่ พ่อก็คอยช่วยเตือน...” (ID10T1)

“...ไม่เคยขาดยา ยาสำคัญมารับทุกเดือน ไม่มากับแม่ 3 เดือน ก็เลยถ้าถ้าแม่รับแทนได้ก็ให้แม่มารับแทน หรือบางครั้งแม่ก็มากับน้องชายเขา น้องก็ทำงานอยู่ในตัวเมืองโคราช น้องสะใภ้เขาก็พามา พยายามอย่าขาดยาแม่บอกกินทุกวัน ค่อย ๆ ดีขึ้น มันก็ไม่ทันอกทันใจเน้อะ มันจะต้องกินนานเท่าไรแม่ กินนานลึกลง แม่บอกตลอดชีวิตนั่นล่ะแม่ว่า เดิมกินยาตอนแรก ๆ ก็ยังไม่มีการเท่าไร พอค่อย ๆ กินมาจนถึงปี ตอนนีंपกติแล้ว เหลืออยู่แต่ยาที่ยังล้น... พอกลับไปที่บ้าน บอกแม่ว่าคนที่ เป็นมากกว่าเราก็คือมีเน้าะแม่ ไม่ใช่โรงพยาบาล ไม่ใช่แต่คนบ้า หรือมันก็แตกต่างกัน...มากินยาตัวนี้เขาก็จะหาย มันจะมียาช่วยกระตุ้นให้อารมณ์ดี แม่ก็เคยศึกษามาก่อน แม่เป็น อสม. มาก่อน ตอนนั้นก็เลยมาพูดปรึกษากับหมอนี้ละคะ มันก็ค่อย ๆ เป็นค่อยไป ไม่ได้เห็นทันตาปุบปับ ก็บอก ก็เป็นอย่างที่หมอมว่าละ ช่วง 1 ปีที่ผ่านมาดีขึ้นมากแล้ว...” (ID1T1)

“พอหลังจากป่วยก็อยู่กับแม่กับน้อง มารับยาให้ตลอดรู้สึกว่าคุณดีขึ้น ก็เลยมา มาเรื่อย ๆ...การดูแลคงมีผลส่วนนี้ ไหนจะยาด้วย ถ้าไม่ได้กินยามันคงไม่ดีขึ้น จะถามเขาว่ากินยารึยัง? เขากินเช้า-เย็น วันละ 5 เม็ด ตอนใหม่ ๆ จัดยาให้กลัว เขาลืมมั่งอะไรมั่ง” (ID2T1, ID2T2)

“...แต่เราไม่ให้เขาขาดยา พ่อมาหาคุณหมอเขาก็บอกอย่าเพิ่งเลิกกิน ให้กินไปเรื่อย ๆ ไปไหนที่ทำให้เขาสบายใจเพื่อจะช่วยให้ลูกดีขึ้น (ยิ้มแห้ง) แต่สุดท้ายก็...ต้องพึ่งหมอฟังยาอยู่ดี” (ID3T1)

“...ไม่ถึงปีหรือก็ดีขึ้นเรื่อย ๆ กินยาเข้าไปก็ดีเรื่อย ๆ แต่ตอนนี้กินยาแล้ว หัวแข็งนะแม่ว่า แม่บอกอะไรไม่ทำตามแล้ว (หัวเราะเสียงดัง) ไม่นานนะ พอมหาหมอให้กินยาสองสามวันก็ดีขึ้นนะ ดีขึ้นมาเรื่อย ๆ...ก็อย่างวันนี้พ่อถึงกำหนดให้มาเอายา แม่ก็บอก บอกแม่ให้ไปเอายาหมอ ทำไมไม่ไปเอาเอง หยุค

บ่อยๆ เดี่ยวเขาไล่ออกงาน กลัวหยุดงานแล้วเขาไล่ออก หยุดบ่อยไม่ได้เดี๋ยวเขาให้ออก ก็เลยแม่ต้องมาแทน” (ID4T1)

“...กินยาที่มีมันดี มีอาการอะไรเขาก็บอกเรา เขาจะไม่โกหก มีอะไรเขาก็จะมาถามคุณหมอ แต่ตอนนั้นดีมากเลย สติสตั้งก็ดี พุดจาดีไม่มีว่าหวาดระแวงอย่างไงน ออย่างงี้ ที่นี้ตัดสินใจว่าไม่เอา (น้ำเสียงหนักแน่น) ยังไงฉันก็ต้องมารับที่นี่ให้เขากิน เพราะว่าอย่างน้อยแม่ก็เข้าโคราชทุกเดือนอยู่แล้ว มาซื้อเสื้อผ้าไปขาย... แล้วก็การที่มาเอายาที่นี่ และว่าการที่ได้ยาที่นี่ไปกิน อะโรมันก็ดีขึ้นเยอะ กลับตัวกลับใจ ลูกอะมาถามตอนนี้เขาบอกใจรู้อยู่ คูลิกินยาตั้งเยอะตั้งแยะไม่เห็นหายเลย บอกลูกโรคนีมันไม่หายขาดลูก แต่ก็ให้บรรเทา อันยานี้กินเพื่อฟื้นฟูฟื้นฟูให้หนูนะดีขึ้น แต่มันไม่หายขาดลูก ทุกคนที่รักษาไม่มีใครหายขาด แต่ว่าฟื้นฟู ฟื้นฟูแล้วก็ระงับให้เรามันมีสติสตั้งทำมาหากินได้ลูก ดีเพราะว่าบางคนทำงานไม่ได้เลยลูก...” (ID5T1, ID5T2)

“ที่แรกกินยาตัวนี้ก็ดีกว่าปกติก็ทำงานได้ แต่เขาก็ถามว่าเขาจะกินนานแค่ไหน เหมือนกับไม่...ไม่อยากกินแล้วอะ ผมก็เลยบอกว่าเดี๋ยวพาไปหาหมอก่อน ต้องให้หมอบอก หมอเขาเลยบอกที่แรกนัดรับยาช่วงนี้ ว่าไม่ต้องมา ที่นี้น่าจะครบปีแล้วหมอให้มาประเมิน ก็เลยถามหมอว่าจะให้หยุดยา มีโอกาสได้หยุดมัยหมอก็เลยบอกว่า เดี่ยวอีก 3 เดือนมาหา แล้วก็ต้องมาหาอีก 2 รอบครบ ครบ 2 ปี หมอบอกว่าจะปรับลดยาลงให้ ก็เริ่มดีขึ้นเรื่อย ๆ ก็เริ่มไปเตะฟุตบอล เริ่มไปหาเพื่อนอย่างนี้ครับ เขาก็อยู่กับผมแทบจะไม่มีอะไรแล้ว เกือบเป็นคนปกติ เพราะว่าที่แรกที่เขาเป็นกลัวเขาทำงานไม่ได้ เพราะว่าเขาม่อนรถด้วย เขาไปออกรถมา กลัวคือว่ากลัวไม่หายมากกว่า เป็นแล้วกลัวไม่หาย ก็เลยลงมาจากระยอง เพื่อมารับยาทุกเดือน” (ID6T1)

“ปกติเลย ดีตลอดเลยตั้งแต่กินยา ไม่มีอะไรเลย พอดีแล้วมันก็ดูเหมือนคนปกติคือไปมาหาสู่กัน ถามกินข้าวยัง ก็ยังไม่กินยังไม่ถึงเวลา อะไรแค่นี้ แค่นี้เอง หมอถามว่ามีหิวแหว่มัย ก็บอกว่าไม่มี ยาแกกินของแกลง แกดนูนาฬิกาถึงเวลากินข้าว กินยา ก็แบบดูแลปกติธรรมดา ที่นี้เรากินยา ยาอันนี้ดี เราก็ค่อยยังชั่ว ถ้ากินยาแล้วไม่ดีเราก็ต้องคิดทำไง ก็ต้องหาอะไรเกี่ยวกับยาอะไรอย่างนี้” (ID7T1)

“กินยาเดือนนึงหายก็เลยกินประจำ มันก็ธรรมดาครับ มันก็ธรรมดาเพราะว่าเราจะหนักช่วงที่ว่าเขาเป็นแค่นั้นแหละ แต่ว่าตอนนี้มันก็เหมือนธรรมดา มันก็อยู่ปกติ ถ้าเรากังวลนี่สิ เพราะว่าเขา ผมไม่รู้เนาะว่าเขาเป็นกังวล เอามาอยู่โรงพยาบาลนี่ก็ต้องตามมาดูไข้มีไข้ละ พอหายปกติเขาส่งกลับบ้านก็กินยาสม่ำเสมอแค่นั้นแหละก็เหมือน...ก็ธรรมดา (หัวเราะแห้งๆ) ก็เหมือนคนปกติธรรมดาแล้ว ก็แค่ว่าเอาให้เขากินเท่านั้นแหละ...คือว่าตอนเวลาว่างช่วงเช้าก็ก่อนไปทำงานก็เอายาให้เขากินก่อน เย็นเรากลับแม่เขาก็ดูแลลูกเขา มันไม่หนักบางที่เราไม่ได้อยู่เราก็โทรให้กินยา ยาที่อยู่ในกระเป๋าจัดกินเลย 3 เม็ดก่อนนอน กลัวแต่ว่ากินยามากๆ กลัวป่วย” (ID9T1, ID9T2)

“...ถ้าเดือนละครั้งก็พร้อมที่จะสู้ต่อไป ก็ขอให้น้องอาการเขาดีขึ้นเรื่อย ๆ ถึงแม้ทีละนิด ๆ ก็พยายามถ้าเกิดว่าคุณหมอลดยา ตัวสองตัวเนาะ ถ้าจะกลับ หมอบอกว่าให้ไปรับยาที่บ้านยังไงก็จะขอมารับยาต่อที่นี้ยังไงก็ขอเดินหน้าต่อ มารับยาที่นี้ต่อไปเรื่อยๆ ครับ เป็นผู้ป่วยทางจิตเฉยๆ มันก็มีโอกาสที่จะหาย...” (ID11T1)

3.1.3 สังเกตอาการผิดปกติทางจิต และอาการข้างเคียงจากยาอย่างใกล้ชิด

การปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ดูแลนั้นมีส่วนสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ในระหว่างการรักษาต้องคอยสังเกตเฝ้าระวังพฤติกรรม อาการผิดปกติทางจิตต่าง ๆ อาการคลุ้มคลั่ง คูแลโกล์ซิด และการดูแลเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาาริพรักษาแพทย์ เช่น อาการตัวแข็ง น้ำลายไหล อาการสั่น ประจำเดือนไม่มา เป็นต้น อีกทั้งคอยติดตามเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ หรือแม้กระทั่งการเฝ้าระวังสังเกตอาการของผู้ป่วยมีเหตุการณ์ความสูญเสียเกิดขึ้นในชีวิตผู้ป่วยซึ่งอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ซึ่งการกระทำเหล่านี้เพราะไม่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำ ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

“...แต่ก่อนวันนั้นพอเปลี่ยนยาปุ๊ป กินข้าวเข้าไปปุ๊ป คือน้ำลายไหล คือตัวเกร็ง เดินแข็งทื่อเลย ก็เลยพามาปรับยาอีกรอบ ทีนี้ก็เริ่มดีขึ้นมาเรื่อย ๆ ...” (ID6T1)

“...มีช่วงหนึ่งที่ประจำเดือนเขาไม่มา เราก็ทุกข์ เราก็ปรึกษาหมอ หมอก็บอกว่าของน้องกินยาระดับสูง ทำให้ประจำเดือนมาผิดปกติ...น้องเขาเคยปรับยา

เหมือนกันที่เล่าหมอมว่าประจำเดือนไม่มา ได้กลับมาพบหมอมใหม่ก็เลยให้ยาตัวอื่น...เราก็รอไปเรื่อย ๆ ไม่มา 2 ปีมั้ง ก็เพิ่งมาเมื่อวันไหน ก็ดีใจประจำเดือนลูกมาแล้ว โอ้! ดี! ดีเนาะ! ธรรมชาติเด็กผู้หญิงถ้าไม่มีเราก็คิดอีก...” (ID2T1)

“...ก็คิดอยู่ว่าตอนที่แม่เสีย คิดว่ากลัวแกจะกลับมาเป็นอีก แกก็คือไม่เป็น กลัวเราก็เลย เออ...ดีแกไม่เป็นอะไรขึ้นมา ก็ต้องหาหมอมอย่างเดียว แบบว่าถ้าเป็นขึ้นมาก็ต้องมาหาหมอมอย่างเดียว” (ID7T1)

“...ครบ 2 ปี หมอบอกว่าจะปรับลดยาลงให้ เขาไม่ยากกินยา จะกินกินให้มันจบ เหมือนไม่ยากกินนาน ก็เลยบอกเขาว่าไปเรื่อย ๆ เดี่ยวพาไปหาหมอมแล้ว จะบอกหมอมว่าจะถามหมอมให้ว่าลดๆ หรือว่าอะไรได้มัย เหมือนกับต้องไปแบบนี้ไปเรื่อย ๆ เหมือนอยากให้หายขาด คืออยากให้เขาดูแลตัวเองได้หายขาด คือไม่ต้องกลับมากินยา คืออยากให้หายเลย เหมือนกับเราป่วยเป็นไข้กินแล้วคือหายไปแล้ว ไม่ได้ว่าย้อนกลับมาเป็นอีก กลัวเหมือนกับเราดีขึ้นแล้ว แล้วตัวเขาก็ดีขึ้น กินเหล้ามั้ง แล้วก็ไปเที่ยว กลัวเขากลับมาเป็น ๆ... แต่ก่อนคือต้องควบคุมให้กินยา กลัวเขาไม่กินยา แต่ตอนนี้ไม่ได้ดูแลแล้วครับ เขารู้อยู่แล้วว่าเขาต้องกิน... ก็ช่วงแรก ๆ ครับ ตอนแรก ๆ ต้องเอาใจใส่ ต้องสังเกต ต้องดูตลอด แต่หลัง ๆ มานี้เขาดีขึ้นก็แทบจะไม่ต้อง ผมไม่ได้ทำอะไรเลยแต่ก็มีถามตามหัวหน้างานว่าเขาเป็นยังไง ก็คือช่วงแรก ๆ เขาจะช้า คือเหมือนกับหัวหน้าบอกปุ๊บต้องใช้เวลาประมวล ต้องถามหัวหน้าเขา ทำคือว่าเขาทำได้แต่ช้าหน่อย แต่หลัง ๆ มากี่เร็วขึ้นปกติ แรก ๆ คือพูดมาต้องคิดก่อน คิดสักพักนึง” (ID6T1)

“ปกติ โทรศัพท์ก็ใช้งานเป็น คิดเลขได้หมด แม่ให้ช่วยทำอะไรก็ได้หมด กลับคืนมาปกติเหมือนเดิมแล้ว แต่ขานี้ยังสั้น หมอมปรับยาให้เขาบอกว่าหายแล้ว แม้ว่าหายยังไงก็ยังสั้นอยู่เลยขานี้สั้น ไม่ไปไม่ได้หรอกแม่ว่า ตั้งแต่ได้ขานี้แล้วถ้าหลุดไปจะทำยังไง พยายามอย่าขาดยาแม่บอกกินทุกวัน ขาเล็กสั้นเมื่อไรแม่จะให้เงิน 200,000 แม่ก็พูดให้กำลังใจไป เมื่อบานถามแม่ใกล้จะหายแล้วละแม่ นิ่งอย่างนี้สั้นแรงมากแต่ก่อน แต่เดี๋ยวนี้นิ่งอย่างนี้แค่สะเทือนค่อย ๆ ก่อนอ่อนลง ตอนนั้นมาให้หมอมดูอยู่ หมอมก็เลยจัดยาให้ลดอาการสั้นก็ดีขึ้น มันก็ไม่ทันอกทันใจเน้อะ ไม่ได้ไปไหนหรอกอยู่กับแม่นี้ละ...ช่วงแรกจะเดินอะไร ก็ดูแข็ง แต่ว่าตอนนี้ปกติแล้ว” (ID1T1)

“...เราก็เห็นอยู่ ดีว่าเขาไม่คลุ้มคลั่ง มาบ้านแต่ละครั้งไม่คลุ้มคลั่ง อะไอย่างนี้ ไม่มีก็อยู่อย่างนั้นแหละ แล้วเราก็คอยดูว่าเขาจะคลุ้มคลั่งจะทำร้ายพ่อแม่รีเปล่า ตื่นขึ้นมาเขาขมุกขมูญกินขอนี้กิน เราก็ให้เขากิน เราก็พยายาม พอเสร็จแต่ละครั้ง เราก็พยายามฟื้นฟูเขา กินนู่นกินนี่ไปร่างกายเขาดีแล้ว ถ้ามันเป็นอีกจะทำยังไง เราก็คอยดูมัน เราจะมีกำลังที่จะช่วยเหลือมันได้ตลอดรีเปล่า...อันนี้กลัวก็รออยู่ ก็กลัวอยู่เหมือนกัน อยากจะคิดว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด เพราะเราก็เจออะไรที่ มันหนักหนาสาหัสเราก็เจอมาแล้ว ...” (ID5T2)

“...ก็ป่วยก็ไม่ให้เป็นนาน ก็แค่บอกรักษาอาการก็พามา ช่วงเขาเป็นเหมือนจะกิน ข้าว ลิ่นแข็ง ก็เลยมาหาหมอที่เดิม กลับมาหมอก็ลดยาให้ ก็ลดตาม ไปเอกซนก็ ไปก็ไปแต่ละที่ ก็จะมีมาทั้งที่นี้ก็มีมา คลินิกในโคราช แกบอกรักษาโรงพยาบาล ชุมชนxxx ให้ยาเยอะเกินไปไปลื่นก็เลยแข็ง ตัวเกร็ง ก็มาที่นี้เขาก็ฉีดยาให้ 2-3 ครั้งก็เลยเดิน ก็เลยคลายปกติเริ่มดีขึ้น มันก็ 3 ปี ช่วงที่เขาเป็นก็ไม่นาน ประมาณ 3 เดือน 4 เดือนย้ายจากที่นี้ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนxxx ให้ไปกิน ก็กลับมาทางนี้กลับมาโรงพยาบาลจิตเวชฯ ” (ID3T1)

“เปลี่ยนไปในทางที่ดีนะหมอ รู้เรื่อง ก็ถามว่ามีอะไรหิวแวมัยยะ อะไรมัยยะก็ไม่มีนะ ก็ทำงานได้อยู่ เชื่อว่าวันนึงเขาจะหาย แล้วเหมือนเธอ เหมือนเธอไปในทางที่ดี แม่ไม่ท้อคะหมอ แม่ก็สู้อย่างเดียว ให้เธอหายแบบนี้ ถึงเธอไม่หายก็ให้เธอ...แต่ ว่าเธอก็รู้เรื่องดีกว่าตอนเก่าเยอะเลยหมอ” (ID10T1)

“รักษาที่นี้ (รพ.จิตเวชฯ) ลักพักหนึ่งก็กลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนxxx หมอบอกว่าย่าเหมือนกัน แต่ว่าคนละบริษัท จะไปรักษาที่ใกล้บ้านก็ได้ ก็ ตัดสินใจไปปรับประมาณ 7-8 เดือน อาการไม่ค่อยดี อยากฆ่าตัวตายอีก ใครพูด เล่นหยอกล้ออะไรก็ไม่ได้จริงจังทุกอย่างเป็นอย่างนี้ไม่ไหว เลยกลับมารักษาที่ เดิม รพ.จิตเวชฯ ยังไงก็ไม่ขอกลับไปรักษาที่บ้าน เดือนละครั้งมารักษาที่นี้ก็จะมา” (ID11T1)

“แม่อีกเฝ้าติดตามตลอด ตอนนั้นแม่นอนก็ไม่หลับ คิดไปต่าง ๆ นานา กลัวเขาจะ ไปผูกคอตายถ้าเขาอยู่คนเดียว บางทีเขาเข้านอน แม่อีกคอยเข้าไปดู ไปดู เรื่อยๆ...” (ID1T1, ID1T2)

3.1.4 การฝึกหัดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมหรืองานที่ไม่ซับซ้อน

ผู้ดูแลและครอบครัวมีการดูแลผู้ป่วยด้วยการฝึกหัดผู้ป่วยให้ทำงานที่ไม่ซับซ้อนหรือกตดั้นเกินไป เพื่อฟื้นฟูทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น มีรายได้เล็กๆ น้อยๆ สำหรับใช้จ่าย และมีความภาคภูมิใจในตัวเอง เช่น ฝึกฝนให้ผู้ดูแลความสะอาดร่างกายและกินยาด้วยตนเอง ให้ทำสวน เลี้ยงเป็ด เลี้ยงไก่ หรือทำงานล้างถ้วยล้างชาม ในบริเวณใกล้บ้าน หรือช่วยพ่อขับรถ ให้ผู้ป่วยได้บริหารและรับประทานยาด้วยตนเองหรือคอยโทรเตือนให้รับประทานยาเมื่อต้องออกไปทำธุระนอกบ้าน โดยผู้ดูแลหลักและบุคคลใกล้ชิดมีหน้าที่คอยกระตุ้น ให้กำลังใจ ประดับประคองให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้กันอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่ทำ ส่งผลต่อความรู้สึกภาคภูมิใจของผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“เขาช่วยเหลือตัวเองได้ พ่อให้ช่วยขับรถโฆษณาแวนเอื้ออาทร เขาก็ทำกับพ่ออยู่ 2 คน นอกจากขับรถแล้ว บางทีลูกค้ามาเยอะก็ช่วยเช็ดแวน แต่เขาไม่ค่อยพูด นิสัยเขาไม่พูดมาก...แต่เราไม่ห้ามเขาตบยา พ่อมาหาคุณหมอเขาก็บอกอย่าเพิ่งเลิกกิน ให้กินไปเรื่อย ๆ เขาจัดยากินเอง พ่อก็ช่วยกำกับดูแล ดูว่ายาจะหมดตอนไหน ให้เขาดูตามวันเวลา” (ID3T1)

“...ช่วยเหลือทุกวิธี บางทีเราก็อาจจะออกไปกับแฟนไกลๆ แล้วที่นี้มันกลับบ้าน คำที่ต้องโทร โทรบอกเขาให้กินยาก่อนก็อย่างมีธุระพ่อเข้ามาในเมือง เราจะไม่ได้กลับบ้าน ที่นี้เราอาจจะกลับบ้านคำ หุ่ม สองหุ่มหรือสามหุ่ม เราก็ต้องเตือนเขาก่อนนอน กินข้าวกินยาก่อนนะ ยาสิ่บกินนะ กินให้ได้ ครบแค่นั้น” (ID9T1)

“คุณหมอบอกว่าถ้าอยากให้สมองสั่งการต้องค่อย ๆ ให้เขาทำนู่นทำนี่ แล้วก็พาเปิดสมอง พาไปทำงานบ้าง ไม่ให้อยู่แต่ในบ้าน ไปรับจ้างก็ทำเท่าที่ทำได้ ก็ทำได้ไม่เต็มร้อย ก็ทำได้ 70-80% ก็ยังดี...ให้กำลังใจ แล้วก็เอาใจใส่ดูแล แล้วก็แนะนำให้กินยา ตอนนี้งินยาเอง ก่อนหน้านั้นแนะนำ กลัวลูกจะกินยาผิด กินเองมาเป็นปีแล้วละ ต้องดูแลเอาใจใส่เขาด้วย แล้วก็คอยให้กำลังใจ ก็ให้กำลังใจว่ากินยาตามหมอสั่งนะจะได้หาย จะได้หยุดยา...ต้องให้กำลังใจเขา ก็เท่ากับเป็นหมอนในตัวเลยครับตอนนี้ เอาคำพูดหมอมานำปฏิบัติแล้วก็เอาไปใช้กับลูกผม จำได้

ว่าหมอบอกว่า ถ้าอยากให้สมองเด็กพัฒนา ต้องมีการเรียนรู้ ต้องบอกต้องสอน ให้ทำนั่นทำนี่ ก็ขับรถครับ สอนให้ขับรถ ผมว่าสมองเขาสั่งงาน” (ID11T1)

“...หัดเขาเดิน หัดเขากิน เกือบทุกอย่างนะคุณหมอ บางทีก็หัดเขาเรื่องงานบ้าน นางลองล้างจานให้แม่ที เขาก็ไปยืนล้าง ล้างได้ที่ละใบเหนียวก็มานั่งพัก จาน ไม่ก็ไปใช้เวลาล้างนานมาก แต่ก็คอยดู ค่อย ๆ ให้ทำ ไม่เร่งเขา...หลัง ๆ เขาก็ทำ ทำที่ตัวเอง ทำความสะอาดตัวเอง แปรงฟันล้างหน้าอะไรอย่างนี้ก่อน ให้เขา ช่วยเหลือตัวเองให้ได้ก่อนเริ่มทีละอย่าง มาช่วงหลังก็ทำงานบ้านได้ เลยปล่อยให้ อยู่ที่บ้านเอง ส่วนแม่ก็ออกไปทำไรช่วยพ่อ...” (ID2T1, ID2T2)

“...นี่พี่น้องเขาก็หาไก่ไปให้เลี้ยง หาไก่ให้เลี้ยงใกล้บ้าน เอาห่านเอาหมู เอาเป็ด ไปให้เลี้ยงให้ทำงานเบา ๆ ไม่อยากให้นอน เลี้ยงไก่ขาวนี่รื้อยกกว่าตัว ห่านอีก 20 ตัว ก็เลี้ยงเองที่บ้านนะ หามาให้พ่อให้เขาได้ออกกำลังกาย ทำนู่นนี่ก็เลี้ยงไก่ไป” (ID1T1)

“ออกไปไหนเอาไปด้วย เปลี่ยนกัน ช่วยแบ่งเบาไปได้เยอะเลยแหละ แทนพ่อ ได้เลยละ บางทีมันก็มีทีไถยาก มันก็หงุดหงิด ถ้าว่าหญ้ามันไม่รกมันก็พอได้อยู่ ถ้าที่เตียน ๆ พอได้อยู่ ไร่รถไถเราเอง เป็นรถไถคูโบต้า นั่งขับนะ...เพราะว่าลูกก็ ไม่ได้เรียน ก็ว่าพ่อจะพาทำงานทำแบ่งเบาภาระ คือ อยากให้เขามีกงานทำ ไรเรียนก็ไม่ไหวแล้วใช้ไหมละ ก็เลยอยากให้เขามีกงานเป็นของตัวเอง ทำงานก็ปกติ ดีคุณหมอ ชอบแต่ต้องชวนไป ต้องพาไปด้วย ตอนเช้าก็อาจจะตื่นสายนิดนึง ต้องพาไป คือมีคนแนะนำแนวทางเขาถึงจะทำ ปล่อยให้คนเดียวมันไปไม่เป็นอีก ถ้ามีคนไปด้วยโอเค ถ้ารับงานมาก็ไม่ใช่พ่อรับคนเดียวต้องแบ่งให้ บางที 500 มั่ง 200 มั่ง 1,000 มั่ง ก็ต้องแบ่งให้ เขาก็มีกำลังใจ แล้วก็ไปซื้อนู่นซื้อนี่ก็ตาม เขาไป.” (ID11T2)

“...ตอนที่ป่วยครั้งแรก ใช้ครีบนอนที่นี้เลย (รพ.จิตเวชฯ) พอดีขึ้นก็รับออกมา ก็ กลับไปอยู่บ้านก่อน แต่อยู่บ้านนี้พอกับแม่ดูให้พื้นฟูก่อน...คือมารักษาที่นี่ แต่มี ช่วงนึงที่ว่าไม่ได้มาหาหมอให้แม่กับพ่อมารับให้แล้วก็ส่งยามาให้” (ID6T1)

“ไม่ได้ไปไหนหรอกอยู่กับแม่เนี่ยละ น้องผู้ชายก็ไม่ให้ไปไหนหรอก ถ้าไม่แต่งงานก็จะรับเลี้ยงเอง ก็มีแต่คนพูดให้กำลังใจนั่นละ นี่เขาก็หาโกไปให้เลี้ยง หาโกให้เลี้ยงใกล้บ้าน เอาห่าน เอาหมู เอาเป็ดไปให้เลี้ยงให้ทำงานเบาๆ ไม่อยากให้นอน เลี้ยงไก่ขาวนี้ 100 กว่าตัว ห่านอีก 20 ตัวก็เลี้ยงเองที่บ้านนะ หามาให้พ่อให้เขาได้ออกกำลังกาย ทำนู่นนี่ ก็เลี้ยงโกไป” (ID1T1)

“ไม่ให้ไปทำงานไกลๆ ครับ อยู่กับพ่อแม่ นอนก็นอนกับพ่อแม่...ทำงานรับเหมาเป็นช่างทาสี เขาทำงานอยู่ที่ไปทำงานกับเขา รับจ้างรายวันวันละ 300 บาท ทำได้เหมือนปกติ แต่คนอื่นดูไม่รู้หรือว่าเขากินยาจิตเวช เขาจะว่าเป็นพ่อเพราะว่าพ่อมารับยาประจำ คุณหมอนัด มีนัดพบแพทย์ถึงพาเขามาด้วย เขาก็ไม่อยากมาเพราะว่าเขาอายุ ก็เขายังเป็นหนุ่ม” (ID9T1)

“แต่ก่อนเยอะนะหมอ แต่ตอนนี้ก็คุยรู้เรื่อง ทำงานทำการแล้วแต่เราจะใช้ อย่างสมมติว่าไปนาถ้าไม่ได้ทำงานอย่างอื่น ก็ขายไก่อยู่กับย่าอยู่สามแยกปักๆ ไข่มัย ถ้าไปบ้านเขาจะทำนาทำไร่อะไรเขาไปไหนก็ไปกับเขาแบบนี้แหละหมอบ ไปไหนก็ไป แต่ต้องบอกสมองเหมือนจะช้าหน่อยนึงแต่ก็ดีกว่าเก่าเยอะ อาบน้ำ ทำกับข้าว เลยหมอบ หิวอะไรก็ทำเองได้...เขาก็ทำงานทั่วไปหลักๆ ก็แล้วแต่ บางทีพ่อซ่อมรถเขาก็ช่วยล้างเครื่องอะไรอย่างนี้ค่ะหมอ” (ID10T1)

3.1.5 พุดด้วยดี ๆ ใช้คำพูดละมุนละม่อม ไม่ดูต่ำ และให้กำลังใจ

ผู้ดูแลมีการสื่อสารเพื่อช่วยการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยใช้คำพูดที่ละมุนละม่อม ให้กำลังใจ ไม่ดูว่า เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีโอกาสคิดและแสดงความคิดเห็น ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ความรู้สึกที่สงบ และมีเหตุผลมากขึ้น ไม่มีอาการกำเริบ ผู้ดูแลมีส่วนช่วยผู้ป่วยได้เป็นอย่างมากโดยการพุดดี ๆ กับผู้ป่วย โอนอ่อนน้อมไปกับผู้ป่วย ไม่ขัดใจแม้ว่าผู้ป่วยยังมีอาการหลงผิด ระแวง การไม่ซ้ำเติม เพราะการตอกย้ำซ้ำเติมยิ่งทำให้ผู้ป่วยจมดิ่งลงยากจะหวนกลับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไม่พุดจ้ำจี้จ้ำไช จู้จี้จุกจิก เสมือนเป็นการไปกระตุ้นผู้ป่วยให้โมโห ปลอบใจให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง การไม่พุดเสียงดัง โหวกเหวกโวยวาย ดูต่ำว่ากล่าว ไม่ทะเลาะกับผู้ป่วย เพราะไม่เกิดประโยชน์ ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ไม่มีใครขัดใจเขา เขาว่าอะไรก็ว่าตาม อะไรก็โอนอ่อนไปตามเขา ไม่รู้เหมือนกัน แต่ก็ดูเหมือนจะใช้อย่างที่เขาว่า จริง ๆ แม่ก็เลยปล่อยให้คิดไป อะไรไม่ถูกไม่ควร เราก็ทักท้วง ไม่ใช่เนาะ เขาก็ฟัง ไม่ได้คิดไม่ถูกทาง อะไรแบบนี้ก็

ไม่ได้คิด มีแต่คอยบอกว่าทำอย่างนั้นอย่างนี้ มีแต่คอยบอก คอยให้กำลังใจ อย่าไปดูเขา ถ้าเขาพูดอะไรก็ให้เอออไปกับเขา ก็ไม่เป็นไร ก็ดีขึ้นเท่าทุกวันนี้ ไม่มีใครพูดอะไรให้เลย พูดกันได้ปกติ กำลังใจเขาก็ดี ไม่ป่วยซ้ำหรรอก ปล่อยให้ยู่คนเดียวก็อยู่ได้...แม่ก็ได้บอกพวกพี่ ๆ น้อง ๆ มาหาเขาไม่ต้องพูดอะไรนะ อย่างนั้นอย่างนี้บอกไว้ แต่ตอนนี้เข้ากันได้...ก็คิดว่าเขาเป็นแบบนี้” (ID1T1)

“เราพูดดี ๆ กับเขาอะไรอย่างนี้ เวลานั้นเขาจะชอบแหย่ ชอบหยอก พูดกวนแม่ (หัวเราะ) แม่ไม่เครียดหรรอก (ยิ้ม)” (ID4T1)

“...กับคนจำพวกแบบนี้เขาให้พูดดี ๆ น้อยที่พามาแน่นแหละ พี่xxx อย่าไปพูดแรง ๆ กับเขาจะต้องพูดดี ๆ ต้องพูดเอาใจ เออ...จริงด้วยวะ ตั้งแต่นั้นมาก็เลยไม่ขึ้นเสียงกับลูก พอเราพูดดีกับลูก ลูกไม่ชอบแม่พูดรุนแรง แม่ก็พูดเบา บอกว่าแม่ตอนนี้ก็พูดดีแล้วไม่ชอบหรรอก... ไม่เป็นไรแต่อย่าโกรธแม่มากไปกว่านี้เลยนะ เพราะถึงยังไงพอถึงเวลาxxx ลำบากมากก็มีแต่แม่กับพ่อช่วยลูก มีอะไรก็มีแต่พ่อแม่ช่วยลูก” (ID5T1)

“...การที่เราไม่ซ้ำเติมลูกอะไรอย่างนี้ ให้กำลังใจเขาไป แล้วเราก็แนะนำเขาไป เพราะว่าถ้าเราไปซ้ำเติม แล้วลูกจะอยู่ยังไงนี้ก็ลูกเราที่นี้ พ่อมีช่วยเหลือก็ช่วยเหลือไป ให้อารมณ์แก่เฒ่าลงทุกวัน บางทีก็คิดว่าเราช่วยเขาตอนนี้ เพื่อเขาได้สติมา แล้วเราหมดแรงทำมาหากินเพื่อเขาจะมีสติเลี้ยงเราได้ในวัน” (ID5T2)

“ไม่ต้องไปพูดประมาณว่าจ้ำจี้จ้ำไช เหมือนเราไปกระตุ้นเขา พอพูดบ่อย ๆ คนเรามันก็เหมือนโมโห มาพูดอะไรบ่อย ๆ อะไรประมาณนี้ ก็คิดว่าเขาโมโหเราพูดไปก็ไม่ต้องไปย้ำเขาเขาก็ทำ” (ID6T1)

“...นี่คุณยายตีตีเต็ม 100 ดูแลเขาได้ เขาพูดอะไรคุณยายก็ไม่อยากเถียงไม่อยากจะทะเลาะอะไร ไร่ประโยชน์พูดดีเอา...” (ID8T1)

“...ส่วนแม่ก็บางครั้งก็ให้กำลังใจมั่ง บางทีก็แม่ก็ไม่กล้าแล้วละ เห็นเขาโวยวาย ต้องคอยเอาใจอย่างนี้ละประมาณนี้ ที่คุณหมอบอกว่าต้องคอยเอาใจใส่ ดูแลเขา นะ อย่าไปเอะอะ อย่าไปว่าเขา เอาใจใส่นิดนึง อย่าปล่อยปะละเลย

เพราะว่าเขาเป็นอย่างนี้เราก็ต้องเอาใจใส่ชนิดนี้ เอ้าใจใส่เป็นพิเศษเลยแหละ... ถ้าช่วยคุณพ่อได้ก็โอเคครับผม ยอมรับเลยว่าคือๆ บอกเขาเชื่อฟัง แต่ก่อนนี้ถ้าบอกเหมือนกับจะมี โต้ตอบชนิดนี้ อันนี้เขารู้จักข้อจำกัดของตัวเอง แม่เขาก็ยังไม่ค่อยเข้าใจลูกอยู่ดีแหละ...(เงิบ) ถ้าไปตะโกน แว๊ตๆๆ ใส่นี้ก็ไม่ใช่สอารมณ์ เน๊าะถ้าไปตะโกนโหวกเหวก โวยวายอย่างนี้มันไปจี้จุดเขาถ้าจี้ถ้าเขาไม่ทำตามอย่าไปบอก ต้องหยุดไว้สักพักแล้วค่อยมาพูดใหม่ คล้ายละมุนละม่อม พูดดีนะ” (ID11T1, ID11T2)

“...เริ่มปรับตัวเองให้ใจเย็นลง เอาใจลูกถามความรู้สึกเขามากขึ้น แล้วจะมาคิดอีกทีว่ามันถูกต้องมั๊ย ถ้ามันถูกเราก็สนับสนุน ถ้าไม่ถูกก็บอกอย่างโน้นอย่างนี้ไม่ดู ไม่อะไร เมื่อก่อนอาจจะมีอารมณ์บ้างเน๊าะ อาจจะมีจู้จี้จุกจิกกับเขา อยากให้เขาเรียนหนังสือ มีอนาคตที่ดี แต่เดี๋ยวนี้ เรามาคิดเออ...มันเหมาะมั๊ยไม่เหมาะมั๊ย ก็บอกอย่างนี้บอกเขาดี ๆ ก็รู้สึกว่าจะเอาใจลูกดีกว่าเมื่อก่อน...” (ID2T1)

3.1.6 คอยเตือนไม่ให้ดื่มเหล้า สูบบุหรี่หรือสารกระตุ้น

การใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นการลดประสิทธิภาพการทำงานของยา ดังนั้นผู้ดูแลจึงให้ความสำคัญและระมัดระวัง คอยเตือนผู้ป่วยเรื่องการใช้สารเสพติดทุกประเภท เพราะไม่เพียงมีผลต่อฤทธิ์การทำงานของยา ยังมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและยังอาจทำให้ผู้ป่วยมีเรื่องวิวาทได้ นอกจากนี้ยังรับสมุนไพรรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนมาดื่มรับประทานเพื่อช่วยอาการอยากบุหรี่ หากผู้ป่วยยังไม่สามารถเลิกดื่มสุรา ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ แพทย์ยังไม่สามารถหยุดยาหรือปรับลดขนาดยาได้ หากปรับลดผู้ป่วยอาจจะกลับมามีอาการเหมือนเดิม ทั้งนี้ผู้ดูแลยังคอยเตือนผู้ป่วยเรื่องการดื่มน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มชูกำลัง เครื่องดื่มหลังเสียเหงื่อ ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“...ถ้าผมดูแลไป ผมจะไปให้เขาหยุดเหล้า หยุดบุหรี่แต่ถ้าเขาทำ 2 ตัวนี้ได้คือว่า ยาก็จะได้หยุด ค่อย ๆ ถอยลง ผมเคยบอกคุณหมอมว่า ตอนแรกที่เป็นใหม่ ๆ ถามเขากินแล้วต้องนอน กลางวันต้องนอน เขาก็ดีถึงถอยยาลงถอยยาลง แล้วทีนี้หมอบอกว่าถ้าจะถอยลงต้องลดเหล้า ลดบุหรี่ แต่ถ้าตราบไตที่ไม่ลดเหล้า ลดบุหรี่ต้องกินยาไปตลอด...คุณหมอเขายังไม่ให้หยุดยาเพราะว่าเขายังไม่เลิกดื่มเหล้า บุหรี่เขายังไม่เลิก ถ้าเลิก 2 ตัวนี้ได้บ๊ิบ คุณหมอก็จะปรับลดยาลง เขากลับ

ว่าถ้าปรับลดยาลงแล้วจะกลับมาเป็นเหมือนเดิมนอกจากเขากินเหล้า กินเหล้าจริง ๆ แต่ว่าเขาไม่มีหรือก เขากินเหล้ามาก ๆ กินยาแล้วเขาก็นอน แต่ว่าเขาลีกยังไม่ได้ เหล้ากับบุหรี่ยะ ผ่อน ๆ ได้ ให้เลิกขาดทันทีเลิกไม่ได้...” (ID9T1, ID9T2)

“...เหล้าบอกเด็ดขาดเลย ไม่เอา ส่วนบุหรี่ยาก็หยุดได้เป็นปี กินยาต้มยาหญ้าดอกขาวรับมาจากโรงพยาบาลชุมชนxxx เอามาต้มกินกับน้ำร้อน กินตอนเช้า มันจะลดอาการอยาก...เชื่อว่ากินยาตัวนี้ไป มันกินข้าวไม่อร่อย เพราะมันจะทำให้ไม่อยากกิน อาการเขากินข้าวไม่ได้เนาะ มันอาจจะลดอาการอยาก อย่างที่ตัวยาเขาบอกมันก็เลยมีผลกระทบ ก็เลยไม่อยากกินตอนนี้เลิกไปแล้ว ญาติดอกขาวที่มาต้ม ก็ไม่ได้ซื้อหรือกไปเอาที่โรงพยาบาล...ช่วงที่หยุดบุหรี่ยุได้เป็นปีคุณหมอที่โรงพยาบาลชุมชน xxx จะพาไปเปิดตัวที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดxxx เรื่องที่ว่ากินไอ้ยาตัวนี้แล้วหยุดบุหรี่ยุได้ แต่พอตัวนั้นนั้นโดนคิวมารักษาใจก็เลยไม่ได้ไป ” (ID11T2)

“...คนอื่นไม่เป็นก็อาจจะไม่ได้เชื่ออย่างที่เราเห็น แล้วอย่างคุณพ่อเจอกับตัวเองแทบทุกอย่าง คือถ้าตามแพทย์สั่งโอเคดี แล้วก็น้ำไอ้ที่หมอห้ามก็น้ำจะหยุดพวกเครื่องดื่มเสียหรืออะไรพวกนี้กินได้ พวก M100 กาแฟ อะไรพวกนี้จะไม่เอา ถ้าปฏิบัติได้ตามนี้ก็น้ำจะไม่เต็ม 100% ก็ 80-90% ก็ยังดี” (ID11T1)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“เรื่องกินน้ำอัดลมเว้นนาน ๆ จะกินครั้ง นางเลิกกินได้แล้วลูกเด็ยววมอธิบายให้เขาฟัง แต่ว่าเรื่องขนมกรุบกรอบเขายังเลิกไม่ได้ เขากินเหมือนเด็กเล็กอึม แล้วก็ไขมันที่ทำให้น้ำหนักเพิ่ม บอกนางเฮ้ย! กินยาอย่างเดียวกัพอแล้ว อย่าให้เป็นมากโรค คนทุกวันนี้อ้วน ทั้งความดันไขมัน อนามัยที่บ้านเขามารับกันเยอะ เป็น 100-200 คนที่ไปรักษา” (ID2T2)

3.2 ให้ผู้ป่วยได้กลับมาประกอบอาชีพ และมีรายได้เป็นของตนเอง

การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยช่วงแรกต้องค่อย ๆ ฝึก ค่อย ๆ หัดทุกอย่าง แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูดีแล้ว ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานยาด้วยตนเองโดยผู้ดูแลมีหน้าที่เพียงสังเกตดูห่าง ๆ หรือโทรเตือนเมื่อต้องออกไปทำธุระนอกบ้าน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น นอกจาก

ดูแลตนเองแล้วผู้ป่วยยังสามารถดูแลคนในครอบครัว โดยการทำอาหารให้รับประทานหรือการทำงานบ้านอีกด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถกลับประกอบอาชีพได้ดั้งเดิม หรือมีอาชีพเป็นของตนเองตามศักยภาพและความสามารถที่ผู้ป่วยทำได้ ทำให้ผู้ป่วยมีรายได้เป็นของตนเองและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การทำงานสวนผัก ทำงานแม่บ้านที่ อบต. ขั้ววินมอเตอร์ไซค์ ทำงานโรงงานคัดแยกขวด รับจ้างทั่วไป ทำงานโรงงานไขน็อตประกอบเครื่องจักรไฮดรอลิก เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยัง ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ช่วงนี้ก็ปกติ ทำงานทำการได้ปกติ ก็เป็นรำเรงแจ่มใส พุดกับคนอื่น ไม่เหมือนแต่ก่อน แต่ก่อนเป็นแล้วมีแต่ซึม ซึมแล้วก็นอน แบบคนคิดมาก ๆ แยก ๆ แยกตัวอยู่ เก็บตัว ใครมาหาที่บ้านก็ตาม ไม่มีเอ่ย ใครเรียกก็ตาม แต่เดี๋ยวนี้เสียงหมาเห่าก็ออกไปดู คนนั้นมาคนนั้นมา อืม! ใครมาก็ออกไปเห็นไปเล่นด้วย ใครมาเพื่อนมาก็ออกไปเจอ ออกไปข้างนอกบ้างชั่วคราวชั่วคราวก็... ถ้าเป็นเมื่อก่อนแม่คงหนักใจมาก นอนแล้วก็ไม่ยอมพบปะใครหน้าพ่อ-แม่ก็ไม่อยากมองนอน...(ลากเสียง) หน้านี่เครียดตลอด จากแต่ก่อนเป็นคนอารมณ์ร้อน ช่วงเป็นใหม่ ๆ โมโหง่าย เขาเป็นเนื้ะ ตอนนี้น้ำใสเป็นหนุ่มคนเดิม” (ID1T1)

“ก็ทำงานสวนผัก เก็บหญ้าเก็บอะไรในสวนอย่างนี้ ไม่มีงานอะไรแก็ก็เดินเล่น ดูทีวีแล้วก็นอน ทำได้ทุกอย่างไม่มีอะไรผิดปกติ...หุงข้าวเอาเอง ตื่นมาหุงข้าวให้ทุกวัน ยาแก็ก็กินของแก็เองแก็ดูนาฬิกา ถึงเวลากินข้าวกินยา” (ID7T1)

“แล้วช่วงนี้หลายปีแล้วก็ให้เขากินเอง เขาบอกว่ากินแล้ว เราก็ตรวจดูเออ...ว่านางกินทุกเม็ดมัย นุ่นเหลือเออะนี่เหลือกิน กินนะว่า แต่ว่ายังช่วงหลังๆ ไม่ได้สังเกตตอนเขากินสักที...อย่างคนสูงอายุเขาป่วยไม่ฟื้นตัว แต่ลูกเราฟื้นตัวแล้วกลับมาก็ดีใจ พอลูกเราเริ่มทำอะไรได้เหมือนหัดใหม่ เหมือนเด็กหัดใหม่ เริ่มหัดกินหัดเดิน สอนลูกใหม่ เริ่มทำได้ๆ แต่จะไม่เร็ว เป็นปีเป็นปีกว่าเขาจะเลื่อนมา” (ID2T1, ID2T2)

“เขาก็เลยเพิ่งได้ทำงานปีนี้ ทำได้ 3 เดือน เขาก็รู้สึกเขาภูมิใจที่มีเงินเป็นของตัวเอง เขาให้ทำอยู่ อบต.” (ID2T1)

“ตอนนี้วิ่งวินอย่างเดียว เรายังบอกว่าช่วงนี้ลูกผ่อนรถใช้ม๊ย ไปออกรถมอเตอร์ไซค์ใหม่ขับวิน เพราะคันเก่ามันขับไม่ได้แล้วมันพัง เขาขับไป-มาโคราช-กรุงเทพฯ อยู่ 2-3 ครั้ง กินยาบางทีก็หลับแม่ บางทีก็ไม่หลับ วันไหนหลับก็นอนหลับสบาย วันไหนไม่หลับก็ออกมาวิ่งวินแม่ตอนนี้ออกจากงานแล้วมีชีวิตรองอย่างเดียวเนี่ยไม่ต้องให้แม่ 2,000 ก็ได้” (ID5T1)

“เขานั่นละจ้ดยากินเอง แม่ปล่อยให้จ้ดเองเลย เดี่ยวนี้จ้ดเอง ไม่ลืม ตอนเย็นกินข้าวแล้วก็กินยาเอง ตอนเช้าก็กินเอง แม่ก็คอยดูห่าง ๆ ดูตลอดมันจะต้องกินนานเท่าไรแม่ กินนานลึกลับบอกตลอดชีวิตนู่นละแม่ว่า กินยาแล้วมันนั่งวิ่งรียังไง วันนึ่ง ๆ จะนอนสัก 1-2 ชั่วโมงช่วงกลางวันตอนกลางคืนหลับ นอนตั้งแต่ 2 ห่ม 6 โมงกว่าถึงตื่นนอนนาน อืมม... แม่ก็ไม่กว่นเขาหรอกตอนเช้า พ่อจะเป็นคนทำบางทีสายแล้วแม่ก็บอก 3 โมงกว่ามันสายแล้วไปปลุกให้ตื่น ก็ตื่นมา... กับข้าวก็ทำให้แม่กินนะ ทำทุกวัน หุงข้าว เตรียมสำหรับกับข้าวให้พ่อกับแม่ แม่ปล่อยให้แม่ลองปล่อยให้ทำทุกอย่างล้างจานก็ทำ ตอนนี้นำทุกอย่าง” (ID1T1)

“...ช่วงประมาณเกือบหลังปีใหม่แล้วลงมาทำงานด้วยกัน พอลงมาทำงานที่ระยองขับรถไปทำงานเหมือนคนปกติตอนนี้ ก็ทำงานช่างประกอบครับ เป็นเครื่องจักรครับเหมือนพวกไฮดรอลิกนะครับ ก็คือไขน็อตประกอบน็อตปกติแต่ไม่ได้ยุ่งกับเครื่องจักร แต่เป็นประมาณไขน็อตประกอบชิ้นเล็ก ๆ เข้าไป” (ID6T1)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

“มันทำงานอยู่ ทำงานบีมน้ำมัน ขายน้ำมัน แล้วที่น้ำมันก็ว่าจะไปนอก ฉันทก็ไม่ให้มันไปมันมาเป็นประสาท ทีนี้ขอไปทำงานกรุงเทพฯ ค่ะ ไปทำงานร้านอาหารคะ นี่เดี่ยวฉันทก็ต้องไปเอายาให้มันอีก ก็ไปทำที่กรุงเทพฯ แหละที่น้ำมันไม่มีงานทำคะคุณหมอ เพื่อนเขา ไปทำร้านอาหาร มันก็ทำ เอายาไปกิน” (ID8T1, ID8T2)

“พอเขาไปซื้อวินแล้วเขาก็บ่นวินปิดเทอมซื้อวินไม่ได้เลยแม่ได้วันละ 300 บาทเอง บางทีก็ 400 บาท มันเคยได้ 600-700 บาท อ้าว! 600-700 บาท ตอนนั้นมันเปิดเทอมอยู่ ตอนนีปิดเทอมก็ได้ 300-400 บาทก็พอได้ค่ากินค่าอยู่ นี่ก็เปิดเทอม เขารอไม่ไหว เขาไปสมัครงานยื่นเอกสารแล้ว ทีไหนก็ได้ง่ายที่ว่ามันทำไม่ได้นานด้วยโรคของเขาต้องกินยากินแล้ววัง แต่เขาบอกว่านี่ไม่เป็นไร วิ่ง

เอกสารเนี่ย คือวีงกระดาษของพวกนักศึกษาตามมหา'ลัย นะคะซั๊บเป็น Messenger ได้วันละ 500 บาท เขาบอกแม่ซั๊บวินได้แค่ช่วงเย็นไปค่า ช่วง 5 โมงเย็นไป 3-5 ทุ่มเขาก็เลยตัดสินใจว่าไปวีงเอกสารดีกว่า ช่วงกลางวันมันได้ 500 บาทว่าอย่างนี้ ช่วงเสาร์-อาทิตย์ ไม่ได้ไปวีงก็ไม่ได้เงิน เขาคงจะจ่ายเป็นวีค ไป เขาให้ยังงี้ก็ทำไปลูก ทำแล้วสบายใจ พอเขามีอะไรเขาก็โทรมาบอกแม่ เรื่อย” (ID5T2)

“เขาก็ไปทำงานได้ทุกวันเขาทำงานโรงงานคัดแยกขวดอยู่แถวใกล้ ๆ บ้านเขา บอกเขาเปิดสายพาน มันมีหลายแผนก ใ้้องชายก็เป็นคนโกยขวด โกยอะไร แล้วเขาเป็นคนเปิดสายพาน โอ้ย!! ทำงานหลายที่ มาทำในเมือง ก็กลับกลางคืน แม่ก็เป็นห่วง นี่กลับมาทำใหม่แล้ว ก็เลยกลับมาสมัครงานใหม่ใกล้ ๆ บ้าน อันนี้ เขาโทรตามก็เลยเอา ก็เลยเอาอันนี้อันที่อยู่ใกล้ ๆ บ้านพี่ไปก่อน แล้วให้น้องไป สมัครตาม น้องก็ออกจากในเมืองมา ก็มาสมัครแล้วเขาก็เรียกเหมือนกัน” (ID4T1)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger (1962) เพื่อค้นหาความจริงที่เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์การเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามมุมมองการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ และประสบการณ์ตรง เครื่องมือในการวิจัยคือ ตัวผู้วิจัย โดยเลือกผู้ให้ข้อมูล (Informant) จำนวน 11 คน โดยมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยมีแนวทางในการสัมภาษณ์ (Interview guideline) และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลระหว่าง 21-76 นาที ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต และการจดบันทึกในระหว่างการสัมภาษณ์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปคำต่อคำ (verbatim) เพื่อที่จะนำมาวิเคราะห์เนื้อหา เมื่อข้อมูลมีการอิ่มตัวไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น (Saturated data) จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เนื้อหาตามแบบวิธีการของ van Manen (1990)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ หมายถึง การดูแลเอาใจใส่เพื่อไม่ให้กลับป่วยซ้ำ เกิดจากความรักใคร่ ห่วงใยและผูกพัน แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การทำหน้าที่ด้วยความรักและห่วงใย 2) เกิดความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก และ 6 ประเด็นย่อย ดังนี้

1. การรับรู้ผู้ป่วยผิดปกติและแสวงหาการรักษา
 - 1.1 การรับรู้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ
 - 1.2 แสวงหาการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
2. การทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น
 - 2.1 หลากหลายความทุกข์ทรมานเข้ามาในชีวิต
 - 2.2 การทำใจยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย
3. การดูแลฟื้นฟู และป้องกันไม่ให้อาการกลับป่วยซ้ำ
 - 3.1 การกระทำที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย

3.3 ให้ผู้ป่วยได้กลับมาประกอบอาชีพ และมีรายได้เป็นของตนเอง

ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ คือ การดูแลเอาใจใส่เพื่อไม่ให้กลับป่วยซ้ำ เกิดจากความรักใคร่ ห่วงใยและผูกพัน

การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผู้ดูแล เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกที่มีระหว่างผู้ดูแลต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นคนที่มีความสำคัญ มีคุณค่า มีความหมายต่อผู้ดูแล ด้วยความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่ ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะมีความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามศักยภาพของผู้ดูแล โดยเรื่องราว สถานการณ์ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้สะท้อนความหมายและคุณค่าที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ครอบครัวเกิดความผูกพัน เกิดความอบอุ่นในครอบครัวมากขึ้นผู้ดูแลการดูแลเป็นการกระทำโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดูแลตนเองได้ ปลอดภัยและไม่กลับมามีอาการป่วยซ้ำ พบ 2 ประเด็นย่อยคือ

1. การทำหน้าที่ด้วยความรักและห่วงใย

ผู้ดูแลหลักทั้งหมดเป็นญาติใกล้ชิดซึ่งมีความเกี่ยวข้องทางสายเลือดกับผู้ป่วย คือเป็นมารดา 6 ราย บิดา 3 ราย พี่ชาย 1 ราย และเป็นน้องชาย 1 ราย ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองในฐานะพ่อแม่ที่ต้องดูแลลูก พี่ต้องดูแลน้อง หรือน้องต้องดูแลพี่ ซึ่งเจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ นอกจากผู้ดูแลหลักจะกระทำการดูแลด้วยความรู้สึกว่าเป็นหน้าที่แล้ว ยังทำด้วยความรู้สึกเต็มใจ รัก ผูกพันห่วงใย และไม่ทิ้งกันกระทำทุกอย่างอย่างเต็มที่เท่าที่จะทำได้

2. เกิดความผูกพัน รักใคร่ในครอบครัวมากขึ้น

การได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม ใส่ใจ รับฟังผู้ป่วยรู้สึกของผู้ป่วย รู้สึกห่วงใยให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ทั้งยังรู้สึกผูกพันรักกันมากยิ่งขึ้น ซึ่งทำให้เกิดความอบอุ่นในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวสนิทกันมากขึ้น เข้าใจกันมากขึ้น ไม่ค่อยมีปากเสียงกัน สามารถเปิดใจคุยกันมากขึ้น รับฟังกันมากขึ้น ครอบครัวก็พลอยมีความสุขมากขึ้นตามซึ่งต่างจากเมื่อก่อนที่อาจจะไม่ได้ใส่ใจคนในครอบครัวเท่าที่ควร สำหรับบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นบิดา-มารดา มองว่าการได้ดูแลผู้ป่วยก็เหมือนกับการได้ดูแลลูกเล็กอีกครั้ง นอกจากนั้นการดูแลผู้ป่วยที่เป็นลูกไม่ว่าจะโตเพียงใดในสายตาของพ่อ-แม่ ยังเสมือนเด็กคนหนึ่งที่คุณแม่ต้องคอยให้ความช่วยเหลือเสมอ

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก และ 6 ประเด็นย่อย ดังนี้

1. การรับรู้ผู้ป่วยผิดปกติและแสวงหาการรักษา

ผู้ดูแล (1.1) รับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากที่มีบุคคลนอกครอบครัวมาบอก และจากการสังเกตของตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว จนนำไปสู่ (1.2) การรักษาผู้ป่วย แต่ด้วยอาการเจ็บป่วยของโรคและแนวทางในการวินิจฉัยรักษาที่มีความซับซ้อน ใช้เวลาในการวินิจฉัยโรคนาน และมีความเฉพาะทางสูง สถานบริการที่จะดูแลรักษาจึงมีน้อย เข้าถึงได้ยากมากกว่าโรคทั่วไป ยาที่รักษาก็ต้องมีการปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และมีอาการข้างเคียงมาก ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาการรักษาและการดูแลอย่างเหมาะสมกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและความสะดวกในการเข้าถึงของผู้ดูแล เช่น ทางไสยศาสตร์ก่อนที่จะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องกับที่โรงพยาบาลปัจจุบัน

1.1 การรับรู้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

1.1.1) จากคนอื่นบอก

บุคคลนอกครอบครัวที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น เพื่อนที่โรงเรียน เพื่อนบ้าน ครู สังเกตเห็นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติไป ไม่ทำหรือไม่สามารถทำในสิ่งที่เคยทำได้ เช่น ขึ้นรถติดคัน ลืมสแกนลายนิ้วมือ ไม่เข้าห้องเรียนตามปกติ เคยทำอาชีพขายผักไม่นำผักมาออกมาขาย จึงนำมาบอกผู้ดูแลหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ทำให้ครอบครัวรวมถึงผู้ดูแลหลักได้รับรู้ถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1.1.2) จากผู้ดูแลสังเกตเห็น

นอกจากนี้บุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่ เริ่มสังเกตเห็นอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของผู้ป่วย ได้แก่ พูดจาไม่รู้เรื่อง ซ้ำ ๆ วกวน หงุดหงิด มือสั่น ตาลอย ไม่ยอมนอน เดินตลอดเวลา เดินออกจากบ้าน เร็วแรงมากกว่าปกติ จำคนที่เคยรู้จักหรือจำพ่อแม่ไม่ได้ จำบ้านและจำทางกลับบ้านไม่ได้ ไม่กล้าตัดสินใจขณะขับรถทั้งที่เดิมตัดสินใจได้ คิดว่ามีคนคอยกลั่นแกล้ง หูแว่วมีคนมาพูดคุยด้วย และประสาทหลอน เป็นต้น

1.2 แสวงหาการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

ผู้ดูแลหลักหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเมื่อรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติไป โดยมีอาการมาก เช่น เอะอะว๊วยว๊วย อาละวาด จนผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดไม่สามารถจัดการได้ หรือนิ่งเงียบ เฉยเมย จนผิดสังเกตจึงได้นำผู้ป่วยไปรับการรักษา ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีประสบการณ์พาผู้ป่วยไปรับการรักษาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลายสถานที่ก่อนที่จะมารับการรักษาประจำที่โรงพยาบาลจิตเวชฯ ดังคำกล่าวผู้ดูแลรายหนึ่ง “พ่อทำทุกอย่าง หมอมีก็ที่ก็มา ยอมทำเพื่อลูก...ก็ไปเรื่อย ๆ ...” (ID3T1) เพื่อแสวงหาสถานบริการที่มีความเหมาะสมกับทั้งผู้ป่วยและญาติ เหมาะสมกับผู้ป่วยคือเมื่อรับการรักษา รวมทั้งรับประทานยาแล้ว อาการผิดปกติทุเลาลง จนเกือบจะปกติ ไม่มีอาการข้างเคียงของยา เช่น น้ำลายไหล ลื่นแข็ง หรือง่วงนอนมาก เป็นต้น ส่วนความเหมาะสมกับผู้ดูแลคือเป็นสถานบริการที่ใกล้เคียงกับที่พัก สะดวกในการไปรับยา

การรักษาที่พาผู้ป่วยไปรับบริการตั้งแต่ระยะแรกประกอบด้วย 1.2.1) การรักษาทางด้านไสยศาสตร์ และ 1.2.2) การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการตรวจร่างกาย การเจาะเลือด การส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย เช่น การทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การเจาะน้ำไขสันหลังส่งตรวจ การตรวจพิเศษทางจิตเวชต่างๆ และที่คลินิกเอกชนใกล้บ้านจนมาถึงโรงพยาบาลจิตเวชฯ ทั้งนี้เป็นไปตามความเชื่อพื้นฐานของสาเหตุการเกิดโรค ผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยไปรับการรักษาด้วยแพทย์ที่โรงพยาบาล เชื่อว่าอาการผิดปกติของผู้ป่วยเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่ต้องกินยา เกิดจากความเปราะบางของผู้ป่วย ประกอบกับได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่ตึงเครียด ส่วนผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยไปรับการรักษาด้วยสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น ไปรักษากับพระ รตนน้ำมนต์ ทำบุญ เพราะมีความเชื่อว่าผู้ป่วยอาจไปล่วงเกินสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น ถูกเจ้าที่เจ้าทางลมนพัดลมเพ หรือจากกรรมเก่า เป็นต้น

1.2.1) การรักษาทางด้านไสยศาสตร์

ผู้ดูแลและครอบครัวส่วนหนึ่งพาผู้ป่วยไปรับการรักษาทางไสยศาสตร์ร่วมด้วย โดยเฉพาะระยะแรก เนื่องจากมีความเชื่อว่าสาเหตุความเจ็บป่วยส่วนหนึ่งมาจากกรรมของผู้ป่วย หรือไปล่วงเกินสิ่งเหนือธรรมชาติ โดยการรตนน้ำมนต์ หรือแก้กรรมตามที่หมอทางไสยศาสตร์ได้แนะนำให้ปฏิบัติ ประกอบกับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันบางรายอาการไม่ได้ดีขึ้นทันที ทำให้ญาติกังวล จึงแสวงหาการรักษาที่คาดหวังจะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นทุกวิถีทาง รวมถึงทางไสยศาสตร์ นอกจากนี้ยังปรึกษาหมอดูตามความเชื่อเรื่องดวงเพื่อหาสาเหตุของการเจ็บป่วยและการแก้ไข

1.2.2) การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

เมื่อพบอาการผิดปกติของผู้ป่วย ผู้ดูแลแสวงหาการรักษาผู้ป่วยหลากหลายวิธี และหลายที่ตามความเชื่อที่อยากให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ จากประสบการณ์ที่เคยพบผู้ที่มีอาการป่วยทางจิต และไม่อยากให้ผู้ป่วยมีอาการเช่นนั้นจึงรีบพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไม่ปล่อยผู้ป่วยทิ้งไว้ให้อาการแย่ลง อีกทั้งยังปรึกษาเพื่อนบ้านเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพื่อขอคำแนะนำ อีกทั้งยังปรึกษาแพทย์ที่คลินิกเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและหาทางนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษานอกจากนี้ยังเชื่อว่าเกิดจากความเปราะบางของผู้ป่วยซึ่งมาจากการเลี้ยงดูในวัยเด็กแบบประคบประหงม เอาอกเอาใจ และคาดหวังในตัวผู้ป่วยสูงเนื่องจากอยากให้มีอนาคตที่ดีจึงคอยกระตุ้นผู้ป่วยทุกเรื่อง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเก็บกดและไม่เป็นอิสระในการคิด เมื่อพบกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดจึงไม่สามารถที่จะเผชิญได้ จนกระทั่งป่วยทางจิต ซึ่งการเข้ารับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกาย การตรวจเลือด การเจาะน้ำไขสันหลังส่งตรวจ การเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อตรวจหาสาเหตุของความผิดปกติ รวมถึงการตรวจสภาพทางจิต โดยผู้ดูแลจะเลือกสถานบริการตามความเหมาะสมและสะดวกต่อการเดินทาง ตั้งแต่โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ/โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ/โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด เมื่อผู้ป่วยพฤติกรรมหรืออาการทางจิตที่ต้องได้รับการส่งต่อตามสิทธิ์การรักษา หรือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชฯ โดยตรง

2. การทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น

2.1 หลากหลายความทุกข์ถ้าโถมเข้ามาในชีวิต

ผู้ดูแลหลักเกิดความทุกข์หรือความคิด ความรู้สึกเชิงลบหลายประการระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ รู้สึกผิด เสียใจที่ทำให้ลูกป่วย เสียใจที่ลูกป่วยแล้วจำพ่อแม่ตนเองไม่ได้ ดูแลตนเองไม่ได้ กังวล เป็นห่วงอนาคตลูก ผิดหวังที่ต้องมาดูแลลูกป่วยแทนที่ลูกจะดูแลตนเอง รู้สึกเครียด นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย ท้อง่าย ฟุ้งซ่าน โดยเฉพาะช่วงที่ต้องดูแลลูกอย่างใกล้ชิดช่วงที่มีอาการ เหนื่อยกาย เหนื่อยใจที่ต้องทำมาหากินและดูแลลูกด้วย หดหู่ น้อยใจที่ผู้ป่วยถูกเรียก “บ้า” เป็นต้น ต้องระบายออกด้วยการร้องไห้ ทั้งยังกลัวว่าคนภายนอกจะมองว่าในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเภท การมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชใครก็เรียกบ้า หลายสิ่งอย่างที่คุณดูแลต้องเผชิญทั้งสังคม สิ่งแวดล้อม ทั้งความรู้สึกภายในของตนเอง

2.2 การทำใจยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย

ผู้ดูแลมีความพยายามควบคุมและปรับความคิดความรู้สึกทางลบหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยไปในทางที่ทำให้ตนเองยอมรับกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นให้ได้ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขมากขึ้น รวมถึงมีกำลังใจสามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ได้แก่ การคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเป็นเรื่องของกรรมเก่าของผู้ดูแลที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยคืน การคิดปลง พยายามลืมหรือไม่คิดถึงความรู้สึกทางลบที่ทำให้ไม่สบายใจ หากิจกรรมอื่น ๆ ทำที่ทำให้ลืมความทุกข์ ทำใจให้สงบหรือให้เย็นลงด้วยการปฏิบัติธรรม พูดคุยระบายความทุกข์กับคนใกล้ชิด มองที่ผลการดูแลคือผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือร้องไห้ออกมา ให้คิดว่าเดี๋ยวมันก็ผ่านไป ให้คิดว่าทุกคนก็มีจุดบกพร่อง ไม่ได้มีเปรียบพร้อมทุกคน รวมทั้งอดทนและทำความเข้าใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ การปรับความคิดของผู้ดูแลเองด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลมีจิตใจที่สงบขึ้น ทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น และมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตและดูแลผู้ป่วยต่อไป

3. การดูแลฟื้นฟู และป้องกันไม่ให้อาการผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำ

3.1 การกระทำที่ตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลมีการกระทำต่างๆ ในชีวิตประจำวันที่ตอบสนองต่อความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ 3.1.1) การดูแลความสะอาดของร่างกาย และการขับถ่ายของผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร กายภาพบำบัด และการทำแผล 3.1.2) ดูแลให้รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง 3.1.3) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องสังเกตอาการทางจิต และผลข้างเคียงจากยาอย่างใกล้ชิด เช่น การทำร้ายตัวเอง ประจำเดือนไม่มา อาการข้างเคียงของยา (ลิ้นแข็ง น้ำลายไหล ง่วงนอน ตัวสั่น เป็นต้น) แล้วนำอาการผิดปกติปรึกษาแพทย์หรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษาผู้ป่วย 3.1.4) เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการสงบลง ผู้ดูแลจะให้

การฝึกหัดผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง รับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ให้ทำงานที่ไม่ซับซ้อน เพื่อกระตุ้นการทำงานของสมองผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีพในชีวิตประจำวันได้ รวมถึงเกิดความภาคภูมิใจในสิ่งที่ทำ โดยผู้ดูแลและบุคคลใกล้ชิดมีหน้าที่กระตุ้น ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆ ในการทำกิจกรรม นอกจากนี้ผู้ดูแลยังดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยด้วย 3.1.5) การสื่อสารที่ระมัดระวังความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วยมากขึ้น ได้แก่ การใช้คำพูดที่ไพเราะ ไม่ดูต่ำ ให้กำลังใจ และยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วย และนอกจากนี้ 3.1.6) คอยเตือนไม่ให้ดื่มเหล้า สูบบุหรี่หรือกระตุ้น

การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้ดูแลกระทำทำให้โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดูแลตนเองได้ ปลอดภัยและไม่กลับมามีอาการป่วยซ้ำ

3.1.1) การกระทำที่ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมตามความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย โดยการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลบาดแผลกดทับ และการทำกายภาพบำบัด การให้อาหารทางสายยาง ซึ่งเป็นการฟื้นฟูผู้ป่วยสภาพผู้ป่วยอย่างค่อย ๆ เป็น ค่อย ๆ ไป

3.1.2) การกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง

การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างใกล้ชิดเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทระยะที่มีอาการหรือเมื่ออาการสงบแล้วแต่การทำหน้าที่ทางความคิดยังไม่ดี อาจทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองให้รับประทานยาได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับมามีอาการป่วยซ้ำ ได้รับยาอย่างต่อเนื่องจนมีอาการดีขึ้น ภายหลังรับยาผู้ป่วยสามารถกลับมาทำงานได้ อารมณ์ร่าเริงแจ่มใส มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สามารถออกไปกิจกรรมทางสังคมได้ ซึ่งผิดจากเมื่อก่อนที่ผู้ป่วยเก็บตัว แยกตัว อารมณ์ร้อนโมโหง่าย เป็นต้น ทำให้เห็นได้ว่ายามีส່วนช่วยผู้ป่วยอย่างเห็นได้ชัด ผู้ดูแลจึงพาผู้ป่วยมารับยาต่อเนื่องและไม่เคยขาดยา หากผู้ป่วยทำงานไม่สะดวกมารับยาด้วยตนเอง ผู้ดูแลจะรับหน้าที่ในการมารับยาแทนผู้ป่วย ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคที่สามารถรักษาได้ โดยทั้งการดูแลและการรับประทานยาต่างเป็นส่วนสำคัญ ผู้ดูแลบางส่วนต้องเผชิญกับการต่อรองกับผู้ป่วยซึ่งคิดว่าตนเองหายแล้วไม่ยอมรับรับประทานยา หรือคิดว่ารับประทานยาแล้วไม่เห็นผล ผู้ดูแลจะคอยโน้มน้าวผู้ป่วยให้รับประทานยาต่อเนื่องโดยใช้กลวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาและไม่ขาดยา ทั้งนี้ระยะเวลาในการรับประทานยา การปรับลดยาหรือการหยุดยาจิตแพทย์จะเป็นผู้ประเมินตามความเหมาะสม แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่กลับมาเหมือนเดิม 100% แต่ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ด้วยตนเอง ทำงานได้ เมื่อเป็นเช่นนี้ทำให้ผู้ดูแลไม่ท้อและมี

กำลังใจสู้ต่อเดินหน้าต่อ มารับยาต่อเนื่องทุกเดือน “การเป็นผู้ป่วยจิตเวชเป็นได้ก็สามารถรักษาได้” (ID11T1)

3.1.3) สังเกตอาการผิดปกติทางจิต และผลข้างเคียงจากยาอย่างใกล้ชิด

การปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ดูแลนั้นมีส่วนสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ทั้งคอยสังเกตเฝ้าระวังพฤติกรรมไม่ให้ห่างสายตา ทั้งคอยติดตามเรื่องการรับประทานยา การดูแลเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาปรึกษาแพทย์ เช่น อาการตัวแข็ง น้ำลายไหล อาการสั่น ประจำเดือนไม่มา เป็นต้น การมาพบแพทย์ตามนัด หรือแม้กระทั่งการเฝ้าระวังสังเกตอาการของผู้ป่วยมีเหตุการณ์ความสูญเสียเกิดขึ้นในชีวิตผู้ป่วย เฝ้าระวังผู้ป่วยจะมีอาการคลุ้มคลั่งอย่างที่เคยเป็น ซึ่งการกระทำเหล่านี้เพราะไม่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำ

3.1.4) การฝึกหัดให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมหรืองานที่ไม่ซับซ้อน

ผู้ดูแลและครอบครัวมีการดูแลผู้ป่วยด้วยการฝึกหัดผู้ป่วยให้ทำงานที่ไม่ซับซ้อนหรือกตัตนเกินไป เพื่อฟื้นฟูทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น มีรายได้เล็กๆ น้อยๆ สำหรับใช้จ่าย และมีความภาคภูมิใจในตัวเอง เช่น ฝึกฝนให้ดูแลความสะอาดร่างกายและกินยาด้วยตนเอง ให้ทำสวน เลี้ยงเป็ด เลี้ยงไก่ หรือทำงานล้างถ้วยล้างชาม ในบริเวณใกล้บ้าน หรือช่วยพ่อขับรถ ให้ผู้ป่วยได้บริหารและรับประทานยาด้วยตนเองหรือคอยโทรเตือนให้รับประทานยาเมื่อต้องออกไปทำธุระนอกบ้าน โดยผู้ดูแลหลักและบุคคลใกล้ชิดมีหน้าที่คอยกระตุ้น ให้กำลังใจ ปรึกษาประครองให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้กันอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่ทำ ส่งผลต่อความรู้สึกภาคภูมิใจของผู้ป่วย

3.1.5) พูดด้วยดี ๆ ใช้คำพูดละมุนละม่อม ไม่ดุด่า ให้กำลังใจ

ผู้ดูแลมีการสื่อสารเพื่อช่วยการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยใช้คำพูดที่ละมุนละม่อม ให้กำลังใจ ไม่ดุด่า เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยมีโอกาสคิดและแสดงความคิดเห็น ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์ความรู้สึกที่สงบ และมีเหตุผลมากขึ้น ไม่มีอาการกำเริบ ผู้ดูแลมีส่วนช่วยผู้ป่วยได้เป็นอย่างมากโดยการพูดดี ๆ กับผู้ป่วย โอนอ่อนโยนไปกับผู้ป่วย ไม่ขัดใจแม้ว่าผู้ป่วยยังมีอาการหลงผิด ระวัง การไม่ซ้ำเติม เพราะการตอกย้ำซ้ำเติมยิ่งทำให้ผู้ป่วยจมดิ่งลงยากจะหวนกลับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไม่พูดจู้จี้จั่วไซ จู้จี้จุกจิก เสมือนเป็นการไปกระตุ้นผู้ป่วยให้โมโห ปลอบใจให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติด้วยตนเอง การไม่พูดเสียงดัง โหวกเหวกโวยวาย ดุด่าว่ากล่าว ไม่ทะเลาะกับผู้ผู้ป่วย เพราะไม่เกิดประโยชน์

3.1.6) คอยเตือนไม่ให้ดื่มเหล้า สูบบุหรี่หรือสารกระตุ้น

การใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นการลดประสิทธิภาพการทำงานของยา ดังนั้นผู้ดูแลจึงให้ความสำคัญและระมัดระวัง คอยเตือนผู้ป่วยเรื่องการไม่ใช้สารเสพติดทุกประเภท เพราะไม่เพียงมีผลต่อฤทธิ์การทำงานของยา ยังมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและยังอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีเรื่องวิวาท

ได้ นอกจากนี้ยังรับสมุนไพรจากโรงพยาบาลชุมชนมาต้มรับประทานเพื่อช่วยอาการอยากบุหรี่ยุ่ หากผู้ป่วยยังไม่สามารถเลิกติ่มสุรา ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ยุ่ได้ แพทย์ยังไม่สามารถหยุดยาหรือปรับลดขนาดยาได้ หากปรับลดผู้ป่วยอาจจะกลับมามีอาการเหมือนเดิม ทั้งนี้ผู้ดูแลยังคอยเตือนผู้ป่วยเรื่องการติ่มน้ำอัดลม หรือเครื่องติ่มชูกำลัง เครื่องติ่มหลังเสียเหงื่อ

3.2 ให้ผู้ป่วยได้กลับมาประกอบอาชีพ และมีรายได้เป็นของตนเอง

การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยช่วงแรกต้องค่อย ๆ ฝึก ค่อย ๆ หัดทุกอย่าง แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูดีแล้ว ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานยาด้วยตนเองโดยผู้ดูแลมีหน้าที่เพียงสังเกตดูห่าง ๆ หรือโทรเตือนเมื่อต้องออกไปทำธุระนอกบ้าน การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถดูแลคนในครอบครัว โดยการทำอาหารให้รับประทานหรือการทำงานบ้านอีกด้วย นอกจากนี้เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับประกอบอาชีพได้ดังเดิม หรือมีอาชีพเป็นของตนเองตามศักยภาพและความสามารถที่ผู้ป่วยทำได้ ทำให้ผู้ป่วยมีรายได้เป็นของตนเองและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การทำงานสวนผัก ทำงานแม่บ้านที่ อบต. ชัยวินมอเตอรียุ่ศัฒ์ ทำงานโรงงานคัดแยกขวด รับจ้างทั่วไป ทำงานโรงงานไขน้อตประกอบเครื่องจักรไฮดรอลิก เป็นต้น

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามการให้ความหมายและประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ ตามประเด็นหลัก ดังนี้ ส่วนที่ 1 ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับป่วยซ้ำ หมายถึง การดูแลเอาใจใส่เพื่อไม่ให้กลับป่วยซ้ำ เกิดจากความรักใคร่ ห่วงใยและผูกพัน ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับป่วยซ้ำ ดังนี้ 1) การรับรู้ว่าคุณป่วยผิดปกติและแสวงหาการรักษา 2) การทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และ 3) การดูแลฟื้นฟู และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำ

ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

การให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยผู้ดูแล เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกที่มีระหว่างผู้ดูแลต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นคนที่มีความสำคัญ มีคุณค่า มีความหมายต่อผู้ดูแล ด้วยความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่ ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะมีความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามศักยภาพของผู้ดูแล โดยเรื่องราว สถานการณ์ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้สะท้อนความหมายและคุณค่าที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ครอบครัวเกิดความผูกพัน เกิดความอบอุ่นในครอบครัวมากขึ้น การดูแล

เป็นการกระทำโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดูแลตนเองได้ ปลอดภัยและไม่กลับมามีอาการป่วยซ้ำ

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์ จิตใจ เช่น รัก ห่วงใย เป็นหน่วยพื้นฐานแห่งการแลกเปลี่ยนที่สำคัญ การแลกเปลี่ยนกันก็คือความรักและพร้อมจะเสียสละให้แก่กัน ถ้าการแลกเปลี่ยนเป็นไปในลักษณะที่พึงพอใจ ก็จะมีความไว้วางใจกัน เอื้ออาทรต่อกัน (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2553) โดยผู้ดูแลพยายามพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและความผูกพันใกล้ชิดในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง (Imkome & Waraassawapati, 2018) สอดคล้องกับ McAuliffe et al. (2014) กล่าวว่า ความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก คือการยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลด้วยความรู้สึกรัก รับผิดชอบต่อผู้ป่วย

ผู้ดูแลรู้สึกเข้มแข็งมากขึ้นและเรียนรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งในท้ายที่สุดช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญต่อความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยได้ เพราะไม่เพียงแต่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้นที่ต้องประสบกับความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ยังมีครอบครัวอื่นที่อยู่สถานการณ์เดียวกัน รักผู้ป่วยมากขึ้น มีความสุขมากขึ้น และไม่โกรธกับพฤติกรรมทางลบของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ McCann et al. (2011) ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ได้รับการดูแลมีความผูกพันลึกซึ้งมากกว่าก่อนป่วย เปิดใจมากขึ้น สิ่งสำคัญคือการมีความหวังในอนาคต ถึงแม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะมีความยุ่งยากต่อการดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะต้องสร้างสมดุลระหว่าง การดูแลผู้ป่วย การดูแลครอบครัว การทำงาน และพันธกิจอื่น ๆ ที่ต้องทำ โดยปัจจัยที่ช่วยทำให้สัมพันธ์ภาพแน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้น ได้แก่ ความซื่อตรง ความไว้วางใจ ผู้ดูแลให้ความสนใจใส่ใจและอยู่เคียงข้างผู้ป่วยเสมอ และเข้าใจสภาวะการณ์ของผู้ป่วย ในทำนองเดียวกันการศึกษาของ ณีฐฎกฤตา เขาวรรารักษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นการแสดงออกด้วยความห่วงใย และการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีความสุขใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย โดยการดูแลทางด้านร่างกาย และความเป็นอยู่ในแต่ละวัน และการทำกิจกรรมที่ชอบร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าให้มีอาการดีขึ้น หรืออาการคงที่ไม่แย่ลงไปจากเดิม ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลต่างก็มีความสุข ซึ่งเกิดจากการดูแลที่ดี เหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในสิ่งที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับ นิภาวรรณ ศรีโยหะ (2560) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนั้นครอบครัวยังยอมรับที่ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนปกติอีกครั้งหนึ่ง นอกจากนี้ Bademli & Duman (2016) ยังกล่าวว่า การดูแลทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อได้ดูแลบุคคลที่รักให้มีความสุขกายสบายใจ ในขณะที่ นิภาวรรณ ศรีโยหะ (2560) กล่าวว่า ผู้ดูแลที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วย เป็นลักษณะความสัมพันธ์แบบ

คู่ชีวิต ให้การดูแลโดยที่ไม่สามารถทอดทิ้งกันได้ ซึ่งเกิดจากความรักความผูกพันที่มีต่อกัน ผ่านช่วงเวลาสุข-ทุกข์มาด้วยกัน จึงประคับประคองความสัมพันธ์เพื่อครอบครัวต่อไป

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

1) การรับรู้ของผู้ป่วยผิดปกติและแสวงหาการรักษา

ผู้ดูแลรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากที่มีบุคคลนอกครอบครัวมาบอก และจากการสังเกตของตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว จนนำไปสู่การรักษาผู้ป่วย แต่ด้วยอาการเจ็บป่วยของโรคและแนวทางในการวินิจฉัยรักษาที่มีความซับซ้อน ใช้เวลาในการวินิจฉัยโรคนานและมีความเฉพาะทางสูง สถานบริการที่จะดูแลรักษาจึงมีน้อย เข้าถึงได้ยากมากกว่าโรคทั่วไป ยาที่รักษาก็ต้องมีการปรับขนาดยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และมีอาการข้างเคียงมาก ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาการรักษาและการดูแลอย่างเหมาะสมกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและความสะดวกในการเข้าถึงของผู้ดูแล ทั้งทางไสยศาสตร์ หรือหาพระตามความเชื่อทางศาสนา ก่อนที่จะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องกับที่โรงพยาบาล ปัจจุบัน ผู้ดูแลหลักหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเมื่อรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติไป โดยมีอาการทางจิตมากขึ้น เช่น ะอะโวยวาย อาละวาด จนผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดไม่สามารถจัดการได้ หรือนิ่งเงียบเฉยเมยจนผิดสังเกตจึงได้นำผู้ป่วยไปรับการรักษา ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่มีประสบการณ์พาผู้ป่วยไปรับการรักษาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลายสถานที่ ทั้งการรักษาทางไสยศาสตร์ และการไปหาพระตามความเชื่อทางศาสนา ก่อนที่จะมารับการรักษาประจำที่โรงพยาบาลจิตเวชฯ ดังคำกล่าวของผู้ดูแลรายหนึ่ง “พ่อทำทุกอย่าง หมอมีก็ทำมา ยอมทำเพื่อลูก...ก็ไปเรื่อย ๆ ...” (ID3T1) โดยการแสวงหาสถานบริการที่มีความเหมาะสมกับทั้งผู้ป่วยและญาติ เหมาะสมกับผู้ป่วยคือเมื่อรับการรักษารวมทั้งรับประทานยาแล้ว อาการผิดปกติทุเลาลง จนเกือบจะปกติ ไม่มีอาการข้างเคียงของยา เช่น น้ำลายไหล ลิ้นแข็ง หรือง่วงนอนมาก เป็นต้น ส่วนความเหมาะสมกับผู้ดูแลคือเป็นสถานบริการที่ใกล้เคียงกับที่พัก สะดวกในการไปรับยาที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Tharoor & Ganesh (2015) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์และจำแนกอาการผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้จากอาการของผู้ป่วยที่ผิดปกติไปจากเดิม โดยมีอาการซึมเศร้า หรือการเบื่ออาหาร มีปัญหาการนอน (vegetative symptom) ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดจากความเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย การขาดความสนใจในการทำกิจกรรมความสามารถในการปรับตัวแย่งลง (Poor adjustment) และอาการหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ครัวตัดสินหาทางช่วยเหลือผู้ป่วย

การรับรู้การเจ็บป่วยเป็นคุณลักษณะสำคัญอย่างยิ่งของผู้ดูแลที่ทำให้เกิดการแสวงหาทางรักษาผู้ป่วย (Gloria et al., 2018) ทั้งนี้ผู้ดูแลจะคาดเดาสาเหตุของการเจ็บป่วย โดยมองว่าอาจจะมา

จากครอบครัว เหตุการณ์แวดล้อม จากตัวผู้ป่วยเอง หรือหลายสาเหตุร่วมกัน (ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2556; นิภาวรรณ ศรีโยหะ, 2560; ปิยะฉัตร เอี่ยมสะอาด, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamker (2015) กล่าวว่า จะเข้ารับการรักษาตามความเชื่อ หรือพบแพทย์แผนปัจจุบัน หรือหลายวิธีร่วมกันเพราะหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้น ซึ่งการเข้ารับการรักษาที่ล่าช้ามีสาเหตุเนื่องมาจาก ไม่เข้าใจธรรมชาติของโรคจิตเภท ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่มีผู้สนับสนุน ขาดแรงจูงใจ หรือกลัวการตีตรา รังเกียจเสียคน ซึ่งการส่งผลกระทบต่อพยากรณ์โรคหรือผลลัพธ์ในการรักษาที่ไม่ดี ในทำนองเดียวกัน Tharoor & Ganesh (2015) กล่าวว่า จากคุณลักษณะของการเจ็บป่วยทางจิต ยังมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งเหนือธรรมชาติ (Supernatural) เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ดังเช่น อนุทวีปในอินเดีย (Indian sub-continent) ที่ยังมีความเชื่อเกี่ยวกับไสยศาสตร์ (MAGICO-religious) และผู้ดูแลทนต่ออาการทางจิตในระดับสูง ดังนั้น ครอบครัวจึงแสวงหาทางช่วยเหลือตามวิธีการความเชื่อทางศาสนาในการรักษาโรค (faith healers) เป็นอันดับแรก หลังจากนั้นจึงพิจารณาเข้ารับการรักษาทางจิต ในขณะที่ Napa et al. (2017) กล่าวว่า การรับรู้การป่วยครั้งแรกของผู้ป่วย ผู้ดูแลยังได้รับคำแนะนำปรึกษาจากผู้อายุ หรือขึ้นกับการตัดสินใจของผู้ดูแลหลักในการแก้ปัญหา ผู้ดูแลจะพัฒนาความรู้สึกของการดูแล อาทิ ความรับผิดชอบในการดูแล ให้การดูแลและควบคุมอาการเจ็บป่วยซึ่งเกิดขึ้นในบทบาทการให้การดูแลในครอบครัว

การรับยารักษาโรคจิตมีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะโรคกำเริบ (Acute Episode) และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Ginovart & Kapur, 2012 cited in Gloria et al., 2018) โดยประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะมีความผกผันระหว่างระยะที่ผู้ป่วยมีอาการสงบ (remission) และระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบจะมีความต้องการจากผู้ดูแล ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการสงบ ความต้องการผู้ดูแลจะลดลง ความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เป็นลูก จะเพิ่มความรับผิดชอบต่อผู้ดูแลมากขึ้น นอกจากนี้ความหวังในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยไม่ได้เป็นเพียงแนวคิดเดียวสำหรับผู้ดูแล กระบวนการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในลักษณะขึ้น ๆ ลง ๆ ระหว่างการมีความหวังหรือการมองโลกในแง่ดีกับการหมดความหวังหรือการมองโลกในแง่ร้าย การตอบสนองต่อการรักษาในทันทีหรือยาวนานขึ้น สังคม อิทธิพลของบริบทแวดล้อม เหล่านี้เป็นตัวกำหนดโดยระดับความผาสุกของผู้ป่วย (McCann et al., 2011)

2) การทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น

ผู้ดูแลหลักเกิดความทุกข์หรือความคิด ความรู้สึกเชิงลบหลายประการระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ รู้สึกผิด เสียใจที่ทำให้ลูกป่วย เสียใจที่ลูกป่วยแล้วจำพ่อแม่ตนเองไม่ได้ ดูแลตนเองไม่ได้ กังวลเป็นห่วงอนาคตลูก ผิดหวังที่ต้องมาดูแลลูกป่วยแทนที่ลูกจะดูแลตนเอง รู้สึกเครียด นอนไม่หลับ เหนื่อยง่าย ท้อง่าย ฟุ้งซ่าน โดยเฉพาะช่วงที่ต้องดูแลลูกอย่างใกล้ชิดช่วงที่มีอาการ เหนื่อยกาย เหนื่อย

ใจที่ต้องทำมาหากินและดูแลลูกด้วย หดหู่ น้อยใจที่ผู้ป่วยถูกเรียก “บ้า” เป็นต้น หลายสิ่งอย่างที่คุณดูแลต้องเผชิญทั้งสังคม สิ่งแวดล้อม ทั้งความรู้สึกภายในของตนเอง

การดูแลเป็นการรับรู้ประสบการณ์เศร้าเพราะเป็นการสะท้อนการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล พ่อ-แม่ พี่น้องที่มีลูกหรือพี่น้องที่มีอาการทางจิตมักจะรู้สึกอับอายและมีตราบาป ความรู้สึกตราบาปในครอบครัวจะอยู่ในระดับต่ำถ้าผู้ป่วยยังสามารถถูกกระตุ้นให้ไปทำงานได้ ครอบครัวได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษา การได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และการพูดคุยกับนักบวช พระ หรือบุคคลที่ตนเองเคารพบูชาจะทำให้ความรู้สึกนี้ลดลง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เผชิญกับการเป็นตราบาปโดยเปิดเผยในเรื่องความเจ็บป่วยของลูกหรือบุคคลในครอบครัว แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ยังเก็บไว้เป็นความลับเพราะกลัวจะถูกตีตราจากสังคม (Wong et al., 2009; McCann, Lubman & Clark, 2011b; วิไล นาป่า, 2561) ในทำนองเดียวกันการศึกษา Khamker (2015) กล่าวว่า การป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล ที่ได้รับความทุกข์ทรมานใจจากอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทั้งกลัวสับสนในความสัมพันธ์เนื่องจากผู้ป่วยของผู้ป่วยขึ้น ๆ ลง ๆ คุ่มดีคุ่มร้าย และพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังต้องเผชิญกับการตีตราและความรู้สึกผิดจากการเจ็บป่วยทางจิต ในขณะที่มยุรี กลั้ววงศ์ และคณะ (2552) พบว่าความเครียดส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่ายในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท และทำให้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยลดลง และ นิภาวรรณ ศรีโยหะ (2560) กล่าวว่า ผู้ดูแลบางครั้งโมโห หงุดหงิดใจเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เหนื่อยทั้งกาย เหนื่อยทั้งใจ เหนื่อยจนท้อ เหนื่อยในการใช้ความพยายามทำความเข้าใจ ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ในทำนองเดียวกันกัน Huang et al. (2009) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะทางอารมณ์ ได้แก่ ความเป็นกังวลกับอาการของผู้ป่วย เช่น ออกไปข้างนอกทั้งคืนไม่นอน ทำไฟไหม้บ้านโดยไม่ตั้งใจ หรือก่ออาชญากรรม เป็นต้น เสียใจที่ตัวโรครักษาได้ยากและหมดความหวัง และกลัวเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ Imkome & Waraassawapati (2018) กล่าวว่าผู้ดูแลมีความเคลือบแคลงใจและเป็นกังวล ซึ่งสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการด้านบวก และการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนและสังคมของผู้ป่วย ในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามและความอดทนเป็นอย่างสูง เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ เมื่อให้การดูแลไปได้สักระยะผู้ดูแลจะเกิดการเรียนรู้และพยายามปรับตัว ซึ่งในการปรับตัวนั้นอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล แต่ต้องเผชิญกับปัญหาเหล่านั้นเพื่อหาทางแก้ไขให้ได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่ามี 2 ลักษณะ คือ 1) มุ่งจัดการปัญหา (Problem focus coping คือการที่บุคคลพยายามจัดการกับ

สภาพแวดล้อมเพื่อเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น และ 2) มุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional focus coping) คือการที่บุคคลพยายามปรับอารมณ์และความรู้สึกเพื่อลดความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น

ผู้ดูแลมีความพยายามควบคุมและปรับความคิดความรู้สึกทางลบหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยไปในทางที่ทำให้ตนเองยอมรับกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นให้ได้ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขมากขึ้น รวมถึงมีกำลังใจสามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ได้แก่ การคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเป็นเรื่องของกรรมเก่าของผู้ดูแลที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยคืน การคิดปลง พยายามลืมหรือไม่คิดถึงความรู้สึกทางลบที่ทำให้ไม่สบายใจ หากิจกรรมอื่น ๆ ทำที่ทำให้ลืมความทุกข์ ทำใจให้สงบหรือให้เย็นลงด้วยการปฏิบัติธรรม พุดคุยระบายความทุกข์กับคนใกล้ชิด มองที่ผลการดูแลคือผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หรือร้องไห้ออกมา ให้คิดว่าเดี๋ยวมันก็ผ่านไป ให้คิดว่าทุกคนก็มีจุดบกพร่อง ไม่ได้มีเปรียบพร้อมทุกคน รวมทั้งอดทนและทำความเข้าใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ การปรับความคิดของผู้ดูแลเองด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลมีจิตใจที่สงบขึ้น ทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น และมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตและดูแลผู้ป่วยต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภาวรรณ ศรีโยหะ (2560) กล่าวว่า สิ่งที่ได้จากการดูแลมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ดูแลทราบถึงบุคลิก ลักษณะนิสัย ความคิดพื้นฐาน ความต้องการของผู้ป่วยซึ่งผู้ดูแลหลักรู้ลักษณะนิสัยใจคอของผู้ป่วยเป็นอย่างดีจึงวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม ในทำนองเดียวกันการศึกษาของ ณิชฎฐกฤตดา เซาว์วราชรักษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) กล่าวว่า การปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย ต้องปรับทั้งตัว ปรับทั้งอารมณ์ และปรับพฤติกรรมเพื่อให้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งผู้ดูแลมีการปรับสภาพจิตใจเพื่อให้ตนเองดีขึ้น ได้แก่ การยอมรับและปรับตัว (ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2556; อภิญญา เจริญฉ่ำ, 2556)

ในขณะที่ ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม (2544) กล่าวว่า การที่ผู้ดูแลพยายามทำความเข้าใจการเจ็บป่วย ความต้องการของผู้ป่วย และการปรับตนเองตามความต้องการของผู้ป่วย และยอมรับบทบาทของการดูแลด้วยการทำใจ ในทำนองเดียวกัน Pusey-Murray & Miller (2013) กล่าวว่า ประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดูแล การรักษาสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ โดยความยุ่งยากในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมี 4 ประการ ได้แก่ 1) ความตึงเครียด 2) การควบคุมดูแล 3) ความกังวล และ 4) แรงกระตุ้น ในขณะที่ Chan (2011) กล่าวว่าผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีหลากหลายบริบท โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีความทุกข์จากการเจ็บป่วยของตนเอง 2) ผู้ดูแลมีประสพการณ์รับภาระจากการดูแลผู้ป่วย รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจากการรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในตลอดจนผู้ป่วยนอก และ 3) สังคม ความตึงเครียดในระบบบริการด้านสุขภาพ เช่น จำนวน

ครั้งในการนอนโรงพยาบาล โดยที่ Young et al.(2019) กล่าวว่า การคิดบวกเชื่อมโยงกับระดับจิตใจ หรือการเพิ่มองค์ความรู้ซึ่งเป็นมุมมองที่ช่วยให้ผู้ดูแลเชื่อมโยงกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ โดยการยอมรับและการคงไว้ซึ่งทัศนคติทางบวก ในทำนองเดียวกัน McCann et al. (2011) และ Nyström & Svensson (2004) กล่าวว่า ถึงแม้ว่าธรรมชาติของการเจ็บป่วยทางจิตจะไม่สามารถคาดการณ์ได้ สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือการมองโลกในแง่ดีและอนาคตข้างหน้าจะดีขึ้น

3) การดูแลฟื้นฟู และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ การกระทำหรือกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยในวิถีชีวิตประจำวัน รวมถึงแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและช่วยเหลือตนเองได้ ปลอดภัย และไม่กลับมามีอาการป่วยซ้ำ โดยกระทำด้วยความรู้สึกห่วงใยและผูกพันกับผู้ป่วยซึ่งเป็นลูกหรือญาติพี่น้องร่วมสายเลือด ที่เจ็บป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการสงบดูเหมือนจะเข้าใจที่เป็นการก่อนหน้านี้จะป่วยหรือดูเหมือนจะเทียบเคียงได้กับระยะก่อนป่วย อาการแสดงของโรคจิตอาจจะหายไปหรือลดน้อยลงมาก แต่ในระยะนี้ผู้ป่วยยังคงมีโอกาสเกิดโรคกำเริบได้ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยไปพบปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นก็อาจจะทำให้เกิดโรคกำเริบขึ้นมากอีกครั้งหนึ่ง ระยะนี้จึงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ยังคงต้องยึดติดกับแผนการรักษา และจะต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกาย จิตใจให้มีความเข้มแข็งอยู่เสมอให้สามารถดูแล จัดการ ควบคุม รับผิดชอบตนเองให้สามารถรับมือกับการใช้ชีวิตประจำวันให้ได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยสภาพอุดมคติ (ideal) แล้วการบำบัดรักษาพยาบาลควรจะทำให้ผู้ป่วยหายจากการป่วยโดยไม่มีอาการหลงเหลืออยู่เลย (Herzog, 2014; ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ และสุชาติพหลภาคย์, 2562) ในขณะที่การศึกษาของ นิภาวรรณ ศรีโยหะ (2560) และ จีรนนท์ ชันแข็ง (2548) กล่าวว่า การดูแลยังเป็นการเอาใจใส่ในทุก ๆ เรื่อง ยังเป็นการเอาใจใส่ในทุก ๆ เรื่อง ทั้งกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การรับประทานยาให้ตรงเวลา โดยช่วงแรกผู้ดูแลจะช่วยจัดยาให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นให้จัดยารับประทานเอง ผู้ดูแลจะคอยกระตุ้นเตือนร่วมกับการสังเกต โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการสังเกตแบบสอดส่องดูแล ระวังสังเกตอาการ (unobtrusive observation) (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2551) เมื่อผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพดีแล้ว ผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีงานทำเป็นของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจที่มีรายได้เป็นของตนเอง โดยการให้ผู้ป่วยได้ประกอบอาชีพ และทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยบางส่วนกลับไปทำงานประจำที่ตนเองเคยทำ ซึ่งหากที่ทำงานและที่พักอยู่คนละที่กับผู้ดูแล ผู้ดูแลจะคอยโทรสอบถามเรื่องความเป็นอยู่และการรับประทานยา ทั้งนี้

ผู้ป่วยบางส่วนผู้ดูแลให้ประกอบอาชีพกลับบ้าน เป็นงานประจำที่ไม่ซับซ้อน ซึ่งผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดและช่วยกำกับให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งได้ และการที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทผ่านวิกฤตการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้ สามารถดำรงชีพได้ทำให้ครอบครัว ทำให้เกิดความผูกพัน รักใคร่ในครอบครัวมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang & Horrocks (2006) กล่าวว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ และการรับประทานยาด้วยตนเอง ซึ่งผู้ดูแลจะทำหน้าที่ติดตามกำกับและสอดส่องดูแลพฤติกรรมในการรับประทานยาของผู้ป่วยในบางโอกาส สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเองและฝึกทักษะทางสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าของการมีอยู่ (Being-in-the-world)

การช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการพื้นฐานในการทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ประกอบด้วย การให้การดูแลต่อเนื่อง ช่วยเหลือ พี่นผู้ป่วยในการทำกิจกรรมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งเสริมทักษะทางสังคม ซึ่งผู้ดูแลจะรับผิดชอบต่อปัญหาของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะคือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถดูแลตนเองได้ 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลตนเองได้แต่ทำงานไม่ได้ และ 3) ผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เพียงเล็กน้อย (Juntapim & Nuntaboot, 2018) ในขณะที่ สุนทรภรณ์ ทองไสย (2558) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างยั่งยืนในบริบทของสังคมไทย ควรมีการฝึกหัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสรับผิดชอบต่อตนเองเท่าที่สามารถทำได้ เช่น การทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ การเตือนตนเองเมื่อต้องรับประทานยา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า และมีความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้ ปิยะฉัตร เอี่ยมสะอาด (2544) กล่าวว่า ควรหลีกเลี่ยงเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วย เพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด นอกจากนี้จิรนนท์ ชันแข็ง (2548) และ จุฬาลักษณ์ ชำของ (2547) รวมถึงการงดและลดสารกระตุ้นประสาททั้งแอลกอฮอล์ สารเสพติดที่จะทำให้อาการทางจิตกำเริบ โดย Kane (2007) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะโรคสงบ (remission) เป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท และหากผู้ป่วยไม่มีการกลับป่วยซ้ำ (relapse) ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นฟูกลับมาทำหน้าที่ได้ โดยในการกลับป่วยซ้ำแต่ละครั้ง การฟื้นตัวจะช้าลงและเป็นสาเหตุให้อาการของโรคแย่ลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ (Psychotic episode) การทำให้โรคสงบในโรคจิตเภทมีความหมายต่อการรักษาเป็นอย่างยิ่ง เพราะสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ ระยะโรคสงบ (remission) ทำให้ผู้ป่วยมีอาชีพ สามารถทำหน้าที่ทางสังคม สามารถกลับมาทำงานได้ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ดังนั้นการทำให้โรคสงบ (remission) และผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวกลับมา (recovery) จึงเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิตของผู้ป่วยและสังคม

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ ผลการวิจัยที่ได้อาจนำไปเป็นแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในให้การดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำหลังได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและผู้ดูแล เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถทั้งในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

1. จากการศึกษาพบว่า ในช่วงแรกเมื่อรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท จึงแสวงหาความเชื่อที่หลากหลายในการดูแลทั้งวิธีการด้านไสยศาสตร์และตามความเชื่อทางศาสนาทำให้ช่วงระยะเวลาที่ไม่ได้รับการรักษาเนิ่นนานออกไป (Duration of untreated psychosis) ดังนั้นจึงความเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและการดูแลให้กับผู้ดูแลกลุ่มนี้มากขึ้น การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

2. จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเกิดการยอมรับความเจ็บของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและปรับตัวยอมรับในบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมของผู้ป่วย ฟื้นฟูผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยบกพร่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำงานและใช้ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง และการดูแลป้องกันเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ โดยการสังเกตอาการผิดปกติทางจิต อาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา และปรึกษาแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย การดูแลที่ดีเหล่านี้จะเป็นส่วนสำคัญที่ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำ

3. จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล ทั้งความเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือวิตกกังวล ดังนั้นแล้วผู้ดูแลควรได้รับการประเมิน การให้คำปรึกษาในการจัดการปัญหาตามความเหมาะสม หรือมีการพัฒนากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำหลังการวินิจฉัยครั้งแรก (Caregiver support group) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน และสนับสนุนทางด้านจิตใจ สังคมของผู้ดูแลต่อไป

4. จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้การดูแลผู้ป่วยโดยผู้ดูแลและมีพยาบาลสนับสนุน ในการเจ็บป่วยครั้งแรก จะทำให้เกิดความเข้าใจได้ดีกว่ารอให้ป่วยเรื้อรัง เพื่อเป็นการพัฒนาการให้ข้อมูล คำปรึกษา และการสนับสนุนแก่ผู้ดูแล และพัฒนาระบบการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

5. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่ผู้ดูแลสังเกตพบอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้เร็วและการแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยเร็วในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หากบทบาทการดูแลของผู้ดูแลถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยจะอยู่ในระยะโรคสงบ สามารถควบคุมอาการทางจิตได้กลับมาใช้ชีวิตประจำวัน ประกอบอาชีพได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำหลังการวินิจฉัยครั้งแรก ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มเติมดังนี้

1. ควรมีการศึกษาผลกระทบที่เกิดต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
2. ควรมีการพัฒนากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ (Caregivers support group) กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (First Episode Schizophrenia) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ และสนับสนุนด้านจิตใจ สังคมซึ่งกันและกันต่อไป
3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ ภายหลังจากได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2559). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559 (Annual Report 2016). กรุงเทพฯ: หจก. บากกอกบลิ๊อก.
- กรมสุขภาพจิต. (2561). ประชาสัมพันธ์กรมสุขภาพจิต ข่าวแจกกรมสุขภาพจิต: รพ.จิตเวชโคราช พัฒนาระบบดูแล “ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงทันสมัย” ทันสมัย! ลดป่วยซ้ำอยู่หมัด! [online]. <http://www.prdmh.com/.html> [8 พ.ค. 2561].
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2545. [online]. <http://www.dmh.moph.go.th/report/population/pop.asp>.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (2555-2559) และนโยบายกรมสุขภาพจิตประจำปี 2557-2558. [online]. <https://www.dmh.go.th/intranet/p2554/dmh2554.pdf> [23 ก.ค. 62].
- กัญญ์ฐิตา ศรีภา. (2555). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ. วารสารพยาบาลตำรวจ, 4(2), 1-18.
- กุลลาภรณ์ ชัยอุดมสม ภัทรี พหลภาคย์ ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ และ ศิริินภา อภิสิทธิ์์ภิญโญ. (2560). จิตเวชศาสตร์ (Psychiatry). พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- คณะกรรมการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์. (2560). สถิติผู้ป่วยนอก 10 อันดับโรคแรกผู้ป่วยนอก ข้อมูลบริการ. [online]. <http://110.164.191.87/ppemq/topopdall.php> [8 กุมภาพันธ์ 2561].
- จรัสพร หอมจันทร์ดี. (2559). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- จอนณะจง เฟื่องจาด. (2546). ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 15(2), 1-10.
- จอนณะจง เฟื่องจาด. (2560). เอกสารประกอบการเรียนการสอนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: การศึกษาแนวปรากฏการณ์วิทยา. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- จิรนนท์ ชันแข็ง. (2548). *ประสบการณ์มารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จุฬาลักษณ์ ชำของ. (2547). *ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ. (2558). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* (ฉบับปรับปรุง) เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- ชาย โปธิสิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งฯ.
- ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์ พลภัทร โล่เสถียรกิจ เพลิน เสียงโซคอยู่ และปราณี มูลเชื้อ. (2555). การศึกษาระยะโรคสงบของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาครั้งแรกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(2), 127-136.
- ณัฐกฤตา เขาวนัวรารักษ์ และรังสิมัน สุนทรไชยา. (2559). ประสบการณ์ของผู้ดูแลวัยสูงอายุในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 110-122.
- ต้นติมา ด้วงโยธา ทศพร ประเสริฐสุข ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ และบุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2553). การศึกษาและพัฒนาความยั่งยืนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 16(2), 50-65.
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2556). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 56-65.
- นันทวัช สิทธีรักษ์ และคณะ. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- นาถนภา วงษ์ศิลป์ จินตนา ยูนิพันธ์ และสุนิศา สุขตระกูล. (2556). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(3), 87-100.
- นิภาวรรณ ศรีโยหะ. (2560). *ประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- นิตา ชูโต. (2548). *การวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พรินต์โพร.
- ประกาย จีโรจน์กุล. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ปิยะฉัตร เอี่ยมสะอาด. (2544). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต*

- เวชด้านจิตวิญญาณ. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- เปรมฤดี คำรักษ์ อังคณา วังทอง และอนุชิต วังทอง. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 19(2), 92-103.
- ผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์ สุชาติ พหลภาคย์ และอุบล นิวัติชัย. (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท: บทบาทและกระบวนการ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย.
- พนม เกตุมาน. (2550). *คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน*. [online]. http://www.psyclin.co.th/new_page_15.htm [9 พ.ค. 2561].
- พรประไพ แยกเต้า สุวดี วงษ์พนม จารีย์ ทิพย์พินิจ และหทัยรัตน์ นพมิตร. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(2), 130-142.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานัน. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2550). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2551). กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22(1), 1-7.
- มยุรี กลั้ววงษ์ ผจงจิต อินทสุวรรณ วิลาสลักษณ์ ชั่ววัลลี และนันทิกา ทวีชาชาติ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 15(1), 57-75.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล พวงเพชร เกษรสมุทร นพพร ว่องสิริมาศ และอาทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. (2559). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ (Psychiatric Nursing)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท สแกนอาร์ต.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (1996). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. *Rama Nurs J*, 2(1), 84-94.
- วีไล นาป่า. (2561). การดูแลโดยครอบครัวและการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก: ความท้าทายของการพยาบาลจิตเวช (FAMILY CAREGIVING AND FIRST EPISODE PSYCHOSIS: CHALLENGE IN PSYCHIATRIC NURSING). *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 1-16.

- วีณา เทียงธรรม. (2547). การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 18(2), 97-102.
- ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาวิตรี แสงสว่าง ประเทือง ละออสุวรรณ อัญชลี ศรีสุพรรณ และกาญจนา สุดใจ. (2561). ผลของโปรแกรมการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อระยะเวลาการอยู่บ้านได้ของผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 12(1), 14-23.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557*. [online]. <http://bodthai.net/download> [19 พฤศจิกายน 2560].
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *ปี 59 สปสช. จับมือภาคีเปิดงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต*. [online]. <https://www.hfocus.org/content/2015/12/11414>. [21 ธันวาคม 2558].
- สินเงิน สุขสมปอง ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์ และพลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(4), 331-340.
- สินีนุช ขำดี มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 45-63.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 159-167.
- สุภาวดี เกษไชย ยาใจ สิทธิมงคล นพพร ว่องสิริมาศ และสุภาภักดิ์ เกตตราสุวรรณ. (2012). ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก. *Journal of Nursing Science*, 30(5), 90-101.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (2553). *คู่มือการให้คำปรึกษาคู่สมรส*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอน พับลิชชิง จำกัด.
- อภิญาญา เจริญน้ำ. (2556). *ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อัญญา ปลอดเปลื้อง. (2556). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(2), 1-10.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอมิกา กลยานี. (2556). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. (2016). *SCHIZOPHRENIA SPECTRUM AND OTHER PSYCHIOTIC DISORDERS*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N. C., Liu, D., Ziebell, S., Vora, A., & Ho, B.-C. (2013). Relapse Duration, Treatment Intensity, and Brain Tissue Loss in Schizophrenia: A Prospective Longitudinal MRI Study. *American Journal of Psychiatry*, 170(6), 609-615. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12050674
- Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D. E., Salkever, D., Slade, E. P., Peng, X., & Conley, R. R. (2010). The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10(1), 2. doi:10.1186/1471-244x-10-2
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2008). The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *PharmacoEconomics*, 26(2), 149-162. doi:10.2165/00019053-200826020-00005
- Bademli, K., & Duman, Z. Ç. (2016). Emotions, Ideas and Experiences of Caregivers of Patients With Schizophrenia About "Family to Family Support Program". *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(3), 329-333. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.12.002>
- Beck, A. T., Neil, A. R., Neal, S., & Paul, G. (2009). *Schizophrenia: Cognitive theory, research and therapy*. New York: Guilford.
- Becker, T., Leese, M., Krumm, S., Ruggeri, M., & Vazquez-Barquero, J. L. (2005). Needs and quality of life among patients with schizophrenia in five European centres: what is the impact of global functioning scores. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40. doi:10.1007/s00127-005-0937-7

- Bogojevic, G., Ziravac, L., & Zigmund, D. (2015). Impact of Expressed Emotion On the Course of Schizophrenia. *European Psychiatry*, 30(Supplement 1), 390. doi:[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30309-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30309-6)
- Burn, T., Fiander, M., & Audini, B. (2000). A Delphi approach to characterizing 'relapse' as used in UK clinical practice. *Int J Soc Psychiatry*, 46, 220-230.
- Castle, T. J., & Buckley, P. F. (2015). *Schizophrenia* (2nd ed.). United Kingdom: Oxford university press.
- Chan, S. W.-c. (2011). Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 339-349. doi:10.1016/j.apnu.2011.03.008
- Chang, K. H., & Horrocks, S. (2006). Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 435-443. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03732.x
- Csernansky, J. G., & Schuchart, E. K. (2002). Relapse and Rehospitalisation Rates in Patients with Schizophrenia. *CNS Drugs*, 16(7), 473-484. doi:10.2165/00023210-200216070-00004
- Dangdomyouth, P. (2006). *Family caregiving process for a person with schizophrenia*. (Doctoral dissertation. Degree of doctor of philosophy program in nursing science faulty of nursing), Chulalongkorn University.,
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197. doi:[https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4)
- Emsley, R., Chiliza, B., Asmal, L., & Harvey, B. H. (2013). The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 13(1), 50. doi:10.1186/1471-244X-13-50
- Fujimaki, K., Toki, S., Yamashita, H., Oyamada, T., & Yamawaki, S. (2017). Predictors of negative symptoms in the chronic phase of schizophrenia: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.051>
- Gardner, K. N., & Nasrallah, H. A. (2015). Managing first-episode psychosis: an early stage of schizophrenia with distinct treatment needs: minimize duration of untreated psychosis; aim for remission. *Current Psychiatry*, 14, 32+.
- George, H. S. (1996). *Redefining family support: Innovations in public- private partnerships*. Baltimore: Pual H. Bookes.

- Gloria, O., Osafo, J., Goldmann, E., Parikh, N. S., Nonvignon, J., & Kretchy, I. M. A. (2018). The experiences of providing caregiving for patients with schizophrenia in the Ghanaian context. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(6), 815-822.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.06.005>
- Harrison, C. A., Dadds, M. R., & Smith, G. (1998). Family Caregivers' Criticism of Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 49(7), 918-924. doi:10.1176/ps.49.7.918
- Herz, M. I., & Melville, C. (1980). Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137(7), 801-805. doi:10.1176/ajp.137.7.801
- Horowitz, A. V., & Reinhard, S. C. (1995). Ethnic Differences in Caregiving Duties and Burdens Among Parents and Siblings of Persons with Severe Mental Illnesses. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 138-150.
- Huang, X. Y., Hung, B. J., Sun, F. K., Lin, J. D., & Chen, C. C. (2009). The experiences of carers in Taiwanese culture who have long-term schizophrenia in their families: a phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 874-883. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01468.x
- Imkome, E.-U., & Waraassawapati, K. (2018). Perspectives and Experiences of Primary Caregivers of Individuals with Schizophrenia in Thailand. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(10), 858-864.
- Janicak, P. G., Marder, S. R., Tandon, R., & Goldman, M. (2014). Schizophrenia: Recent Advances in Diagnosis and Treatment. In (7th ed.). New York, NY: Springer New York.
- Juntapim, S., & Nuntaboot, K. (2018). Care of patients with schizophrenia in the community. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(6), 855-860.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.06.011>
- Kane, J. M. (2007). Treatment strategies to prevent relapse and encourage remission. *The Journal of clinical psychiatry*, 68 Suppl 14, 27-30.
- Kespichayawattana, J. (1999). *Katanyu Katavedi and caregiving for frail elderly parents : the perspective of Thai Families in Metropolitan Bangkok Thailand*. (Thesis Doctor degree), Oregon Health Sciences University.,
- Khamker, N. (2015). First episode schizophrenia. *South African family practice*, 57(5), 29-33.

- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advanced Nursing*, 21(5), 827-836.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(10), 892-909.
- Lader, M. (1995). What is relapse in schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, 9(5), 5-9.
- Lader, M. (1998). Pharmacological prevention of relapse. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 14(7), 448-457.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping model*. New York: Springer.
- Leninger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality : A Theory of Nursing*. New York Addison-Wesley.
- Lohacheewa, S., Sitthimongkol, Y., Sirapo-ngam, Y., & Viwatwongkasem, C. (2016). Psychological Distress of Family Members Caring for a Relative with First Episode Schizophrenia. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 20(3), 183-195.
- Luttik, M. L., Jaarsma, T., Tijssen, J. G. P., van Veldhuisen, D. J., & Sanderman, R. (2008). The Objective Burden in Partners of Heart Failure Patients; Development and Initial Validation of the Dutch Objective Burden Inventory. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 3-9. doi:10.1016/j.ejcnurse.2007.02.005
- Malla, A., Norman, R., Schmitz, N., Manchanda, R., Bechard-Evans, L., Takhar, J., & al., E. (2006). Predictors of rate and time to remission in first-episode psychosis: a two-year outcome study. *Psychological Medicine*, 36, 649-658.
- Martens, L., & Baker, S. (2009). *Promoting recovery from first episode psychosis: a guide for families*. Canada: Christine Harris.
- McAuliffe, R., O'Connor, L., & Meagher, D. (2014). Parents' experience of living with and caring for an adult son or daughter with schizophrenia at home in Ireland: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(2), 145-153. doi:10.1111/jpm.12065
- McCann, T. V., Lubman, D. I., & Clark, E. (2011). First-Time Primary Caregivers' Experience

- of Caring for Young Adults With First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 381-388. doi:10.1093/schbul/sbp085
- Munhall, P. L. (1994). Qualitative research proposals and reports: a guide. *NLN publications*(19-2609), iv-xii, 1-66.
- Napa, W., Tungpunkom, P., Sethabouppha, H., Klunklin, A., & Fernandez, R. (2017). A Grounded Theory Study of Thai Family Caregiving Process for Relatives with First Episode Psychosis. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 21(2), 158-170.
- Nyström, M., & Svensson, H. (2004). Lived Experiences of Being a Father of an Adult Child with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(4), 363-380. doi:10.1080/01612840490432907
- Olivares, J. M., Sermon, J., Hemels, M., & Schreiner, A. (2013). Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 32. doi:10.1186/1744-859x-12-32
- Ondee, P., Panitrat, R., Pongthavornkamol, K., Senanarong, V., Harvath, T., & Nittayasudhi, D. (2013). Factors Predicting Depression among Caregivers of Persons with Dementia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(2), 167-180.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8, 24-24. doi:10.1186/1478-7954-8-24
- Provencher, H. L., & Mueser, K. T. (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 26(1), 71-80. doi:[https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(97\)00043-1](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(97)00043-1)
- Pusey-Murray, A., & Miller, P. (2013). 'I need help': caregivers' experiences of caring for their relatives with mental illness in Jamaica. *Mental health in family medicine*, 10(2), 113-121.
- Roach, M. S. (2002). Caring, the Human Mode of Being: A Blueprint for the Health Professions. In. Ottawa: Canadian Healthcare Association Press. Copy from Archives of Caring in Nursing, Christine E. Lynn College of Nursing, Florida Atlantic University, ARC-005 Sister M. Simon Roach Papers, 1958-2005, used by permission.

- Roberts, D. L., & Velligan, D. I. (2011). Medication adherence in schizophrenia. *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies*, 8(1), 11-15.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ddstr.2011.10.001>
- Rungruangsiripan, M., Sitthimongkol, Y., Maneesriwongul, W., Talley, S., & Vorapongsathorn, T. (2011). Mediating Role of Illness Representation Among Social Support, Therapeutic Alliance, Experience of Medication Side Effects, and Medication Adherence in Persons With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(4), 269-283. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.09.002>
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R., & Bodenhausen, G. V. (2010). Implicit Self-Stigma in People With Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 150-153. doi:10.1097/NMD.0b013e3181cc43b5
- Sadock, J. B., & Sadock, A. V. (2017). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Salleh, M. R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(3), 180-185. doi:doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb08089.x
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J., & Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing & Health*, 23(3), 191-203. doi:10.1002/1098-240x(200006)23:3<191::Aid-nur3>3.0.Co;2-b
- Selected Committee on Aging. (1988). *Exploring the myths: Caregiving in America*. Washington, DC: U.S.: Governments Printing Office.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing humanistic imperative* (5th ed.). Philadelphia Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams and Wilkins.
- Suttajit, S., Arunpongpaisal, S., Srisurapanont, M., Thavichachart, N., Kongsakon, R., Chantakarn, S., . . . Nerapusee, O. (2015). Psychosocial functioning in schizophrenia: are some symptoms or demographic characteristics predictors across the functioning domains? *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2015, 2471-2477. Retrieved from
- Tarrier, N., Barrowclough, C., & Bamrah, J. S. (1991). Prodromal signs of relapse in

- schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26(4), 157-161.
doi:10.1007/BF00795207
- Tharoor, H., & Ganesh, A. (2015). Symptoms at Onset in First Episode Schizophrenia: Caregivers Perspectives. *Indian journal of psychological medicine*, 37(4), 399-402. doi:10.4103/0253-7176.168564
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. London: The Althouse Press.
- von Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M., & Eslami Shahrababaki, M. (2016). Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia - a qualitative exploratory study. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 70(4), 248-254. doi:10.3109/08039488.2015.1084372
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Watson, J. (2008). *Nursing :The Philosophy and Science of Caring: revised edition*. Boulder, Colorado: University Press of Colorado.
- Weiden, P. J., Buckley, P. F., & Grody, M. (2007). Understanding and Treating “First-Episode” Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3).
- World Health Organization. (2010). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research (Vol. 2)*: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for ; 2016. [online]. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (21 January 2018)
- World Health Organization. (2018). Medical centre : Schizophrenia. [Online]. Retrieved from <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> (6 May 2018)
- Young, L., Murata, L., McPherson, C., Jacob, J. D., & Vandyk, A. D. (2019). Exploring the Experiences of Parent Caregivers of Adult Children With Schizophrenia: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 93-103.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.005>
- Zipursky, R. B., Menezes, M. M., & Streiner, D. L. (2013). Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: A systematic review.

Schizophr Res, 152, 408-414.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร (Participant Information Sheet)

หนังสือยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร (Participant informed consent form)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ออกหนังสือสำคัญฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวนลิน ดวงปัญญา

ได้เข้ารับการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคนเพื่อการดำเนินการวิจัยในสาขาพยาบาลศาสตร์
ระหว่างวันที่ ๔ - ๙ เดือน มิถุนายน พุทธศักราช ๒๕๖๐
ให้ไว้ ณ วันที่ ๙ เดือน มิถุนายน พุทธศักราช ๒๕๖๐

.....
วิพร ธนศิลป์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์


จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารรับรองโครงการวิจัย



บันทึกข้อความ

1207
25 16-00

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

ที่ ศจว ๒ /๒๕๖๒ วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติเอกสารรับรองโครงการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนครินทร์

ตามที่ นางสาวนลิน ดวงปัญญา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง “ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ” เพื่อเสนอคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์อำนาจพิจารณา นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จึงขอเสนอโครงการวิจัยดังกล่าว เพื่อขออนุมัติเอกสารรับรองโครงการวิจัย ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนครินทร์ จำนวน ๑ ฉบับ, รายละเอียดโครงการวิจัยพร้อมคำขอการรับรองเชิงจริยธรรมการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จำนวน ๓ ชุด ดังเอกสารที่แนบมานี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นางอัญชลี ศิริเทพทวี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

อนุมัติ

(นายอัญชลี ศิริเทพทวี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนครินทร์

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนนครินทร์

25 ม.ค. 2562



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
 โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์
 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์

เอกสารรับรองเลขที่ 002/2562 รหัสโครงการ : 02-012562

ชื่อโครงการ : ประสิทธิภาพของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวนลิน ดวงปัญญา

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. หนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย
4. แบบการเก็บรวบรวมข้อมูล/โปรแกรมหรือกิจกรรม

วันที่รับรอง : 24 มกราคม 2562

วันที่หมดอายุ : 24 มกราคม 2563

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยจากคณะกรรมการจริยธรรม
 วิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์

(นางอัญชลี ศิริเทพทวี)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

(นายกิตติศักดิ์ โพธิ์โน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์
 ผู้อำนวยการศูนย์บริการสุขภาพจิตเวชนครราชสีมาราชชนกรินทร์

เอกสารแนะนำสำหรับอาสาสมัคร (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนลิน ดวงปัญญา

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 085-3115640 E-mail: nalin.duangpanya@gmail.com

สถานที่วิจัย แผนกผู้ป่วยนอก รพ. จิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์

ผู้ให้ทุน/ผู้สนับสนุนการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

โครงการวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (First Episode Schizophrenia) และไม่กลับป่วยซ้ำ ซึ่งมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ ได้ความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลด้านต่างๆ แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ และผู้ป่วยจิตเภทเอง ซึ่งเป็นการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและใช้ศักยภาพของตนเองในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่และยั่งยืน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ อันเนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือเป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ การวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อต้องการความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (First Episode Schizophrenia) และไม่กลับป่วยซ้ำ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นใช้แนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป โดยจะมีผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 6-15 คน หรืออาจหยุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้ข้อมูลที่เป็นประเด็นซ้ำ ๆ และไม่เกิดประเด็นใหม่ขึ้น ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 3 เดือน

ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมการวิจัย

รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นผู้ดูแลหลัก โดยจะได้รับการติดต่อเป็นผู้ร่วมวิจัย และเป็นผู้ดูแลในการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้วิจัย รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง หรือบุตร หรือไม่มีความสัมพันธ์ทางเลือด เช่น ภรรยา หรือสามี และเพื่อนซึ่งเป็นผู้ให้การดูแล

อย่างต่อเนื่องมากกว่า 2 ปี โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการดูแล ซึ่งจะได้รับการติดต่อจากผู้วิจัยที่แผนกผู้ป่วยนอก ใน รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ เพื่อขอให้เป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

2. ผู้ดูแลคือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้นัดหมาย วัน เวลา และสถานที่กับผู้วิจัยเพื่อการสัมภาษณ์

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลหลักเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก 45- 60 นาที

4. ผู้วิจัยติดต่อขอสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไป หากข้อมูลที่ได้ไม่ครบถ้วนหรือเพื่อตรวจสอบความตรงและความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สบายใจที่อาจเกิดขึ้น

เมื่อเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลเสียเวลาขณะให้การสัมภาษณ์ และอาจไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ซึ่งระบุถึงผู้ดูแลที่เข้าร่วมในการวิจัย จะถูกถอดออกเป็นรหัสนามสมมติ และผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีข้อมูลใด ๆ ที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ผู้ดูแลได้ เทปการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้ในที่ที่ไม่มีใครสามารถเข้าถึงได้นอกจากผู้วิจัย และจะถูกลบทิ้งหรือทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่เกิดความรู้สึกดังกล่าวข้างต้น หรือความไม่สบายอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้วิจัยรับทราบโดยเร็ว

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดความไม่สบายใจ นอกเหนือจากที่แสดงในเอกสารฉบับนี้ หากท่านข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะทำให้ได้ความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ และเป็นแนวทางให้แก่พยาบาลบุคลากรทางการแพทย์ในการช่วยเหลือดูแลในด้านต่าง ๆ แก่ผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่มีการกระทบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาลของท่านและผู้ป่วย โดยท่านและผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

ระบุชื่อผู้วิจัยที่สามารถติดต่อได้ หากมีข้อสงสัย หรือข้อข้องใจเกี่ยวกับการวิจัย หากต้องการสอบถาม หรือเมื่อบาดเจ็บ/เจ็บป่วย จากการวิจัยท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวนลิน

ดวงปัญญา ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทร 085-3115640 ที่อยู่ 99 ซอย รพ.พระรามเก้า ถนนพระรามเก้า
ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10320

คำตอบแทนที่จะได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนใด ๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ค่าใช้จ่ายที่อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง ไม่มี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบ
โดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

การรักษาความลับ

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะ
รายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและ
จะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับ
การปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

สิทธิของอาสาสมัคร

ในฐานะที่ท่านเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้ง
อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงสิ่งที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัว
จากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับ
ผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้รับโอกาสในการตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยปราศจากการใช้
อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านมีข้อสงสัยต้องการสอบถามเกี่ยวกับสิทธิของท่าน หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่
เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ
หรือร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์
โทร. 044-233999

หนังสือยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร (Participant informed consent form)

ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย/ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ได้รับการทาบทามเพื่อเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ราชชนรินทร์ ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ

ข้าพเจ้าทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ต้องทำการให้รายละเอียดส่วนตัวเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและไม่กลับป่วยซ้ำ นอกจากนี้ยังทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ แนวทางการศึกษาวิจัยและกิจกรรมที่ต้องเข้าร่วมการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัยที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามและมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นอย่างดี ซึ่งข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วม และพร้อมที่จะปฏิบัติตามขั้นตอนระเบียบวิธีวิจัยในครั้งนี้ ในกรณีที่ข้าพเจ้ามีข้อสงสัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะซักถามทุกข้อสงสัย เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนจากผู้วิจัย หรือเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาวนลิน ดวงปัญญา เบอร์โทรศัพท์ 085-3115640 ได้ตลอดเวลา

ข้าพเจ้าทราบว่า การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ และในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการวิจัยในเวลาใดก็ได้

ข้าพเจ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ด้วยความสมัครใจ และขอลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ ที่นี้

ชื่ออาสาสมัคร
(.....)

วันที่.....

ชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....

ชื่อ.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาวนลิน ดวงปัญญา)

วันที่.....

ชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์

ขั้นตอนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัยเป็นแนวคำถามกว้าง ๆ สามารถปรับได้ตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแล มีแนวคำถามกว้าง ๆ ดังนี้

1. ชั้นเริ่มสนทนา

ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ ให้ผู้ดูแลเข้าใจและมุ่งประเด็นในการศึกษาครั้งนี้ มีแนวคำถาม ดังนี้

- 1.1 พุดคุยซักถามเรื่องทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัว ความเป็นอยู่ต่าง ๆ
- 1.2 ท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาแล้วกี่ปี
- 1.3 กรุณาเล่าถึงเรื่องราวที่ท่านอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ตั้งแต่ก่อนเริ่มมีอาการเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน

2. ชั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ผู้วิจัยใช้แนวคำถามกว้าง ๆ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดในการสัมภาษณ์ผู้ดูแล โดยมีแนวคำถามดังนี้

แนวคำถามหลัก

- 2.1 การให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ
การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ป่วยซ้ำในความรู้สึกของท่านมีความหมายอย่างไร
- 2.2 การรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่เป็นผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ
 - 1) ท่านเรียกการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในความดูแลของท่านว่าอะไร
 - 2) ท่านรู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยในความดูแลของท่านเป็นโรคจิตเภท
 - 3) ท่านมีความคิดอย่างไรในการที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 4)
 - 5)
- 2.3 ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ
 - 1) เพราะเหตุใดท่านจึงตัดสินใจทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2) กรุณาเล่าถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมา เกิดอะไรขึ้นที่ทำให้ท่านต้องตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วย
 - 3) หากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ท่านดำเนินการแก้ไขอย่างไร
 - 4)

- 5)
- 6)
- 7)

การเข้าไปสัมภาษณ์เพื่อที่จะให้ได้ความหมายและประสบการณ์ที่เป็นจริง การใช้คำถามหลักเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่สามารถได้ประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา ดังนั้นจึงต้องมีการใช้คำถามรองเพื่อเจาะลึกการให้ความหมายและประสบการณ์ของผู้ดูแลต้องการศึกษา ซึ่งได้มีการปรับแนวคำถามเพื่อให้เหมาะสมตลอดช่วยเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เทคนิคการทวนความ การทำความเข้าใจ การสะท้อนความคิด การสรุปความ และการบอกเล่าเรื่องราวเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและตรงตามความเป็นจริง โดยมีแนวคำถามรองเพื่อเจาะลึกในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ดังนี้

- 1) คุณ.....ช่วยเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับ..... (ประเด็นที่ต้องการ/ยังไม่ชัดเจน)
- 2) ช่วยอธิบายเพิ่มเติมในเรื่อง..... (ประเด็นที่สนใจ)
- 3) จากที่เราคุยกันครั้งที่แล้วในเรื่อง..... ช่วยเล่าต่ออีกทีสิคะ
- 4) ที่คุณ..... บอกว่า..... (ประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ที่ยังไม่ชัดเจน) หมายความว่าอย่างไรคะ
- 5)
- 6)
- 7)

3. ขั้นตอนปิดการสนทนา

- 3.1) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการให้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยมีแนวของข้อคำถาม ดังต่อไปนี้
 - 1) คุณต้องการเล่าเพิ่มเติมถึงประสบการณ์ของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกไหม
 - 2) คุณมีข้อซักถามที่ต้องการซักถามดิฉัน (ผู้วิจัย) เพิ่มเติมหรือไม่คะ
- 3.2) ผู้วิจัยกล่าวสรุปประเด็นที่สนทนา
- 3.3) นัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

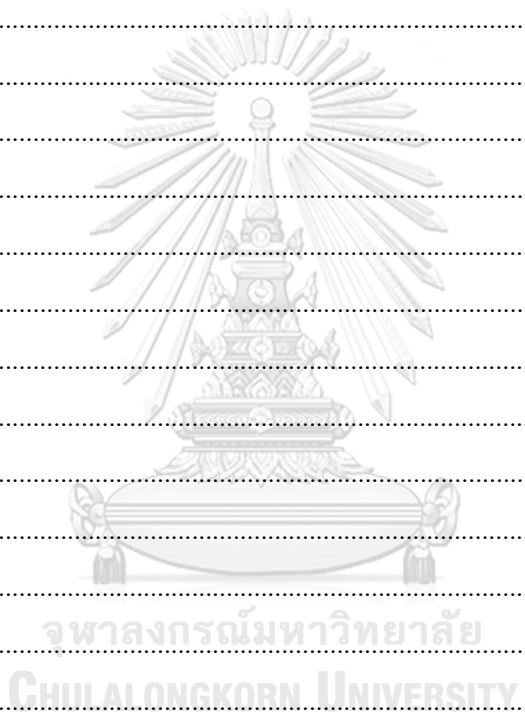
ส่วนที่ 3 แบบบันทึกภาคสนาม (Field note)

รหัสผู้ให้ข้อมูล

การสัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่...../...../..... เวลา

สถานที่ในการสัมภาษณ์

สิ่งที่สังเกตได้ขณะทำการสัมภาษณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึก เหตุการณ์ปัญหา และการแก้ไขปัญหา




บันทึกเมื่อวันที่...../...../.....

เวลาที่บันทึก

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

รหัสผู้ให้ข้อมูล

การสัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่...../...../.....

บรรทัดที่	ข้อความ	การให้รหัส
	 <p data-bbox="539 1355 1054 1467">จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	

แบบบันทึกภาคสนาม

รหัสผู้ให้ข้อมูล

การสัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่...../...../..... เวลา น.

การวางแผนเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

การสัมภาษณ์ครั้งที่..... วันที่...../...../..... เวลา น.

สถานที่ในการสัมภาษณ์

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบายเพิ่ม

.....

.....

.....

.....

.....

3. อื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค

ตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตารางการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ตารางการให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ตารางประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์

ตารางการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

รหัสผู้ป่วย	อายุ (ปี)	เพศ	ศาสนา	ระดับการศึกษา	อาชีพ	ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน (ปี)	จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลเมื่อเข้ารับการรักษาครั้งแรก
1	33	ชาย	พุทธ	ม.6	เลี้ยงเปิดไก่	2	0
2	21	หญิง	พุทธ	กศน. ม.6	พนักงานทำความสะอาด สะอาด อบต.	5	0
3	21	ชาย	พุทธ	ป.6	ทำงานร้านแว่น ช่วยบิดา	2	0
4	36	ชาย	พุทธ	ป.2	ทำงานโรงงาน ขวด	4	0
5	34	ชาย	พุทธ	ปวช.	Messenger	5	0
6	29	ชาย	พุทธ	ปวช.	ทำงานโรงงาน	2	1
7	56	หญิง	พุทธ	ป.4	ทำสวนผัก	4	1
8	36	หญิง	พุทธ	ปวช.	ทำงาน ร้านอาหาร	4	1
9	24	ชาย	พุทธ	ม.1	ช่างทาสี	5	1
10	25	ชาย	พุทธ	ม.2	ช่วยทางบ้านขาย ของ	3	0
11	21	ชาย	พุทธ	ม.2	ช่วยบิดาทำไร่-นา รับจ้างทั่วไป	4	1

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจิตเภท

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลโดยรวม

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 11 ราย โดยมีอายุระหว่าง 32-74 ปี ประกอบด้วยเพศชาย 5 ราย มีความสัมพันธ์เป็นบิดา 3 ราย พี่ชาย 1 รายและน้องชาย 1 ราย (ID3, ID9, ID11, ID6, ID7) และเพศหญิงที่มีความสัมพันธ์เป็นมารดา 6 ราย (ID1, ID2, ID4, ID5, ID8, ID10) ผู้ให้ข้อมูลทุกรายนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 7 ราย รองลงมาในระดับมัธยมศึกษาจำนวน 3 ราย และระดับอนุปริญญา 1 ราย ประกอบอาชีพ แม่บ้าน 2 ราย ทำไร่-นา 3 ราย ประกอบกิจการส่วนตัว 1 ราย ธุรกิจส่วนตัว 2 ราย ทำสวนผัก 1 ราย พนักงานบริษัท 1 ราย รับจ้างทั่วไป 1 ราย รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวอยู่ที่ 3,000-30,000 บาท ลักษณะเป็นครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว 9 ครอบครัว และครอบครัวขยาย 2 ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 2-5 ปี ผู้ให้ข้อมูลทุกรายให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทตั้งแต่เริ่มป่วย

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยได้ใช้รหัสแทนตัวผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายจำนวน 11 ราย เป็น ID1-ID11 และใช้รหัสแทนผู้ป่วยจำนวน 11 รายเป็น คุณ 1-11 ซึ่งสามารถสรุปลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายได้ดังนี้

ID1 ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 63 ปี เป็นมารดาของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ป.4 ประกอบอาชีพ ทำนา/ทอเสื่อ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 6,000-10,000 บาทต่อเดือนเพียงพอกับค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล สามีน และผู้ป่วย อาศัยอยู่บ้านพักของตนเอง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี บุตรป่วยเป็นจิตเภทหลังจากไปทำงานที่ประเทศไต้หวัน ภายหลังจากมีอาการผิดสังเกตไปจากเดิม จึงโทรให้ผู้ป่วยกลับบ้านและเข้ารับการรักษา ผู้ให้ข้อมูลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการมารับยา หากถึงฤดูการทำนาจะทำนาแต่หากนอกฤดูการทำนาจะทอเสื่อ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 1 ผู้ป่วยเพศชายอายุ 33 ปี นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษา มัธยมศึกษา 6 ไปทำงานบริษัท Pack สินค้าที่ประเทศไต้หวัน ภายหลังจากป่วยกลับมาอยู่ที่บ้านกับมารดา เลี้ยงเป็ด-ไก่-หมู และทำงานบ้าน ทำอาหาร ให้บิดา-มารดา ได้รับการวินิจฉัย schizophrenia unspecified ระยะเวลาที่เริ่มเจ็บป่วยถึงปัจจุบัน 2 ปี ไม่เคยนอนโรงพยาบาล ได้รับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกและรับยาต่อเนื่องเป็นประจำ อาการปัจจุบัน ช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำงานบ้าน ทำอาหาร ดูแลมารดา ทำงานได้เลี้ยงไก่ ห่าน หมูที่บ้าน ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ไม่วุ่นวาย

อละวาด ก้าวร้าว รับประทานยาด้วยตนเองสม่ำเสมอ ยังมีอาการสั่นบ้างแต่ยังอยู่ในช่วงที่แพทย์ปรับยาให้ แต่ส่วนมากจะให้มารดามารับยาให้แทน เพราะผู้ป่วยยังรู้สึกอึดอัดกับการมารับยาด้วยตนเอง

ID2 ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 45 ปี เป็นมารดาของผู้ป่วย นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา กศน. ม.3 ประกอบอาชีพแม่บ้าน/ทำไร่ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 10,000 บาทต่อเดือนเพียงพอค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล สามมี ผู้ป่วย และบุตรสาวคนเล็กอายุ 8 ปี อาศัยอยู่บ้านพักของตนเอง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 5 ปี บุตรป่วยเป็นจิตเภทหลังจากเข้าศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยเข้ารับการรักษา เดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยจากตัวอำเภอมาโรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นระยะเวลากว่า 70 วัน จนกระทั่งได้รับการจำหน่ายผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลกลับมาดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ทำกายภาพ ให้อาหารทางสายยาง ทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล จวบจนกระทั่งผู้ป่วยดีขึ้น เริ่มฝึกให้ผู้ป่วยทำทุกอย่างด้วยตนเองด้วยความอดทนจนผู้ป่วยฟื้นฟูกลับมาดี และสามารถออกไปทำงานนอกบ้านได้ ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลช่วยเหลือผู้ป่วยในการมารับยา หน้าที่หลักคือการดูแลบุตร และช่วยเหลือสามมีทำไร่ ช่วง 2 ปีที่ผ่านมาเริ่มมีอาการนอนไม่หลับ ใจสั่น ท้อเหนื่อยง่าย เหนื่อยในอกในใจ จึงไปพบแพทย์ ได้รับการวินิจฉัยโรควิตกกังวลผลและซึมเศร้า (Mixed anxiety and depressive disorder) เมื่อไปปรึกษาให้ผู้ป่วยก็จะรับยาของตนเองเช่นกัน ปัจจุบันอาการดีขึ้นนอนหลับได้ดี ทำใจยอมรับกับเหตุการณ์ เรื่องราวต่างๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 2 ผู้ป่วยหญิงอายุ 21 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ กศน. ม.6 ช่วงแรกหลังการเจ็บป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ ได้รับการดูแลและฟื้นฟูโดยมารดา เนื่องจากผู้ป่วยหลังมีอาการกำเริบครั้งแรก เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลทั่วไป ตรวจหาสาเหตุทางด้านร่างกายไม่พบ ทั้งเจาะเลือด เอ็กซเรย์ เจาะไขสันหลัง แต่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังเข้ารับการศึกษาอนโรพยาบาลประจำจังหวัดเป็นระยะเวลา 70 วัน และโรงพยาบาลชุมชนต่ออีก 15 วัน เพื่อฟื้นฟู ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้อาหารทางสายยาง เดินไม่ได้ จนกระทั่งกลับมาฟื้นฟูที่บ้านยังมีอาการทางจิต มารดาปรึกษาเพื่อนบ้านจึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช หลังจากนั้นมารดาให้การดูแลทุกอย่าง ฟื้นฟูสภาพ ฝึกให้ทำงานบ้าน เป็นเวลา 4 ปี จนกระทั่งผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ จึงเข้าทำงานที่อบต. เป็นพนักงานทำความสะอาด ผู้ป่วยสามารถขับจักรยานยนต์ไปทำงานเองได้ เข้ารับการรักษาอาการทางจิตครั้งแรกไม่ได้นอนโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัย Schizophrenia unspecified ระยะเวลาในการเจ็บป่วยครั้งแรกถึงปัจจุบันเป็นเวลา 5 ปี ปัจจุบันสามารถทำงานได้ ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน อละวาด รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ID3 ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชาย อายุ 56 ปี เป็นบิดาของผู้ป่วย นักร้องศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ป.4 ประกอบอาชีพกิจการส่วนตัว (ร้านแว่นเอื้ออาทร) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 20,000-30,000 บาทต่อเดือน เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 7 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล ภรรยา และผู้ป่วย ลูกสาว และหลาน 3 คน ที่พักอาศัยเป็นบ้านพักของตนเอง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 ปี บุตรป่วยเป็นจิตเภทหลังจากที่ผู้ดูแลลงสมัครรับเลือกตั้งแล้วแพะแค้นคู่แข่ง จึงมีหนี้สินเป็นจำนวนกว่า 800,000 บาท ดังนั้นจึงเข้ามาทำงานในกรุงเทพฯ และนำผู้ป่วยมาด้วยช่วงระหว่างนั้นทำงานตลอด ไม่มีเวลาให้ผู้ป่วย และเมื่อเข้ารับการรักษาให้การดูแลผู้ป่วยมาโดยตลอด ไปกับร้านแว่นเคลื่อนที่ ผู้ให้ข้อมูลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในการมารับยา มาพบแพทย์ตามนัด

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 3 ผู้ป่วยชายอายุ 21 ปี นักร้องศาสนาพุทธ จบการศึกษา ระดับ ป.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ช่วยพ่อทำงานในร้านแว่น โดยขับรถโฆษณาประชาสัมพันธ์ร้านแว่นเอื้ออาทรเคลื่อนที่ และทำความสะอาดเช็ดแว่น ได้รับการวินิจฉัย Schizophrenia unspecified เข้ารับการรักษาครั้งแรกแบบผู้ป่วยนอกไม่ได้นอนโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วยครั้งแรกถึงปัจจุบันเป็นเวลา 2 ปี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีอาการประสาทหลอน หูแว่ว ไม่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา รับประทานยาได้เองสม่ำเสมอ

ID4 ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 58 ปี เป็นมารดาของผู้ป่วย นักร้องศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ป.4 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 6,000-7,000 บาทต่อเดือน เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล สามี ผู้ป่วย และบุตรชายคนเล็ก ที่พักอาศัยเป็นบ้านพักของตนเอง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 4 ปี ตั้งแต่เริ่มป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยในการมารับยา เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้บ่อยครั้ง ก่อนหน้าผู้ป่วยทำงานกรีดยางอยู่กับพี่สาว เมื่อป่วยจิตเภทจึงกลับมาอยู่กับมารดา เป็นแม่บ้านทำอาหารให้ลูกๆ และรับจ้างทั่วไป ทำงานบ้าน ก่อนหน้าที่ทำอาชีพก่อสร้างต้องย้ายที่พักบ่อยครั้ง ทำให้บุตรไม่ได้เข้ารับการศึกษาคืบเนื่อง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 4 ผู้ป่วยชายอายุ 36 ปี นักร้องศาสนาพุทธ จบการศึกษา ระดับ ป.2 พักอาศัยอยู่กับมารดา ประกอบอาชีพทำงานโรงงานคัดแยกขวด ซึ่งไปทำร่วมกับน้องชายต่างบิดา และเป็นโรงงานที่อยู่ใกล้บ้าน ผู้ดูแลให้ทำงานใกล้บ้านเนื่องจากเลิกงานดึกจึงเป็นห่วงเรื่องการเดินทาง ได้รับการวินิจฉัย Schizophrenia unspecified เข้ารับการรักษาครั้งแรกแบบผู้ป่วยนอกไม่ได้นอนโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วยครั้งแรกถึงปัจจุบันเป็นเวลา 4 ปี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีอาการประสาทหลอน หูแว่ว ไม่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยา รับประทานยาได้เองสม่ำเสมอ

ID5 ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 62 ปี เป็นมารดาของผู้ป่วย นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ป.4 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ขายเสื้อผ้า รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 10,000 บาทต่อเดือน เพียงพอค่าใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล สามมี ผู้ป่วย ที่พักอาศัยเป็นบ้านพักของตนเอง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 5 ปี ตั้งแต่เริ่มป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยในการมารับยา และจัดส่งยาให้ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเมื่ออาการดีขึ้นหลังรับประทานยาไปประกอบอาชีพขับวินมอเตอร์ไซค์ ภายหลังจากบุตรป่วยครั้งแรกมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิดคิดว่ามารดาเป็นหัวหน้าคนที่จะมาทำร้ายตนเอง ปิดล็อคบ้านกลัวคนจะทำร้าย ไม่ให้บิดา-มารดาออกไปไหน ผู้ให้ข้อมูลจึงวางแผนกลับไปภูมิลำเนาเดิมและให้ผู้ป่วยตามมาภายหลัง ก่อนจะค่อยๆ โน้มน้าวให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา คอยให้คำปรึกษา และติดต่อผู้ป่วยเป็นประจำ และเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจกลับไปทำงานที่กรุงเทพฯ ขับวินมอเตอร์ไซค์ก่อนจะเปลี่ยนเป็น Messenger ผู้ดูแลก็คอยมารับยาตามนัดและจัดส่งยาให้กับผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 5 ผู้ป่วยชายอายุ 34 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ จบการศึกษา ระดับ ปวช. ประกอบอาชีพขับวินมอเตอร์ไซค์ ได้รับการวินิจฉัย Paranoid Schizophrenia ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 5 ปี เข้ารับการรักษาครั้งแรกแบบผู้ป่วยนอกไม่ได้นอนโรงพยาบาล แยกทางกับภรรยาภายหลังจากป่วยจิตเภท มีบุตรร่วมกัน 4 คน ผู้ป่วยยังคงดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายให้กับบุตรทั้ง 4 คน โดยบุตร 2 คนหลังเกิดหลังจากที่ผู้ป่วยและภรรยาแยกทาง สัมพันธภาพไม่ค่อยดี แต่ยังไม่มาหากันเรื่องค่าใช้จ่าย ก่อนหน้าผู้ป่วยทำงานองค์การเภสัชกรรม แต่มีอาการป่วยรับประทานยาแล้วง่วง หลับที่ทำงาน และขาดงานบ่อยครั้งจึงลาออก และมารักษาอาการป่วยอยู่กับมารดาจนกระทั่งอาการดีขึ้นสามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงกลับมาทำงานที่กรุงเทพฯ โดยเช่าห้องพักอาศัย ขับวินมอเตอร์ไซค์ และเปลี่ยนมา Messenger ในเวลาต่อมา

ID6 ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชาย อายุ 32 ปี เป็นพี่ชายของผู้ป่วย นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ปวส. ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 17,000 -18,000 บาทต่อเดือน เพียงพอใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูล ภรรยา และบุตรสาวเช่าห้องพักอาศัย ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 2 ปี โดยพาผู้ป่วยมารับยาเป็นประจำ ซึ่งผู้ดูแลและผู้ป่วยทำงานโรงงานเดียวกันเป็นโรงงานที่จังหวัดระยอง แม้ว่าทำงานอยู่ไกล แต่ยังคงมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวช และพบแพทย์ตามนัด คอยติดตามกำกับเรื่องการกินยา แจ้งหัวหน้างานผู้ป่วยห้ามให้ผู้ป่วยกินเหล้ากับเพื่อนร่วมงานคนอื่น โดยผู้ป่วยจะมารับประทานอาหารที่ห้องของผู้ดูแลเป็นบางครั้ง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 6 ผู้ป่วยชายอายุ 29 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ จบการศึกษา ระดับ ปวช. ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท ที่เดียวกันกับผู้ดูแล ได้รับการวินิจฉัย Schizophrenia ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 2 ปี เข้ารับการรักษาครั้งแรกนอนโรงพยาบาล ไม่เคยกลับป่วยซ้ำ ภายหลัง

จากป่วยครั้งแรกกลับมาอยู่ที่บ้านกับมารดาเป็นเวลา 3 เดือนจนกระทั่งดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงกลับมาทำงานเดิมซึ่งเป็นโรงงานประกอบ หน้าที่ของผู้ป่วยจะเป็นการไขน็อตประกอบ ดูแลตนเองได้ เข้าห้องพักตรงกันข้ามกับพี่ชายซึ่งเป็นผู้ดูแล ไม่มีอาการหูแว่วประสาทหลอน เริ่มเข้าสังคมมากขึ้น เล่นฟุตบอลกับเพื่อนร่วมกัน ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ทำอาหารเองได้ แต่บางครั้งก็ไปรับประทานร่วมกับพี่ชายซึ่งเป็นผู้ดูแล

ID7 ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชาย อายุ 55 ปี เป็นน้องชายของผู้ป่วย นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ป.4 ประกอบอาชีพทำสวนผัก รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 10,000 -20,000 บาทต่อเดือนเพียงพอใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูล ภรรยา และบุตรสาว 2 คน ผู้ป่วย และหลานอีก 3 คน (เป็นลูกของพี่ชายที่เสียชีวิต) ที่พักอาศัยเป็นบ้านพักของตนเอง ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 2 ปี โดยพาผู้ป่วยมารับยาเป็นประจำ และพบแพทย์ตามนัด ผู้ดูแลตรวจพบว่าตนเองมีก้อนที่ลำไส้ต้องเข้ารับการผ่าตัดใหญ่บริเวณหน้าท้องเพื่อก่อนออก

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 7 ผู้ป่วยหญิงอายุ 56 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ป.4 ประกอบอาชีพทำสวนผัก กับน้องชายซึ่งเป็นผู้ดูแล อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวของน้องชายซึ่งเป็นผู้ดูแลและระยะเวลาในการเจ็บป่วย 4 ปี เข้ารับการรักษารั้งแรกนอนโรงพยาบาล ไม่เคยกลับป่วยซ้ำ ได้รับการวินิจฉัย Catatonic Schizophrenia หลังเข้ารับการรักษ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำงานได้ และทำอาหารให้ทุกคนในครอบครัว จัดยารับประทานเอง ภายหลังอาการป่วยดีขึ้นกลับมาทำงานสวนผักเช่นเคย

ID8 ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 74 ปี เป็นมารดาของผู้ป่วย นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ป.4 ประกอบอาชีพแม่บ้าน รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,000 บาทต่อเดือน เพียงพอใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่พักอาศัยเป็นบ้านพักของตนเอง ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย และหลานอีก 1 คน ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 4 ปี โดยพาผู้ป่วยมารับยาเป็นประจำ และพบแพทย์ตามนัด ภายหลังผู้ป่วยย้ายมาทำงานที่กรุงเทพฯ จึงมารับยาแทนและจัดส่งยาให้กับผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 8 ผู้ป่วยหญิงอายุ 36 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ปวช. ประกอบอาชีพทำงานร้านอาหาร ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 4 ปี เข้ารับการรักษารั้งแรกนอนโรงพยาบาล ไม่เคยกลับป่วยซ้ำ ได้รับการวินิจฉัย Schizophrenia unspecified หลังเข้ารับการรักษ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำงานได้ และทำอาหารให้ทุกคนในครอบครัว จัดยารับประทานเอง ผู้ป่วยทำงานปั้มน้ำมันและออกจากงาน พยายามหางานใหม่ในตัวอำเภอ แต่ไม่สามารถหาได้ จึงมาทำงานร้านอาหารที่กรุงเทพฯ

ID9 ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชาย อายุ 50 ปี เป็นบิดาของผู้ป่วย นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ป.4 ประกอบอาชีพครูฝึกมวย รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,000-6,000 บาทต่อเดือน เพียงพอใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยบ้านพักของตนเอง ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูล ภรรยา ผู้ป่วย และลูกชายอีก 2 คน ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 5 ปี โดยพาผู้ป่วยมารับยาเป็นประจำ และพบแพทย์ตามนัด และคอยเตือนผู้ป่วยเรื่องการดื่มสุรา เรื่องการกินยา

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 9 ผู้ป่วยชายอายุ 24 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ จบการศึกษา ระดับ ป.1 ประกอบอาชีพช่างทึ่สี ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 5 ปี อาศัยอยู่ร่วมกับบิดา-มารดา เข้ารับการรักษาคั้งแรกนอนโรงพยาบาล ไม่เคยกลับป่วยซ้ำ ได้รับการวินิจฉัย Schizophrenia unspecified หลังเข้ารับการรักษานผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำงานได้ บิดา-มารดา คอยดูแลช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยา แต่หากบิดา-มารดาไม่อยู่สามารถรับประทานเองได้ ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ไม่มีหูแว่วประสาทหลอน

ID10 ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 49 ปี เป็นมารดาของผู้ป่วย นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ม.6 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ขายกาแฟ ที่พักอาศัยเป็นบ้านพักของตนเอง รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 3,000 บาทต่อเดือน เพียงพอใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูล สามิ ผู้ป่วย และบุตรสาว 1 คน ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 3 ปี โดยพาผู้ป่วยมารับยาเป็นประจำ และพบแพทย์ตามนัด

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 10 ผู้ป่วยชายอายุ 25 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ จบการศึกษา ระดับ ม.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ช่วยที่บ้านขายของ ช่วยบิดาซ่อมรถ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 3 ปี เข้ารับการรักษาคั้งแรกไม่ได้นอนโรงพยาบาล ไม่เคยกลับป่วยซ้ำ ได้รับการวินิจฉัย Schizophrenia unspecified หลังเข้ารับการรักษานผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำงานได้ บิดา-มารดา คอยดูแลช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยา แต่หากบิดา-มารดาไม่อยู่สามารถรับประทานเองได้ ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ไม่มีหูแว่วประสาทหลอน

ID11 ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชาย อายุ 49 ปี เป็นมารดาของผู้ป่วย นั้บถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ป.4 ประกอบอาชีพทำไร่-นา รับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 8,000 -10,000 บาทต่อเดือน เพียงพอใช้จ่าย ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่พักอาศัยเป็นบ้านของตนเอง ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูล ภรรยา และผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลา 3 ปี โดยพาผู้ป่วยมารับยาเป็นประจำ และพบแพทย์ตามนัด คอยฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ขับรถเอง และขับรถไถช่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีอาชีพและมีรายได้

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 11 ผู้ป่วยชายอายุ 21 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ จบการศึกษา ระดับ ม.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ช่วยทำนา-ไร่ ขับรถไถ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 4 ปี เข้ารับการ

รักษาครั้งแรกนอนโรงพยาบาล ไม่เคยกลับป่วยซ้ำ ได้รับการวินิจฉัย Schizophrenia unspecified หลังเข้ารับการรักษาผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำงานได้ บิดา-มารดา คอยดูแลช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยา ปัจจุบันช่วยเหลือบิดาในการขับรถไปรับจ้างทั่วไป แต่หากบิดา-มารดาไม่อยู่สามารถรับประทานเองได้ ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ไม่มีเหตุแว่วประสาทหลอน



ตารางที่ 3 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก (First Episode) และไม่กลับป่วยซ้ำ ในช่วง 18 เดือน จำนวน 11 ราย รายละเอียด 1-2 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล	ครั้งที่	วันที่สัมภาษณ์	เวลาสัมภาษณ์	รวมเวลา	สถานที่
ID1	1	27 มี.ค.62	09.00-09.38 น.	38 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
	2	16 พ.ค.62	15.35-15.59 น.	24 นาที	โทรศัพท์
ID2	1	29 มี.ค.62	09.00-09.53 น.	53 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
	2	30 เม.ย.62	10.30-11.00 น.	30 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
ID3	1	3 เม.ย.62	08.30-09.15 น.	45 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
ID4	1	4 เม.ย.62	10.00-10.30 น.	30 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
ID5	1	4 เม.ย.62	11.00-12.16 น.	76 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
	2	21 พ.ค.62	15.38-16.13 น.	35 นาที	โทรศัพท์
ID6	1	4 เม.ย.62	12.00-12.32 น.	32 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
ID7	1	4 เม.ย. 62	11.15-11.59 น.	44 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
ID8	1	5 เม.ย.62	12.30-13.10 น.	40 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
ID9	1	5 เม.ย. 62	13.00-13.33 น.	33 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
ID10	1	5 เม.ย.62	14.00-14.21 น.	21 นาที	ห้องตรวจจิตเวช
ID11	1	9 เม.ย.62	08.30-10.27 น.	57 นาที	ห้องตรวจจิตเวช

ตารางที่ 4 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์

ลำดับ	ข้อความ	การให้รหัส
1.	เป็นโรคเครียดหมอบอก	ID1T1P2
2.	หมอบอกว่าสารเคมีในสมองผิดปกติ	ID2T1P7
3.	จิตใจเขามากกว่า จิตใจเขาอ่อนไหวง่ายอดีตอดมานานจนแตกไปเลย	ID2T1P14
4.	เรียกว่าเขาเป็นโรคนอนไม่หลับ	ID7T1P1
5.	จิตไม่นิ่ง เป็นประสาท	ID8T1P3,5
6.	หมอบอกว่าเป็นอาการทางจิต	ID11T1P3
7.	ผู้ป่วยจิตเวช บางคนเขาก็ว่าเป็นโรคบ้า	ID11T1P17
8.	แม่โทรหาที่เมืองนอกไม่ยากรับสาย ออกอุบายให้กลับบ้าน	ID1T1P7-8
9.	มีอาการซึม เอาแต่นอนทั้งวัน	ID1T1P2
10.	อยากฆ่าตัดศีลกรรมหน้าเป็นคนใหม่เลย	ID1T1P3
11.	ไปโรงเรียนไม่ Scan ลายมือ กลับมาเสื้อผ้าไม่ถอดสะพายกระเป๋า กลัวพ่อแม่ จำไม่ได้จะวิ่งออกไปอย่างเดียว	ID2T1P1
12.	แม่ไปเฝ้าเขาไม่รู้จัก มองเราเหมือนคนแปลกหน้า จับมือตลอดว่าลูก ต้องหาย ลูกสะบัดมือ	ID2T1P3
13.	ลูกไม่กินข้าวเหมือนจะหมดแรง อาละวาดโยนข้าวของ เลยกาไป รพ.	ID2T1P3
14.	ลูกช่วงนั้นอายุเขายังอ่อนไหวง่าย	ID2T1P1
15.	เพื่อนเขามาหาที่บ้าน บอกว่าไม่เข้าห้องเรียน ไม่รู้ไปหลบที่ไหน	ID2T1P2
16.	กลางคืนไม่นอน พุดนุ่นนี้ ลูกกลับมาเป็นเหมือนเดิม	ID2T1P5
17.	บางทีก็พูดคนเดียว พุดไปเรื่อยไม่ฟังคนรอบข้าง เอาเรื่องนุ่นมาใส่ เรื่องนี้	ID2T1P6
18.	ออกอาการหวิว	ID3T1P1
19.	ครั้งแรกเขามีอาการหงุดหงิด	ID3T1P1
20.	ขับรถ ก็ไม่กล้าตัดสินใจ จำทางกลับบ้านไม่ได้	ID3T1P2
21.	เขานั่งยิ้มคนเดียว ไม่รู้ทำไง เลยกามาโรงพยาบาล	ID4T1P1
22.	ลักษณะเขาเป็นโรคหวาดระแวงมาตั้งแต่เด็ก	ID5T1P1
23.	เขาหลอนระแวง ปิดล็อกประตูบ้าน ไม่ให้คบใคร	ID5T1P10
24.	เขาคิดว่าแม่เป็นหัวหน้าสั่งให้คนมากลั่นแกล้งเขา	ID5T1P10

ตารางที่ 4 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	การให้รหัส
25.	ไม่นอน พุดแบบไสยศาสตร์	ID6T1P1
26.	ตอนแรกนอนไม่หลับ เดินออกจากบ้านอย่างเดียว	ID7T1P3
27.	แรงเยอะ ดิ่งไม่อยู่เลยพาไปโรงพยาบาล	ID7T1P4
28.	พอนอนทำท่าพินมือ แล้วร้องจ๊อๆ อย่างเดียว	ID7T1P7
29.	เดินทั้งวัน กลางคืนก็เปิดบ้านเดิน	ID8T1P2
30.	ผ้าอะไรเห็นก็เซ็ด เอาผ้าเซ็ดพื้นมากระทุ้งย่าย ต่ายย	ID8T1P4
31.	ระแวงกลัวจะมีคนมาฆ่า	ID9T1P1
32.	ตอนแรกๆ จำใครไม่ได้ เหมือนมีใครพูดอยู่ในหู	ID10T1P1
33.	ลูกเป็นเหมือนไม่รู้จักแม่ตัวเอง	ID10T1P2
34.	เขาป่วยคือช่วยตัวเองไม่ได้	ID11T1P1
35.	ใช้ขวด ใช้ท่อนพินทูปหัวตัวเอง	ID11T1P2
36.	เขาเป็นอาการกำเริบ ใช้มีดกรีดคอ กรีดท้อง	ID11T1P18
37.	เขาไม่มีใคร มีกัน พ่อ แม่ ลูก	ID1T2P6
38.	เรื่องของลูกเป็นเรื่องตามประสาแม่ แม่รับผิดชอบอย่างเดียว	ID2T1P14
39.	พ่อยอมทำทุกอย่างเพื่อลูก	ID3T1P5
40.	ไม่มีใครอยากเป็นหรือกลัวดูแล มันลำบากใจ มันยาก	ID3T2P2
41.	ก็ต้องเอาสิลูกเรา ก็ดูแลกันไป	ID4T1P11
42.	เขาก็เกิดมาเป็นลูกเป็นเต้าเราแล้ว จะทิ้งจะขว้างเขาก็ไม่ได้	ID5T2P11
43.	เขาคุยกับใครไม่ได้ไง ปกติก็คุยได้แค่แม่	ID5T2P15
44.	ผิดถูก ก็ลูกเรา เอามาพินพู่-	ID5T1P27
45.	เราก็ทำหน้าที่ที่เราพึงมีจะให้ลูก	ID5T1P27
46.	จิตสำนึกเขาอยู่ที่แม่ แม่จึงรับบทหนัก	ID5T1P32
47.	ไม่คิดมาก ทำตามหน้าที่ของตัวเอง หน้าที่ของคนเป็นแม่	ID5T1P34
48.	เวลาเจ็บป่วยไม่มีใคร เอาเข้าจริงมีแต่คนในครอบครัว	ID6T1P4
49.	เป็นพี่น้องกันต้องไม่ทิ้งกัน ต้องดูแลกันไปตลอด	ID6T1P6
50.	ก็ต้องดูแลกันไปจนตาย ตายจากกัน	ID6T1P8

ตารางที่ 4 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	การให้รหัส
51.	ผลัดกันดูแลช่วงแรก คอยถามว่าเป็นยังไง	ID7T1P6
52.	เราจะทิ้งเขาไปไม่ได้ ชาวบ้านชาวเมืองเขาจะว่าเอา	ID8T1P14
53.	คิดว่าเป็นลูกชาย คิดว่าเป็นลูกเรา ต้องดูแลทุกอย่าง	ID9T1P6
54.	มันต้องเป็นแม่ที่ดูแล เพราะว่าพ่อเขาเป็นผู้ชายไม่เหมือนเรา	ID10T1P3
55.	เป็นหน้าที่เรา หน้าที่ของแม่	ID10T1P6
56.	ยังไงก็ลูก	ID11T1P7
57.	แม่เขาอาจจะรักลูก แต่คนเป็นพ่อรักมากกว่าแม่ ความผูกพันมีให้ลูกเยอะกว่า	ID11T1P16
58.	อาการปกติทำงานได้ปกติ ไร่เรียงแจ่มใส ไม่เหมือนแต่ก่อน	ID1T1P2
59.	ไม่เคยขาดยา ยาสำคัญ มารับทุกเดือน	ID1T1P3
60.	การรักษาไม่ได้หายรวดเร็วทันใจ	ID1T1P5
61.	กินยาแล้วอารมณ์ดี	ID1T1P6
62.	กินยาแรกๆ ไม่เห็นอาการเท่าไร ตอนนั้นปกติแล้ว	ID1T1P7
63.	คิดว่าป่วยแบบนี้กินยาก็ต้องหายเป็นได้ก็หายได้	ID1T1P9-10
64.	การดูแลมีผลส่วนหนึ่ง ไหนจะยา ถ้าไม่ได้กินยากงไม่ดีขึ้น	ID2T2P5
65.	ตอนใหม่ๆ จัดยาให้กลั้วเขาลืม หลายปีแล้วก็ให้เขากินเอง เราคอยดู	ID2T2P5
66.	มารับยาให้ตลอด รู้สึกว่าลูกดีขึ้น ก็เลยมาเรื่อยๆ	ID2T1P7
67.	ไม่ให้ขาดยา	ID3T1P3
68.	พาไปรดน้ำมนต์ ให้สบายใจแต่สุดท้ายก็พึ่งหมอพึ่งยา	ID3T1P9
69.	เขารู้เวลากินยา เอาน้ำวางข้างเตียงก่อนนอน ก่อนจะนอนแล้วกิน	ID4T1P8
70.	กินยาไม่นานก็ดีขึ้นมาเรื่อยๆ	ID4T1P9
71.	ดีขึ้นก็ดี ดีใจเห็นเขากินยาตลอด	ID4T1P15
72.	กินยาที่นี่ดี มีอาการอะไรเขาก็บอกเรา	ID5T123
73.	ตอนนี้ดีไม่มีหวาดระแวง	ID5T1P23
74.	โรคนี้ไม่หาย กินยาให้บรรเทา	ID5T1P27
75.	กินยาตัวนี้ก็ดี ปกติทำงานได้	ID6T1P3
76.	เข้าสังคมกว่าเดิมช่วงแรกๆที่เป็น	ID6T1P5

ตารางที่ 4 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	การให้รหัส
77.	แทบไม่มีอะไรแล้ว เกือบเป็นคนปกติ ตอนแรกกลัวทำงานไม่ได้	ID6T1P10
78.	เห็นผู้หญิงที่บ้านเป็น เขาทิ้งช่วงแล้วแย่ง	ID6T1P10
79.	ปกติเลย ดีตลอดเลยตั้งแต่กินยา	ID7T1P7
80.	ตอนนี้ไม่มีอะไรเลย เหมือนคนปกติ	ID7T1P11
81.	กินยาเดือนนึงหายก็เลยกินยาประจำ	ID9T1P2
82.	เขากินยา เหมือนเรากินยา ธรรมชาติ	ID9T1P3
83.	เราจะหนักแค่ช่วงที่เขาเป็น ตอนนี้ธรรมชาติ ปกติ	ID9T1P6
84.	กลัวกินยามากๆ กลัวป่วย	ID9T2P4
85.	ดีกว่าแต่ก่อนเยอะ คุ้ยรู้เรื่อง ทำงานทำการ	ID10T1P2
86.	เปลี่ยนไปในทางที่ดี	ID10T1P3
87.	แม่เชื่อว่าวันนึงเขาจะหาย เขาไปในทางที่ดี	ID10T1P6
88.	ไม่ท้อ สู้อย่างเดียวขอให้หาย ไม่หายก็สู้เรื่อง	ID10T1P7
89.	คนในหมู่บ้านหยุดยา อยู่แต่ในบ้าน	ID11T1P7
90.	เปลี่ยนแปลงจากต้องคอยอาบน้ำ ช่วยเหลือทุกอย่าง	ID11T1P8
91.	ถ้าอาการเขาดีขึ้นยังไงก็ไม่ท้อ รัยยาเดือนละครึ่งก็พร้อมสู้ต่อ	ID11T1P16
92.	เป็นผู้ป่วยทางจิตมีโอกาสที่จะหาย	ID11T1P17
93.	ธรรมดานั้นแหละลูก แม่ก็เหมือนดูแลลูกเนาะ ก็เหมือนดูแลเขา เด็ก ๆ ก็ดูแลตามปกติ	ID1T1P5
94.	พอลูกเริ่มทำอะไรได้ เหมือนเด็กหัดใหม่ หัดกินหัดเดิน	ID2T1P12
95.	ลูกก็เหมือนเด็กคนหนึ่ง เลี้ยงโตมาขนาดนี้ก็ยังเป็นลูกเป็นเด็กอยู่ อย่างนี้	ID5T1P17
96.	เลี้ยงลูกตอนเล็กแล้วมาเลี้ยงตอนโต เหมือนเลี้ยงลูก 2 คน	ID11T1P7
97.	คิดว่าเป็นเพราะมีคนผู้หญิงหลอกเอายาให้กิน	ID1T1P7-8
98.	คิดว่าเป็นกรรมของเขา	ID1T2P7, ID3T1P7
99.	ลูกเราไม่เคยเป็นคิดถึงไสยศาสตร์	ID2T1P1
100.	ผลตรวจเลือดก็ปกติดี	ID2T1P2
101.	ไปตลอดไปทุกทางที่เขาว่าดี	ID2T1P3

ตารางที่ 4 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	การให้รหัส
102.	ภาวนาทุกอย่างไปบนท้าวสุรนารี	ID2T1P4
103.	ลูกนอนโรงพยาบาลไม่รู้สีกตัว 70 วัน แต่ไม่รู้ว่าคุณยังไม่หาย ได้แผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ต้องมากายภาพฟื้นฟูต่อ	ID2T1P4
104.	หมอขอตรวจทุกอย่าง เจาะไขสันหลังไม่เจออะไร ปกติทุกอย่าง	ID2T1P4
105.	พ่อเรือของในบ้านคิดว่ามีคนมาทำคุณไสยใส่ลูกสารพัด	ID2T1P4
106.	ไม่ได้เกี่ยวกับแขนขาเกิดมาครบ 32 มั่นเป็นกับใจเขา	ID2T1P13
107.	คิดว่าเป็นที่จิตใจเขาอ่อนไหว แต่ก็ไม่ทึ่งเรื่องไสยศาสตร์ ไม่ลบหลู่	ID2T1P14
108.	ตามกรรมพันธุ์ ตาเป็นคนคิดมาก	ID2T1P15
109.	บ่นลูกมากไป เขาปรับไม่ทันกระตุ้นเขาเร็วไป	ID2T1P15
110.	ซีเรียสมากเรื่องลูก อยากให้เขาพร้อมทุกอย่าง เรียนสูง	ID2T1P17
111.	ไปทางไสยศาสตร์เป็นสัปดาห์ แก่ตามหมดทุกอย่าง	ID2T2P2
112.	มันเป็นกรรมของเขา มันเป็นทางของเขา	D3T1P7
113.	การใช้ชีวิตประมาทเกิน	ID6T1P4
114.	ไม่รู้ว่าจะเดินไปถูกเจ้าที่เจ้าทางอะไร คนแก่บอก ลองหาพระ	ID7T1P4
115.	คิดว่าเป็นอะไร เกี่ยวกับอะไร ทำไม่ถึงเป็นอย่างนี้	ID7T1P4
116.	คิดว่าเป็นเพราะเครียด	ID1T1P16
117.	ถูกเจ้าที่เจ้าทางลมหัพทลมหัพ	ID7T1P8
118.	เรากับแม่ก็ไปหาพระ คนเฒ่าคนแก่แนะนำ	ID7T1P8
119.	กระทบกระแทกเรื่องความรัก	ID8T1P4
120.	กลับคืนเป็นปกติเหมือนเดิมแล้ว แต่ขายังสั้น	ID1T1P2
121.	บอกว่าหายแล้ว แม่ว่าหายยังไงขายังสั้น	ID1T1P4
122.	มีอาการสั้นมาให้หมอประเมินหมोजัดยาให้อาการสั้นดีขึ้น	ID1T1P5
123.	เป็นช่วงแรกจะเดินตัวแข็ง ตอนนี้อยู่เหลือแค่อาการสั้น	ID1T1P15
124.	ตอนแรกจะดูแข็งแรง ตอนนี้เป็นแล้ว	ID1T1P18
125.	เห็นอาการผิดปกติสังเกต จึงพามาโรงพยาบาล	ID2T1P1
126.	ประจำเดือนเขาไม่มา แม่ก็เป็นทุกข์	ID2T1P8
127.	เขาอ้วนมากเลยกินยา	ID2T1P9

ตารางที่ 4 การให้รหัสเบื้องต้นที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ลำดับ	ข้อความ	การให้รหัส
128.	ไม่รอให้เป็นหลายวัน เรามีประสบการณ์แล้ว	ID2T1P19
129.	ป่วยไม่ให้เป็นนาน มีอาการก็พามา	ID3T1P3
130.	ลิ้นแข็ง เดินเกร็งกลับหาหมอที่เดิมฉีดยาเลยกลายเป็นปกติดีขึ้น	ID3T1P5
131.	เขาเดินตามทางไปเรื่อย ปะเลาะ ให้กลับบ้านแล้วแม่พามา (ตะล่อม) หาหมอ	ID4T1P7
132.	ทีแรกไม่รู้จะพาไปไหน เขาไม่ได้เข้ามาแต่กำเนิด เลยมาที่นี่	ID4T1P8
133.	คอยดูจะคลุ้มคลั่งทำร้ายพ่อแม่	ID5T1P14
134.	ตัดสินใจให้ลูกเข้ารับการรักษา เพราะอยากให้หายจากโรคระแวง	ID5T1P15
135.	กินยาแล้วปากแข็ง ตัวแข็ง โทรถามหมอมานานก่อนนัด	ID6T1P2
136.	กินเข้าไปปึบคือน้ำลายไหล ตัวเกร็ง เดินแข็งที่อเลยพามาปรับยา	ID6T1P3
137.	เพื่อนแนะนำให้พามาหาหมอ	ID10T1P1
138.	ไปปรึกษาหมองเองก่อน หมอแนะนำให้พาผู้ป่วยมา	ID10T1P1
139.	อาการไม่ค่อยดี อยากฆ่าตัวตายอีก	ID11T1P4
140.	เขาก็ให้กำลังใจแม่เหมือนกัน ต่างคนต่างให้กำลังใจกัน	ID1T2P9
141.	ไม่อยากให้เขาคิดมาก อยากให้เขาสบายใจ	ID1T2P9
142.	อยากให้เขาตั้งสติ อยากให้เขาหาย แม่หวังใยทุกอย่าง	ID1T2P9
143.	กลัวไปผูกคอตาย แม่เฝ้าติดตามตลอด เข้านอนแม่ก็คอยดูไม่ให้ห่างสายตา	ID1T1P9-10
144.	เขาบอกว่าเขาสบายดีแล้ว เขาอยากหยุดกิน แม่ไม่ให้เขาหยุดกิน	ID1T2P4
145.	เขาอาจจะไม่ได้เต็ม 100% แต่ยั้งดีที่ทำอะไรหลายๆอย่างได้	ID1T2P8
146.	ยังไม่ดี 100% สมองสั่งงานไม่ดีเท่าเดิม	ID3T2P4
....
...
....
....
....
....
348.	แรกๆ พ่อไม่ยอมรับว่าลูกถูกขี้เกียจตอนนี้รับได้แล้ว	I ID10T1P10-11

ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์

ครั้งที่ 1 วันที่ 2 มิถุนายน 2562

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. ความหมายของการดูแล	1.1 การแสดงออกถึงความผูกพัน ความเอาใจใส่ 1.2 การดูแลกันไปตลอดชีวิต ไม่ทิ้งกัน
2. การรับรู้การเจ็บป่วย	2.1 เกิดจากการทำคุณไสยหรือไสยศาสตร์ 2.2 ความเครียด 2.3 เป็นโรคทั่วไปที่เป็นได้
3. พฤติกรรมการดูแล	3.1 พฤติกรรมการดูแลหลังรับรู้การเจ็บป่วย 3.1.1 แสวงหาวิธีการดูแล - ไปหาพระ - ปรึกษาเพื่อน - ปรึกษาหมอ 3.2 พฤติกรรมการดูแลเมื่อมีอาการทางจิต 3.2.1 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง 3.2.2 ทหาวิธีพาไปพบหมอ 3.2.3 ไม่ได้ตอบผู้ป่วย ละมุนละม่อมแทน 3.3 พฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ 3.3.1 ดูแลให้รับประทานยาต่อเนื่อง - ให้จัดยารับประทานเอง คอยสังเกต - คอยกำกับดูแลเรื่องการกินยา 3.3.2 พบจิตแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการ - ไปรับยาให้ตามนัด - เมื่อมีอาการผิดปกติ โทรปรึกษา มาพบแพทย์เพื่อ ประเมินอาการ 3.3.3 ให้กำลังใจ - เอาใจใส่ ให้กำลังใจ ไม่ซ้ำเติม - ส่งเสริมให้ทำงาน สร้างรายได้ - สนับสนุนให้ทำกิจกรรมทางสังคม

ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
3. พฤติกรรมการดูแล (ต่อ)	<p>3.3.4 ลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิต</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลีกเลี้ยงบุหรี สุรา ยาเสพติด - ไม่จู้จี้ จ้าจ้ำจางกับผู้ป่วย - ไม่ต่อว่าด่าทอ - พุดดี ๆ พุดกล่อมและโอนอ่อนตาม <p>3.3.5 แสวงหาแหล่งช่วยเหลือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คอยโทรเตือนเรื่องกินยาเมื่อไม่อยู่บ้าน - ฝากญาติเมื่อต้องออกไปธุระ
4. ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแล	<p>4.1 ความรู้สึกในทางไม่ดีหลังรับรู้การเจ็บป่วย</p> <p>4.1.1 เสียใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่น่าเกิดขึ้นกับครอบครัว - คับข้องใจ รู้สึกแปลกๆ <p>4.1.2 กลัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลัวไม่หายขาด - กลัวทำร้ายพ่อแม่ เวลาอาละวาด <p>4.2 ความรู้สึกทุกขใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการ</p> <p>4.2.1 เครียด เป็นกังวลวุ่นวายใจ</p> <p>4.2.2 สงสาร เป็นห่วง</p> <p>4.2.3 รู้สึกหดหู่ น้อยใจ</p> <p>4.3.4 หนักใจ</p> <p>4.3 ความรู้สึกดีเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้</p> <p>4.3.1 ภูมิใจที่ลูกได้ทำงาน</p> <p>4.3.1 สบายใจ</p> <p>4.3.3 ความผูกพันมากขึ้น</p> <p>4.3.4 เหนื่อยแต่ไม่ท้อ</p> <p>4.3.5 มีความสุขที่ได้ดูแล</p> <p>4.3.6 ใจเย็น</p> <p>4.4 การปรับสภาพจิตใจระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย</p>

ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
4. ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแล (ต่อ)	4.4.1 คิดว่าเป็นเวรกรรม 4.4.2 ปลง ปล่อยวาง 4.4.3 ยอมรับความจริง 4.4.4 ตั้งสติ 4.4.5 มีญาติพี่น้องรอบข้างให้กำลังใจ 4.4.6 ทุ่มเทไม่เหนื่อยเปล่า 4.4.7 ไม่คิดอะไรมาก คิดมากจะล้มป่วย
5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองต่อเนื่อง	5.1 ให้จัดยากินเอง 5.1.1 ช่วยเหลือจัดยาให้กิน 5.1.2 คอยสังเกตเมื่อกินยา 5.2 หางานให้ทำ 5.2.1 ให้เลี้ยงสัตว์ 5.2.2 พาไปทำงาน 5.2.3 ให้ไปทำงานข้างนอก 5.3 ดูแลให้ออกกำลังกาย 5.4 พามารับยา พบจิตแพทย์ตามนัด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ครั้งที่ 2 วันที่ 5 มิถุนายน 2562

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
การให้ความหมายของการดูแลของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ	1. การดูแลคือการเอาใจใส่ เกิดจากความผูกพันความรัก ความเข้าใจ 2. การดูแลคือหน้าที่ที่ผู้ดูแลพึงกระทำ
ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ	
1. ให้ความสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	1.1 เป็นโรคที่เป็นได้ สามารถรักษาหายได้ 1.2 จิตใจอ่อนไหว

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
<p>ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ</p> <p>1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย</p>	<p>1.3 ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต</p> <p>1.4 เป็นเวรกรรมที่ต้องดูแล</p>
<p>2. การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทำให้ต้องปรับตัว</p>	<p>2.1 กลัวไม่หาย</p> <p>2.2 กลัวกลับเป็นซ้ำ</p> <p>2.3 เหนื่อยแต่ไม่ท้อ</p> <p>2.4 แสวงหาทางในการรักษาทุกรูปแบบ</p> <p>2.5 ตั้งสติยอมรับความจริง</p> <p>2.6 ปลงและปล่อยวาง</p>
<p>3. มีประสบการณ์ในการดูแล</p>	<p>3.1 คอยเฝ้าระวังสังเกตอาการ</p> <p>3.2 เห็นอาการผิดปกติ มีประสบการณ์แล้ว รีบพาพบแพทย์</p> <p>3.3 คอยดูแลไม่ให้ขาดยา มาพบแพทย์ตามนัด</p> <p>3.4 พุดเอาใจ</p> <p>3.5 ไม่พูดโทวกเทวกโวยวาย จู้จี้ จำจี้จำไซ</p> <p>3.6 ให้กำลังใจ เอาใจใส่ พุดคุยเปิดใจกันมากขึ้น</p> <p>3.7 ส่งเสริมให้ทำงาน</p> <p>3.8 คอยเตือนเรื่องการดื่มเหล้า สูบบุหรี่</p>
<p>4. ครอบครัวผูกพันกันมากขึ้น</p>	<p>4.1 ใส่ใจมากขึ้น</p> <p>4.2 ผูกพัน อุ่นและสนิทกันมากขึ้น</p> <p>4.3 ไม่ทิ้งกันตลอดไป</p> <p>4.4 ชีวิตไม่มีอะไรเปรียบพร้อมสมบูรณ์แบบ</p> <p>4.5 เข้าใจกันมากขึ้น</p>

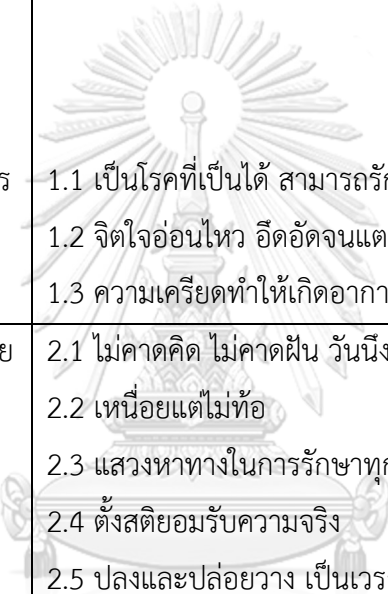
ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ครั้งที่ 3 วันที่ 8 มิถุนายน 2562

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
การให้ความหมายของการดูแลของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลคือการเอาใจใส่ เกิดจากความผูกพันรักรักความเข้าใจ 2. การดูแลคือหน้าที่ที่ผู้ดูแลพึงกระทำ
<p>ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 เป็นโรคที่เป็นได้ สามารถรักษาหายได้ 1.2 จิตใจอ่อนไหว อึดอัดจนแตก 1.3 ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต
<ol style="list-style-type: none"> 2. การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทำให้ต้องปรับตัว 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 กลัวไม่หาย 2.2 กลัวกลับเป็นซ้ำ 2.3 เหนื่อยแต่ไม่ท้อ 2.4 แสวงหาทางในการรักษาทุกรูปแบบ 2.5 ตั้งสติยอมรับความจริง 2.6 ปลงและปล่อยวาง เป็นเวอร์กรรมที่ต้องดูแล
<ol style="list-style-type: none"> 3. มีประสบการณ์ในการดูแล 	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 คอยเฝ้าระวังสังเกตอาการ 3.2 เห็นอาการผิดปกติ มีประสบการณ์แล้ว รีบพาพบแพทย์ 3.3 คอยดูแลไม่ให้ขาดยา มาพบแพทย์ตามนัด 3.4 พุดเอาใจ ไม่พุดโทวกเหวกโวยวาย จู้จี้ จำจี้จำใจ 3.6 ให้กำลังใจ เอาใจใส่ พุดคุยเปิดใจกันมากขึ้น 3.7 ส่งเสริมให้ทำงาน 3.8 คอยเตือนเรื่องการดื่มเหล้า สูบบุหรี่
<ol style="list-style-type: none"> 4. ครอบครัวผูกพันกันมากขึ้น 	<ol style="list-style-type: none"> 4.1 เข้าใจ ใส่ใจมากขึ้น 4.2 ผูกพัน อบอุ่นและสนิทกันมากขึ้น 4.3 ไม่ทิ้งกันตลอดไป 4.4 ชีวิตไม่มีอะไรเปรียบพร้อมสมบูรณ์แบบ

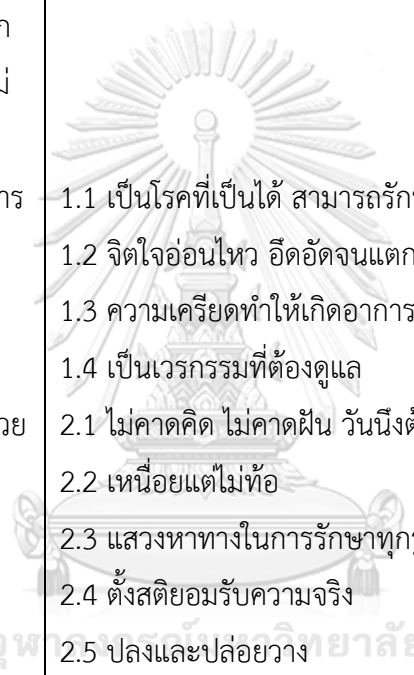
ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ครั้งที่ 4 วันที่ 12 มิถุนายน 2562

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
การให้ความหมายของการดูแลของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลคือการเอาใจใส่ เกิดจากความผูกพันความรักความเข้าใจ 2. การดูแลคือหน้าที่ที่ผู้ดูแลพึงกระทำ
<p>ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 	 <ol style="list-style-type: none"> 1.1 เป็นโรคที่เป็นได้ สามารถรักษาหายได้ 1.2 จิตใจอ่อนไหว อึดอัดจนแตก 1.3 ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต
<ol style="list-style-type: none"> 2. การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทำให้ต้องปรับตัว 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 ไม่คาดคิด ไม่คาดฝัน วันหนึ่งคนในบ้านป่วยจิตเวช 2.2 เหนื่อยแต่ไม่ท้อ 2.3 แสวงหาทางในการรักษาทุกรูปแบบ 2.4 ตั้งสติยอมรับความจริง 2.5 ปลงและปล่อยวาง เป็นเวรกรรมที่ต้องดูแล
<ol style="list-style-type: none"> 3. มีประสบการณ์ในการดูแล 	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 คอยเฝ้าระวังสังเกตอาการ 3.2 เห็นอาการผิดปกติ มีประสบการณ์แล้ว รีบพาพบแพทย์ 3.3 คอยดูแลไม่ให้ขาดยา มาพบแพทย์ตามนัด 3.4 พุดเอาใจ ไม่พุดโหวกเหวกโววาย รู้จี้ จำจี้จำใจ 3.5 ให้กำลังใจ เอาใจใส่ พุดคุยเปิดใจกันมากขึ้น 3.6 ส่งเสริมให้ทำงาน 3.7 คอยเตือนเรื่องการดื่มเหล้า สูบบุหรี่
<ol style="list-style-type: none"> 4. ครอบครัวผูกพันกันมากขึ้น 	<ol style="list-style-type: none"> 4.1 เข้าใจ ใส่ใจมากขึ้น 4.2 ผูกพัน อบอุ่นและสนิทกันมากขึ้น 4.3 ไม่ทิ้งกันตลอดไป 4.4 ชีวิตไม่มีอะไรเปรียบพร้อมสมบูรณ์แบบ

ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ครั้งที่ 5 วันที่ 18 มิถุนายน 2562

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
การให้ความหมายของการดูแลของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลคือการเอาใจใส่ เกิดจากความผูกพันความรักความเข้าใจ 2. การดูแลคือหน้าที่ที่ผู้ดูแลพึงกระทำ
<p>ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2. การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทำให้ต้องปรับตัว 	 <ol style="list-style-type: none"> 1.1 เป็นโรคที่เป็นได้ สามารถรักษาหายได้ 1.2 จิตใจอ่อนไหว อึดอัดจนแตก 1.3 ความเครียดทำให้เกิดอาการทางจิต 1.4 เป็นเวรกรรมที่ต้องดูแล 2.1 ไม่คาดคิด ไม่คาดฝัน วันหนึ่งต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2.2 เหนื่อยแต่ไม่ท้อ 2.3 แสวงหาทางในการรักษาทุกรูปแบบ 2.4 ตั้งสติยอมรับความจริง 2.5 ปลงและปล่อยวาง
3. มีประสบการณ์ในการดูแล	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 คอยเฝ้าระวังสังเกตอาการ 3.2 เห็นอาการผิดปกติ มีประสบการณ์แล้ว รีบพาพบแพทย์ 3.3 คอยดูแลไม่ให้ขาดยา มาพบแพทย์ตามนัด 3.4 พูดเอาใจ ไม่พูดโหวกเหวกโวยวาย จู้จี้ จ้าจี้จ๊าไซ 3.5 ให้กำลังใจ เอาใจใส่ พูดคุยเปิดใจกันมากขึ้น 3.6 ส่งเสริมให้ทำงาน 3.7 คอยเตือนเรื่องการดื่มเหล้า สูบบุหรี่
4. ครอบครัวผูกพันกันมากขึ้น	<ol style="list-style-type: none"> 4.1 ใส่ใจมากขึ้น เข้าใจกันมากขึ้น 4.2 ผูกพัน อบอุ่นและสนิทกันมากขึ้น ครอบครัวไม่ทิ้งกัน 4.3 ชีวิตไม่มีอะไรเปรียบพร้อมสมบูรณ์แบบ

ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ครั้งที่ 6 วันที่ 20 มิถุนายน 2562

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
การให้ความหมายของการดูแลของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้อาการกลับป่วยซ้ำคือหลักสำคัญของการดูแล 2. การดูแลคือหน้าที่ที่ผู้ดูแลพึงกระทำ
<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความสนใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2. การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทำให้ต้องปรับตัว 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 จำเรื่องเคยทำไม่ได้ ควบคุมตัวเองไม่ไหว 1.2 ระวัง หลงผิด คิดฆ่าตัวตาย 1.3 ปรึกษาผู้รู้ ดูสาเหตุ หาทางแก้ 2.1 หลากความรู้สึกสับสน ต้องปรับอารมณ์ปรับตัว 2.2 หลังพบความผิดปกติ ไม่รอทำรีบพาหาหมอ 2.3 ยอมรับบทบาทใหม่ เข้าใจการเป็นผู้ดูแล 2.4 คอยเฝ้าระวัง สังเกตอาการ 2.5 เกิดผลข้างเคียงจากยา รีบปรึกษาแพทย์
3. มีประสบการณ์ในการดูแล	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 เห็นอาการผิดปกติ มีประสบการณ์แล้ว รีบพาพบแพทย์ 3.2 คอยดูแลไม่ให้ขาดยา มาพบแพทย์ตามนัด 3.3 ให้กำลังใจ เอาใจใส่ พุดคุยเปิดใจกันมากขึ้น 3.4 ส่งเสริมให้ทำงาน
4. ให้การดูแลต่อเนื่องไม่มีเรื่องกลับป่วยซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> 4.1 พุดดีไม่ดุด่า ไม่คอยว่าจุกจิกจู้จี้ จ้าจี้จ๊าไซ 4.2 ป้องกันไม่ให้ใช้สารเสพติด 4.3 ส่งเสริมดูแลตนเอง

ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ครั้งที่ 7 วันที่ 26-29 มิถุนายน 2562

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
การให้ความหมายของการดูแลของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้กลับป่วยซ้ำคือหลักสำคัญของการดูแล 2. การดูแลคือหน้าที่ที่ผู้ดูแลพึงกระทำ
<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2. การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทำให้ต้องปรับตัว 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 จำเรื่องเคยทำไม่ได้ ควบคุมตัวเองไม่ไหว 1.2 ระวัง หลงผิด คิดฆ่าตัวตาย 1.3 ปรึกษาผู้รู้ ดูสาเหตุ หาทางแก้ 2.1 หลากความรู้สึกสับสน ต้องปรับอารมณ์ปรับตัว 2.2 หลังพบความผิดปกติ ไม่รอทำรีบพาหาหมอ 2.3 ยอมรับบทบาทใหม่ เข้าใจการเป็นผู้ดูแล 2.4 คอยเฝ้าระวัง สังเกตอาการ 2.5 เกิดผลข้างเคียงจากยา รีบปรึกษาแพทย์
3. ให้การดูแลต่อเนื่อง ไม่มีเรื่องกลับป่วยซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 พุดดีไม่ดุด่า ไม่คอยว่าจุกจิกจู้จี้ จ้าจี้จ้ำไซ 3.2 ป้องกันไม่ให้ใช้สารเสพติด 3.3 ส่งเสริมดูแลตนเอง

ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ครั้งที่ 8 วันที่ 1-4 กรกฎาคม 2562

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
การให้ความหมายของการดูแลของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ	1. การดูแลคือ การเอาใจใส่ เกิดจากความห่วงใย รักใคร่และผูกพัน 2. การดูแลคือ หน้าที่ความรับผิดชอบของครอบครัว ซึ่งติดตัวตั้งแต่กำเนิด
1. อาการผิดปกติวิสัย ผิดแผกแปลกไปไม่เหมือนเดิม	1.1 จำอะไรที่เคยทำไม่ได้ อาการแปลกๆ ไปจากเดิม 1.2 ระวัง หลงผิด มีความคิดทำร้ายตัวเอง 1.3 ค้นหาสาเหตุ ปรีกษาผู้รู้ นำไปสู่การรักษาที่ถูกต้อง
2. หลากความรู้สึกลาถม ต้องปรับอารมณ์ปรับตัว	2.1 ไม่คาดคิดไม่คาดฝัน คนในบ้านปล้นป่วยทางจิตเวช 2.2 การรับประทานยาสำคัญ ทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น 2.3 ทำใจรับบทบาทใหม่ เข้าใจการเป็นผู้ดูแล 2.4 คอยเฝ้าระวัง สังเกตอาการ 2.5 เกิดผลข้างเคียงจากยา รีบปรึกษาแพทย์
3. ให้การดูแลต่อเนื่อง ไม่มีเรื่องกลับป่วยซ้ำ	3.1 พุดดีไม่ดุด่า ไม่คอยว่าจุกจิกจู้จี้ จ้าจี้จ้ำไซ 3.2 ไม่ละเลยแะเชื่อน คอยเตือนไม่ให้เสพสารเสพติด 3.3 ปลอ่ยให้ดูแลตนเองทุกอย่าง คอยดูห่างๆ อีก็ 3.4 ส่งเสริมให้มีงานทำ เป็นงานประจำไม่ซบซอน

ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ครั้งที่ 9 วันที่ 17- 24 สิงหาคม 2562

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
1. การทำหน้าที่ด้วยความรักและห่วงใย	<p>1.1 การกระทำที่ตอบสนองต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้ป่วย</p> <p>1.1.1) การกระทำที่ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้</p> <p>1.1.2) การกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง</p> <p>1.1.3) การเฝ้าระวังและสังเกตความผิดปกติต่างๆ อย่างใกล้ชิด แล้วหาทางแก้ไข</p> <p>1.1.4) การฝึกฝนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมหรืองานที่ไม่ซับซ้อน</p> <p>1.1.5) การสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยคำพูดละมุนละม่อม ไม่ดูด่าให้กำลังใจ และยอมรับผู้ป่วย</p> <p>1.1.6) คอยเตือนไม่ให้ใช้สุรา สารเสพติดหรือสารกระตุ้น</p> <p>1.2 การกระทำด้วยหน้าที่และความรักความผูกพัน</p>
2. การรับรู้ว่าคุณป่วยผิดปกติและแสวงหาการรักษา	<p>2.1 การรับรู้ว่าคุณป่วยมีอาการผิดปกติ</p> <p>2.1.1) จากคนอื่นบอก</p> <p>2.1.2) จากผู้ดูแลสังเกตเห็น</p> <p>2.2 แสวงหาการรักษาที่เหมาะสมทั้งกับผู้ป่วยและผู้ดูแล</p> <p>2.2.1) การรักษาทางด้านไสยศาสตร์สิ่งเหนือธรรมชาติ</p> <p>2.2.2) การรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน</p>
3. การทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น	<p>3.1 หลากหลายความทุกข์ทรมานเข้ามาในชีวิต</p> <p>3.2 การทำใจยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย</p>
4. การให้ผู้ป่วยมีงานทำและใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง	<p>4.1 การให้ผู้ป่วยได้ประกอบอาชีพ และทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง</p> <p>4.2 เกิดความผูกพัน รักใคร่ในครอบครัว</p>

ตารางที่ 5 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ (ต่อ)

ครั้งที่ 10 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2562 – 12 ธันวาคม 2562

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อย
การให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ	หมายถึง การดูแลเอาใจใส่เพื่อไม่ให้กลับป่วยซ้ำ เกิดจากรักใคร่ ห่วงใยและผูกพัน 1. การทำหน้าที่ด้วยความรักความห่วงใย 2. เกิดความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว
ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ 1. การรับรู้ว่ามีผู้ป่วยผิดปกติและแสวงหาการรักษา	1.1) การรับรู้ว่ามีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ 1.1.1) จากคนอื่นบอก 1.1.2) จากผู้ดูแลสังเกตเห็น 1.2) แสวงหาการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย 1.2.1) การรักษาทางด้านไสยศาสตร์ 1.2.2) การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน
2. การทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น	2.1) หลากหลายความทุกข์ทรมานเข้ามาในชีวิต 2.2) การทำใจยอมรับเพื่อตนเองและผู้ป่วย
3. การดูแลฟื้นฟู และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำ	3.1) การทำหน้าที่ตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย 3.1.1) การกระทำที่ตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 3.1.2) การกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง 3.1.3) สังเกตความผิดปกติทางจิตและอาการข้างเคียงจากยาอย่างใกล้ชิด 3.1.4) การฝึกหัดให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมหรืองานที่ไม่ซับซ้อน 3.1.5) พูดด้วยดี ๆ ด้วยคำพูดละมุนละม่อม ไม่ดุด่า และให้กำลังใจ 3.1.6) คอยเตือนไม่ให้ดื่มเหล้า สูบบุหรี่หรือสารกระตุ้น 3.2) ให้ผู้ป่วยได้กลับมาประกอบอาชีพ และมีรายได้เป็นของตนเอง

ตารางที่ 6 การตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์

วันที่ตรวจ	รายการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย
11 ต.ค.61	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล try-out รายที่ 1-3 เพื่อปรับแก้ไข แนวคำถาม อาจารย์เสนอแนะให้ฝึกทำการถอดรหัส (coding)
10 เม.ย.62	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสัมภาษณ์ (Transcript) ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 และ 2 เพื่อปรับแนวคำถาม พร้อมกับการถอดรหัส (coding)
25 เม.ย.62	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทสัมภาษณ์ (Transcript) ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 และ 2 อีก ครั้ง อาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะการถอดรหัส (coding) การปรับแนวคำถาม เพื่อให้สามารถเจาะลึกถึงการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และเหตุผลต่าง ๆ ของ คำตอบหรือคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล เพื่อกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป
29 พ.ค. 62	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งการให้รหัส (coding) และการจัดประเภทข้อมูล (categories) ของผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1-11 (ID1-ID13) เพื่อรับฟังคำแนะนำแนว ทางการถอดรหัส (coding) และการจัดประเภทข้อมูล (category) อาจารย์ที่ ปรึกษาเสนอแนะแนวทางการตั้งประเด็น (Theme)
13 มิ.ย. 62	ส่งการให้รหัส (coding) การจัดประเภทข้อมูล (categories) การตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) ครั้งที่ 1
17 มิ.ย. 62	ส่งบทที่ 1-3 ครั้งที่ 1
1 ก.ค.62	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการตั้งประเด็นหลัก (Theme) และประเด็นย่อย (Sub-theme) อาจารย์แนะนำให้จัดกลุ่มประเด็นที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกันเข้าเป็นกลุ่มเดียวกัน แล้วเขียนเป็นประเด็นหลักที่ ประกอบด้วยประเด็นย่อย ๆ
5 ก.ค.62	พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางในการแก้ไขบทที่ 1-3 และส่ง บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งที่ 1
6,10 ก.ค.62	ส่งบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) ที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 3 ท่าน
30 ก.ค.62	ส่งบทที่ 1-3 ที่แก้ไขเสร็จสมบูรณ์ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

ตารางที่ 6 การตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการการวิจัยโดยอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์ (ต่อ)

วันที่ตรวจ	รายการตรวจยืนยันความถูกต้องตามกระบวนการวิจัย
21 ส.ค. 62	พบอาจารย์ที่ปรึกษาส่งบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งที่ 2 ภายหลังปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน และรับฟังคำแนะนำแนวทางการปรับแก้ไข
4 ก.ย. 62	ส่งบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ครั้งที่ 3 พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังคำแนะนำแนวทางการแก้ไขบทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งที่ 3 และรับฟังคำแนะนำการเขียนอภิปรายผล
14 ก.ย. 62	ส่งบทที่ 1-5 ครั้งที่ 1
1 ต.ค. 62	รับรายงานทุกบทคืนและดำเนินการเขียนรายงานบทที่ 1-5 เพิ่มเติม ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา
24 ต.ค. 62	ส่งทุกบทให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบอีกครั้ง
27 พ.ย. 62	สอบวิทยานิพนธ์
13 ธ.ค. 62	ส่งเล่มวิทยานิพนธ์

รายนาม ผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. อารียวรรณ อ่วมตานี | อาจารย์ประจำสาขาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้ | อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 3. อาจารย์ ดร. ปิ่นททัย ศุภเมธาวร | อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 4. นางอำพัน หิรัญอุทก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) สาขาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาล
สามชุก |



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นลิน ดวงปัญญา
วัน เดือน ปี เกิด	27 สิงหาคม 2529
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา
วุฒิการศึกษา	ศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น-ปลาย ที่โรงเรียนหนองหัว้าพิทยาสรรค์ จังหวัดนครราชสีมา เข้าศึกษาต่อระดับปริญญาตรีที่มหาวิทยาลัย มหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ จบปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต ปี พ.ศ. 2552 หลังจากนั้นเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2559 ระหว่างการศึกษาได้รับ ทุนอุดหนุนวิจัยจำนวน 1 ทุน จากบัณฑิตวิทยาลัย ปัจจุบันปฏิบัติงานเป็น พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม-ศัลยกรรม โรงพยาบาล พระรามเก้า

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY