

.....สวดมนต์: 1 นาที.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จินตนา ลีละไกรวรรณ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรณภา ศรีธีรัตน์)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการ การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นครั้งที่ 2 ขึ้นไป กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาประยุกต์มาจากแนวคิดของ Chrisman (1977) Kleinman (1980) จากการทบทวนวรรณกรรม และจากประสบการณ์การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของ ผู้วิจัย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งเพศชายและหญิงจำนวน 10 รายและญาติของผู้ที่เป็นโรค จิตเภทจำนวน 10 ราย โดยการสุ่มอย่างเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนสิงหาคมถึง กันยายน 2540 โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเกี่ยวกับกระบวนการดูแลตนเองโดยครอบคลุม 3 ระยะคือ ระยะที่1 ระยะรับรู้อาการผิดปกติทางจิต ระยะที่2 ระยะมารับการรักษาในโรง พยาบาลจิตเวชขอนแก่นครั้งแรก และระยะที่3 ระยะมารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นครั้งที่ 2 ขึ้นไป ในแต่ละระยะจะศึกษาถึงกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิต เภทและญาติในขั้นตอนต่างๆ 5 ขั้นตอนคือ 1)การให้คำจำกัดความอาการผิดปกติ 2)การ ปรีกษาหารือกับบุคคลรอบข้าง 3)การปรับเปลี่ยนบทบาท 4)การรักษา และ 5)การปฏิบัติตาม การรักษาและการประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วน บุคคล 2) แนวคำถามการสัมภาษณ์กระบวนการการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ วิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ผลการวิจัยสามารถสรุปกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและญาติในขั้นตอนต่างๆ 5 ขั้นตอน โดยเปรียบเทียบทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

1. ขั้นตอนการให้คำจำกัดความอาการผิดปกติ กิจกรรมการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นในทั้ง 3 ระยะคือ การวินิจฉัยอาการผิดปกติ ในระยะที่1 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและญาติจะให้การวินิจฉัยอาการผิดปกติเป็น 3 ลักษณะคือ 1)อาการผิดปกติทางด้านร่างกาย 2)อาการผิดปกติทางจิต “ประสาท” และ 3)อาการผิดปกติทางจิต “บ้า”หรือ“ป่วย” ในระยะที่2 จะให้การวินิจฉัยเป็น 2 ลักษณะคือ 1)อาการผิดปกติทางจิต “ประสาท” และ 2)อาการผิดปกติทางจิต “บ้า”หรือ “ป่วย” และในระยะที่3 จะให้การวินิจฉัยเป็น 2 ลักษณะคือ 1)อาการเริ่มผิดปกติ “แป้” และ 2)อาการผิดปกติทางจิต “บ้า”หรือ“ป่วย”

2. ขั้นตอนการปรึกษาหารือกับบุคคลรอบข้าง กิจกรรมการดูแลตนเองในทั้ง 3 ระยะเป็นการแสวงหาการปรึกษานุคคลใกล้ชิด ซึ่งจะมีขอบเขตหรือเครือข่ายของการปรึกษาแตกต่างกันใน 3 ระยะ โดยในระยะที่1 การปรึกษานุคคลรอบข้างจากครอบครัวไปสู่เครือญาติ และชุมชน ในระยะที่2 พบว่ามีการปรึกษานุคคลในครอบครัวและระหว่างเครือญาติ ส่วนในระยะที่3 จะปรึกษาเฉพาะครอบครัวเท่านั้น แต่พบว่าการปรึกษาเจ้าหน้าที่ตำรวจพบทั้ง 3 ระยะ

3. ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนบทบาท กิจกรรมการดูแลตนเองในขั้นตอนนี้คือ การกระทำบทบาทด้านต่างๆ ได้แก่ บทบาทด้านอาชีพและการทำงาน บทบาทด้านสังคม บทบาทในครอบครัว และบทบาทการเจ็บป่วย พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่เมื่อมีอาการทางจิตสงบในทั้ง 3 ระยะจะสามารถประกอบอาชีพและทำงานได้ตามปกติ แต่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลงและมีพฤติกรรมแยกตัวเองมากขึ้น ตลอดจนมีสัมพันธภาพกับบุคคลภายในครอบครัวไม่ดีสำหรับบทบาทการเจ็บป่วย พบว่าในระยะที่1 ถ้ามีอาการทางจิตผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น แต่จะไม่คิดว่าอาการผิดปกตินั้นเป็นอาการของโรคจิต ในระยะที่2 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ยอมรับว่าป่วยเป็น “ประสาท” แต่ญาติส่วนใหญ่ยอมรับว่าป่วยเป็น “บ้า” และในระยะที่3 ถ้าระดับอาการผิดปกติทางจิตรุนแรงผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและญาติจึงจะยอมรับว่ามีการเจ็บป่วยเป็น “บ้า”

4. ขั้นตอนการรักษา กิจกรรมการดูแลตนเองในขั้นตอนนี้คือ การรักษาโดยตนเองและการไปรักษาตามแหล่งต่างๆ พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและญาติมีการรักษากันเองก่อนเสมอ เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงจะไปรักษากับหมอพื้นบ้าน แพทย์ฝ่ายกาย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์ทางจิตเวช

5. ขั้นตอนการปฏิบัติตามการรักษาและการประเมินผล กิจกรรมการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นในทั้ง 3 ระยะคือ ประเมินการรักษาและตัดสินใจเลือกแหล่งรักษา พบว่าการรักษากับหมอพื้นบ้าน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเคร่งครัดในการปฏิบัติตามการรักษาเพราะอยากหายป่วย ญาติและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความพึงพอใจผู้รักษาและวิธีการรักษา แต่ไม่พึงพอใจผลการรักษา การรักษาพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าเมื่อมีอาการผิดปกติทางจิตจะปฏิบัติ

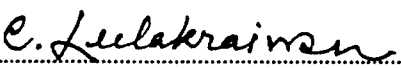
ตามไม่สม่ำเสมอและผลการรักษาไม่ดีขึ้น แต่ญาติและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความพึงพอใจผู้รักษา และวิธีการรักษา ส่วนการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจะเคร่งครัดต่อการปฏิบัติตามการรักษาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เมื่ออาการดีขึ้นมักจะไม่นำปฏิบัติตามการรักษา ซึ่งญาติและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความพึงพอใจต่อผู้รักษา วิธีการรักษาและผลลัพธ์ของการรักษา

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ญาติและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีประสบการณ์มากขึ้นเกี่ยวกับการดูแลตนเองและดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในด้านการใช้ยาจิตเวช การสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบ สามารถให้การดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะถึงการพัฒนาทักษะและเครือข่ายการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติในชุมชน และความจำเป็นในการพัฒนางานสุขภาพจิตในการดูแลรักษาเบื้องต้น โดยการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในชุมชนที่จะเป็นทางเลือกใหม่ให้ประชาชน เพื่อที่จะช่วยป้องกันภาวะเรื้อรังและการกลับซ้ำของโรค อีกทั้งให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป ส่วนบุคลากรการพยาบาลควรพัฒนาเทคโนโลยีทางการพยาบาลที่เหมาะสมในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง

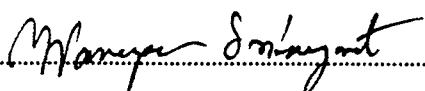
THESIS TITLE : SELF CARE PROCESS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA
READMITTED IN KHON KAEN NEUROPSYCHIATRIC
HOSPITAL

AUTHOR : MISS JIDARAT PIMDEED

THESIS ADVISORY COMMITTEE :

..... CHAIRMAN
(ASSISTANT PROFESSOR CHINTANA LEELAKRAIWAN)

..... MEMBER
(ASSOCIATE PROFESSOR PIYAKORN CHUTANGKORN)

..... MEMBER
(ASSISTANT PROFESSOR DR. WANAPA SRITANYARAT)

ABSTRACT

This descriptive research was aimed to study self care process of schizophrenic persons who were readmitted at Khon Kaen NeuroPsychiatric Hospital (KKNPH). The conceptual framework was developed by integrating concepts from Chrisman (1977) and Kleinman (1980) as well as from reviewed literatures and the researcher's nursing experiences with such patients. The study sample consisted of 20 persons: 10 schizophrenic persons, both male and female, and 10 relatives of these schizophrenic persons, through purposive sampling technique. Data collection was done during August-September 1997 by using an in-depth interviews covering 3 phases: perceiving mental disorder, the first admission to KKNPH and the readmission to KKNPH. Five stages of each phase were stressed: 1) Symptom definition; 2) Lay consultation; 3) Role shift; 4) Treatment action; and 5) Adherence and evaluation. The instruments used in this study consisted of demographic data and interviewing guidelines on self care process. Data were analysed by using content analysis and validated with thesis advisors. The results of the study are concluded as follows:

1) Symptom definition Self care activities in all 3 phases were self diagnosis. In perceiving mental disorder phase, characteristics of "mental disorder" were defined as: 1) physical disorder; 2) "Prasat (mental disorder)"; and 3) "Bah (psychosis) or Puang". In the first admission to KKNPH phase, "mental disorder" was defined in 2 characteristics: 1) "Prasat"; 2) "Bah or Puang". In the phase of readmission to KKNPH, "mental disorder" was defined in 2 characteristics: 1) "Pae"; and 2) "Bah or Puang".

2) Lay consultation Self care activities in all 3 phases were seeking consultation. It was found that the longer lasting the illness, the less number the persons involved in consulting. In the 1st phase; consultants were included family members, their kinship and their neighbours. In the 2nd phase; consultants were family members and their kinship. Finally, in the 3rd phase; consultants were limited only to family members.

3) Role shift Self care activities are action taken in career, social, family and sick roles. The results showed that most psychiatric recovered clients in community were able to work and to perform their daily living activities. However, they were less interaction with others and more isolated. The results was also presented the poor relationship within their family. For the sick role, it was found that most patients, in the 1st phase, accepted having physical problem, not a mental one. Then, in the 2nd phase, most patients accepted having "Prasat," but their relatives accepted "Bah". Finally, in the 3rd phase, both patients and their relatives would accept "Bah," when the severity progressed.

4) Treatment action Self care activities in all 3 phases were self treatment prior to seeking help from other sources; folk healers, general practitioners community, health personnels and psychiatrist.

5) Adherence and evaluation Self care activities included treatment evaluating and decision making regarding to sources of treatment. It was found that most patients decided to adhere to the folk healer's rituals, eventhough, no improvement appeared; contrary to treatment from general practitioners and community health personnels, most patients were not strictly followed the treatment regimen and showed no improvement. Yet, the treatment given by KKNPH, most patients was complied to the treatment for a period of time. When they got better, they discontinued the treatment.

The findings showed that the more experiences of the patients and their relatives, the more appropriate self care practices; in terms of anti-psychotic drug use, and awareness of prodromal symptoms. The researcher suggests that it is necessary to develop

self care abilities in schizophrenic patients, their relatives and their community networks. Moreover, the integration of mental health to primary medical care, by means of enhancing the potential of health centers, as another choice for the patients and their relatives to prevent chronicity and relapse is recommended. Finally, nursing staff should develop an appropriate nursing technology to promote self care.