

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ ขาดการเอาใจใส่ตนเอง การปฏิบัติหน้าที่การทำงานและความสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่องไป (นงคราญ ภาสูก, 2531) โรคจิตเภทยังเป็นโรคจิตชนิดที่พบมากที่สุดเมื่อเทียบกับโรคจิตชนิดอื่น ๆ มีอัตราการเกิดโรคสูงถึง 1% ของประชากรโลก (Kaplan & Sadock, 1998) หรือคิดเป็นความชุกซึ่งคำนวณตลอดช่วงชีวิตเป็น 7.0 - 9.0 ต่อประชากร 1000 คน พบในเพศหญิงและเพศชายเท่า ๆ กัน โดยที่เพศชายจะเริ่มเป็นที่อายุน้อยกว่าเพศหญิง ส่วนมากเริ่มมีอาการหรือพบมากในกลุ่มของวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (เลอสรณ์ พุ่มชูศรี, 2531)

จากรายงานสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชนครพนม พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2539 ในอัตราค่อนข้างสูงถึง 50 - 60% ของจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมด (รายงานสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชนครพนม, 2539) ซึ่งในจำนวนของผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้ พบว่า 80% ของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะพัฒนาหรือมีการดำเนินของโรคเป็นโรคจิตเภท (Anderson, 1986 cited in baker, 1989) โดยจะพบอาการของความผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และต้องมีระยะอาการกำเริบอย่างน้อยนาน 1 เดือน (Kaplan & Sadock, 1996) และยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะของความผิดปกติทางจิตตลอดของช่วงชีวิตที่เหลือ แม้ว่าจะได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็ตาม ส่วนใหญ่จะมีภาวะของความพิการทางด้านจิตใจ พฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ โดยที่ความผิดปกติดังกล่าวจะปรากฏหรือแสดงออกมาเป็นช่วง ๆ อย่างไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใดบ้าง ผู้ป่วยจิตเภทอาจพบอาการกำเริบ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) เช่น ความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม หรือที่เรียกว่า กลุ่มอาการหลงผิดและอาการประสาธลอน หลังจากนั้นอาการเรื้อรังที่เป็นกลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) ก็จะเข้ามาแทนที่ เช่น ผู้ป่วยจะพูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัวเองออกจากสังคม อยู่ในภาวะไร้อารมณ์ ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และไม่มีสมรรถภาพทางการพูด เป็นต้น (เลอสรณ์ พุ่มชูศรี, 2531)

ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะปรากฏอาการทางด้านบวกหรือลบก็ตาม จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องได้รับการบำบัดรักษาให้ต่อเนื่อง หรือป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งตัวผู้ป่วยเองและบุคคลอื่นที่ใกล้ชิด ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเฉียบพลันหรือมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อผู้ป่วยและบุคคลข้างเคียงเท่านั้น โดยมีเป้าหมายเพื่อลดและขจัดอาการเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง (Baker, 1989) ซึ่งแพทย์จะส่งจ่ายยารักษาโรคจิตเมื่อผู้ป่วยมีกลุ่มอาการด้านบวก และหลังจากกลุ่มอาการด้านบวกทุเลาลงหรือหายไป แพทย์อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับบ้าน เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย ฉะนั้นจึงเป็นการผลักดันให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการจัดการผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นทรัพยากรหลักที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ยุพาพิณ ศิริโพธิ์งาม, 2539) และเพื่อให้ตอบสนองกับนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งในปัจจุบันจะมุ่งเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชนมากกว่าการรักษาในโรงพยาบาล การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจึงนับเป็นภารกิจสำคัญ สำหรับบุคลากรสุขภาพจิต โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวช (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539)

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทกลับไปพักอาศัยที่บ้าน ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่ต้องรับบทบาทของการเป็นญาติผู้ดูแล จะได้รับผลกระทบโดยตรง เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของตนเองจากเดิมที่เคยดำรงอยู่ซึ่งปัญหาหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นในฐานะญาติผู้ดูแล ได้แก่ การที่ต้องปรับตัวให้สนองตอบต่อความต้องการของสมาชิกที่เจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา เผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปกับการที่มีผู้ป่วยโรคจิตอยู่ในครอบครัว (Gary & Kavanagh, 1991) ความสัมพันธ์ในสังคมลดน้อยลงเกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Willis, 1982; Levin, 1983 cited in Gary, & Kavanagh, 1991) นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลยังเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทุก ๆ วัน เกิดความรู้สึกวิตกกังวล สูญเสียพลังงาน เหนื่อยหน่ายจากงานที่ทำ อับอาย รู้สึกผิด และวิตกกังวลกับภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำลงเรื่อย ๆ (Elenor Smith, 1988 cited in Schizophrenia a handbook for families, 1991) และในบางครั้งญาติผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวอาจต้องเผชิญกับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (Horwiz & Reinhard, 1992 cited in Reinhard, 1994) ที่ไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ เช่น ในบางวันผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมรุนแรง เอะอะอาละวาด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของในบ้าน เป็นต้น ในกรณีเช่นนี้อาจเกิดขึ้นได้เสมอ ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรู้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วย สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น

เรียนรู้กลวิธีเผชิญปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป เช่น ญาติผู้ดูแลอาจต้องขอความร่วมมือจากเพื่อนบ้าน ตำรวจ มาช่วยควบคุมพฤติกรรมรุนแรงหรือแสวงหาแหล่งสนับสนุนจากองค์กรวิชาชีพอื่น ๆ พุดคุย ขอคำปรึกษากับบุคคลอื่นอยู่เสมอ และหาเวลาพักผ่อนจากการให้การดูแล (Basolo - Kunzer, 1994) ตลอดจนต้องคอยเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องหรือเตือนให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดเมื่อพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติ ให้คำปรึกษานับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำงานหรือเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะทำได้ รวมทั้งการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การรับประทาน อาหาร การพักผ่อนและการออกกำลังกาย (เลอสรณ์ พุ่มชูศรี, 2531) และจากการศึกษานำร่องเกี่ยวกับบทบาทและความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเภทขณะผู้ป่วยอยู่ที่บ้านของญาติผู้ดูแลจำนวน 15 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้แสดงบทบาทการให้การดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจและสังคมแต่อย่างใด เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ สามารถดูแลตนเองได้ดี ตลอดจนไม่สร้างความเดือดร้อนให้กับครอบครัว แต่ถ้าเมื่อใดผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบ ญาติผู้ดูแลจะแสดงบทบาทผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เท่าที่ความสามารถจะทำได้ เช่น ดูแลความสะอาดร่างกาย ให้ ควบคุมกำกับให้รับประทานยา กระตุ้นให้รับประทานยา และดูแลให้พักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น ในบางครั้ง ญาติผู้ดูแลจะปล่อยแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย และถ้าอาการรุนแรงมาก ญาติผู้ดูแลจะตัดสินใจนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที ส่วนในด้านความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วย แม้ว่าในบางครั้ง จะพบกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยก็ตาม

ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีลักษณะของครอบครัวที่สมาชิกชอบวิพากษ์วิจารณ์ แสดงความไม่เป็นมิตร และแสดงความผูกพันทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยมากเกินไป การแสดงออกของครอบครัวทั้ง 3 ลักษณะนี้รวมเรียกว่า High expressed emotion ซึ่งการแสดงออกของครอบครัวนี้มีผลกระทบต่อการดำเนินโรค ดังเช่นงานวิจัยของบราวน์ และคณะ ค้นพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการกลับเป็นซ้ำสูงนั้น มาจากครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539) ประกอบกับความไม่แน่นอนของโรค อาการของผู้ป่วยที่ไม่ดีขึ้นหรือรุนแรงมากขึ้น ย่อมทำให้ญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวเกิดความห่อเหี่ยวหมดกำลังใจ หรือเพิกเฉยในการดูแลผู้ป่วย เกิดภาวะเครียดและอาจทำให้ญาติผู้ดูแลมีความผาสุกลดลง (วิภาภรณ์ ชะอุ่ม, 2537) แต่เพราะความรับผิดชอบและความห่วงใยที่ผูกพันซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีการแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การ

ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระแก่ญาติผู้ดูแลหรือครอบครัวได้ (Fox, 1979 cited in Reinhard, 1994)

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นต้องมีระยะเวลาการบำบัดรักษาที่ยาวนาน การดำเนินโรคเป็นไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุดและไม่แน่นอน เป็นผลให้ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตประกอบกับงานส่วนตัวที่มีอยู่เดิม ย่อมทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดได้โดยเฉพาะ ตลอดจนเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น ซึ่งความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลสามารถประเมินได้ 2 ลักษณะ ได้แก่ ภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) และภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) โดยภาระในเชิงนามธรรมที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลนั้น สามารถประเมินได้ 2 ลักษณะ คือ ไม่รู้สึกอะไรต่อการเป็นญาติผู้ดูแล หรือรู้สึกว่า ได้มีส่วนช่วยเหลือผู้อื่น และรู้สึกว่าการเป็นญาติผู้ดูแลได้สร้างความเครียดต่อตนเอง นอกจากนี้ ภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล เช่น จากการศึกษาวิจัยของ Greenberg (1993) พบว่า ภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) ที่เกิดขึ้นกับมารดาที่ดูแลบุตรป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่งผลให้มารดาประสบปัญหาด้านสุขภาพกายได้ โดยเฉพาะความรู้สึกเป็นตราบาป (stigma) และความรู้สึกเป็นกังวล (worry) และจากงานวิจัยของ Eakes (1995) เกี่ยวกับความทุกข์ยากของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง พบว่า บิดามารดาขาดการพักผ่อน จากการที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีวันสิ้นสุด ขาดเวลาและพลังงาน รู้สึกว่าการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกสูญเสียค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นค่ารักษาของผู้ป่วยที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่วนภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) ซึ่ง Provencher (1996) ได้ศึกษาพบว่าภาระในเชิงรูปธรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เกิดปัญหาในด้านสุขภาพ ภาวะเศรษฐกิจ อารมณ์ กิจกรรมและการพักผ่อน การดำเนินชีวิตในสังคมและงานประจำถูกขัดขวาง หรือหยุดชะงักลง

จากผลงานวิจัยเกี่ยวกับภาระที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านดังกล่าว ทำให้ทราบความยุ่งยากที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลอย่างเห็นได้ชัดเจน ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับทีมสุขภาพในการที่จะหาแนวทางช่วยเหลือญาติผู้ดูแลเขาเหล่านั้นให้สามารถดูแลตนเอง และดูแลบุคคลที่พึ่งพาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) เริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้น โดยระบุในแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศไทย เรื่องการดูแลสุขภาพที่บ้าน ให้เป็นมาตรการหนึ่งในการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของประชาชน เนื่องจากสังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีโรคที่สามารถรักษาและดำรงสภาพของผู้ป่วยให้มีชีวิตยืนยาวนานขึ้นกว่าเดิม

ผู้ป่วยเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพมีมากขึ้นประกอบกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพที่บ้านมีเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ดังนั้นญาติผู้ดูแลที่บ้าน (Primary caregiver) จึงเข้ามามีบทบาทและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) และเพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ญาติผู้ดูแลจึงต้องตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ตระหนักถึงความต้องการการดูแลทั้งหมดของสมาชิก พัฒนากลวิธีต่าง ๆ ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิก ค้นหาแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และส่งเสริมและพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามบทบาทการที่จำเป็นโดยทั่วไป บทบาทการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และบทบาทการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยมีระบบการดูแลคือ ระบบการให้ดูแลทั้งหมด ระบบการให้ดูแลบางส่วน และระบบสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ (Orem, 1995)

นอกจากญาติผู้ดูแลจะเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านแล้วพยาบาลและทีมสุขภาพอื่น ๆ โดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชจะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมีคุณภาพ ฉะนั้นจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องปฏิบัติ และถือเป็นงานเร่งด่วนในการที่จะช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่บ้าน และเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจิตเวชจึงจำเป็นต้องทราบถึงบทบาทที่ชัดเจนและความต้องการการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ตลอดจนความยุ่งยากที่อาจเกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้มีความเหมาะสมและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น แต่ข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวโดยเฉพาะเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ด้วยเหตุนี้จึงเป็นมูลเหตุสำคัญให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีบทบาทต่อผู้ป่วยที่บ้านอย่างไร ในด้านต่อไปนี้

1.2.1.1 การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป

1.2.1.2 การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

1.2.1.3 การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

1.2.2 ภาระของญาติผู้ดูแลจากการทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอะไรบ้างในด้านต่อไปนี้

1.2.2.1 ภาระที่เกิดขึ้นในเชิงรูปธรรม

1.2.2.2 ภาระที่เกิดขึ้นในเชิงนามธรรม

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 ศึกษาบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแล

1.3.2 ศึกษาภาระที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแล

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครพนม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเรื้อรัง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation)

1.5 ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษารูปแบบบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งเป็นการศึกษาที่มุ่งหาคำอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์การแสดงบทบาทและภาระที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง จึงจำเป็นต้องศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกต แต่การวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ค้นพบในเรื่องของการให้ข้อมูลของญาติผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยพบว่าการให้ข้อมูลของญาติผู้ดูแลในบางเรื่อง ยังไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากญาติผู้ดูแลทราบว่า ผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขคนหนึ่ง อาจทำให้ญาติผู้ดูแลไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลที่เป็นจริง ผู้วิจัยจึงพยายามใช้หลักการสร้างสัมพันธภาพ โดยการเพิ่มจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้าน และชี้แจงวัตถุประสงค์ ตลอดจนประโยชน์ที่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจะได้รับ เปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ใช้เวลาในการคิด เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลให้ได้มากที่สุด

1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎี เกี่ยวกับบทบาทของสมาชิกในครอบครัวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาตามแนวคิดของโอเร็ม และแนวคิดเกี่ยวกับการระของญาติผู้ดูแล ของพายและคาร์เพอร์ (Pai & Kapur, 1981) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยกล่าวคือ ครอบครัวถือได้ว่าเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคม เป็นสถาบันพื้นฐานของสังคมที่มีความสำคัญที่สุด ปัญหา ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ หรือปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกิดกับสมาชิกในครอบครัวย่อมมีผลต่อสมาชิกทุก ๆ คนในครอบครัวนั้น โดยเฉพาะการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องรับบทบาทการดูแลและภาระจากการดูแลผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลของผู้ป่วย โดยที่ญาติผู้ดูแลจะต้องกระทำบทบาทการดูแล คือ บทบาทการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป บทบาทการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและบทบาทการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพโดยมีระบบการดูแล คือระบบการให้การดูแลทั้งหมด ระบบการให้การดูแลบางส่วน และระบบการให้การสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองซึ่งระบบการให้การดูแลทั้ง 3 ระบบนี้ จะเป็นระบบของการกระทำ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ตามลักษณะอาการและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และจากการที่ญาติผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนี้ ถือได้ว่าเป็นภารกิจที่ยาวนานที่ญาติผู้ดูแลจะต้องกระทำอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ฉะนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านย่อมส่งผลกระทบโดยตรง และสร้างความรู้สึว่าเป็นภาระต่อญาติผู้ดูแล ทั้งภาระในเชิงรูปธรรมและภาระในเชิงนามธรรมซึ่งภาระที่เกิดขึ้นนี้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือให้บรรเทาหรือหมดไป อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียดหรือความรู้สึกเหนื่อยหน่ายจากการที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้และอาจส่งผลย้อนกลับไปสู่ผู้ป่วยได้เช่นกัน

1.7 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามมาตรฐานการจำแนกโรคใน DSM - IV

บทบาทของญาติผู้ดูแล หมายถึง บทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยในด้านการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

บทบาทการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป หมายถึง กิจกรรมในการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี เช่น การดูแลในด้านการได้รับอากาศ น้ำ อาหาร

การขยับถ่ายและการระบาย การพักผ่อน และการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล และการป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ สวัสดิภาพของผู้ป่วย

บทบาทการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ หมายถึง กิจกรรมในการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วย เพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ป่วยตามกระบวนการของชีวิต เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยได้ทำงานที่เหมาะสม ตามความสามารถและวุฒิภาวะ และการดูแลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น

บทบาทการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมในการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งภาวะปกติและลดการกลับเป็นซ้ำ เช่น การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ รับรู้ และสนใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ การให้การดูแลตามแผนการรักษา การดูแลให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสพติด การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติ และภาพลักษณ์ที่ดีต่อตนเอง เป็นต้น

ภาระของญาติผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ถึงความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการแสดงบทบาทของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ทั้งที่เป็นภาระในเชิงรูปธรรมและภาระในเชิงนามธรรม

ภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) หมายถึง ความยุ่งยากที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลจากการแสดงบทบาทการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถสังเกตได้ ได้แก่ ความยุ่งยากในด้านเศรษฐกิจ การพักผ่อน ปัญหาทางด้านสุขภาพ และปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) หมายถึง ความรู้สึก ความตึงเครียด ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสีย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สูญเสียงานประจำ สูญเสียเวลาในการพักผ่อน ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล และความรู้สึกถูกตราหน้า เป็นต้น

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการประเมินบทบาทและภาระที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนช่วยเหลือญาติผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วยให้เหมาะสม รวมทั้งเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมต่อไป

2. ช่วยให้ได้ข้อมูลที่เป็นระบบ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนา และปรับปรุงระบบการบริการ การดูแลสุขภาพที่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. เป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแล เพื่อค้นหาวิธีการที่จะช่วยเหลือและส่งเสริมบทบาทของญาติผู้ดูแลให้ดียิ่งขึ้น
4. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมถึงครอบครัวและบุคคลสำคัญของผู้ป่วย