

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจาก เอกสารวิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับ โรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
 - 1.3 อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค
 - 1.4 การรักษาโรคจิตเภท
 - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วย
 - 2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วย
 - 2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว
3. การในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
 - 3.1 แนวคิดการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการในการดูแลของผู้ดูแล
 - 3.3 การประเมินการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.4 การพยาบาลเพื่อลดการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. แนวคิดเกี่ยวกับการสอนและสุขภาพจิตแบบกลุ่ม
 - 4.1 แนวคิดเรื่องการสอน
 - 4.2 แนวคิดการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม
 - 4.3 แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram
 - 4.4 การประเมินผลการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม
5. โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

จิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ ด้านสติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตัวเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสารและการขาดแรงจูงใจ โดยอาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมักจะเกิดอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 1992)

ตามความหมาย ของ ICD 10 โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive)(เกษม ตันติผลาชีวะ , 2536)

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุของโรคนี้อย่างไม่ทราบแน่นอน สันนิษฐานว่าเกิดจากสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน สาเหตุที่สำคัญได้แก่ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ , 2542)

1.2.1 กรรมพันธุ์ การศึกษาพันธุกรรมของโรคจิตเภทพบว่า ญาติ (บิดา มารดา พี่น้อง บุตร) เป็นโรคนี้อายุร้อยละ 7-16 กลุ่มแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 70- 90 ส่วนคู่ที่เกิดจากไข่คนละใบ มีโอกาสเป็นโรคนี้อายุร้อยละ 14

1.2.2 ความผิดปกติของชีวเคมีของสมอง ในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่ามี Excessive transmission ของ Dopaminergic neuronal pathway ยา Antipsychotic ซึ่งใช้รักษาโรคจิตเภท ออกฤทธิ์ยับยั้งหรือลด Dopaminergic neurotransmission และยา Amphetamine ซึ่งเป็น Dopamine agonist ทำให้อาการของโรคนี้น่าขึ้น และทำให้คนปกติเกิดอาการคล้ายโรคจิตเภทได้

1.2.3 จิตใจ ผลของการพัฒนาจิตใจในวัยเด็กพบว่าผู้ป่วยบางรายมีลักษณะ กดเก็บความรู้สึกรายก้าวร้าว หรือเก็บตัว ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วย มักมีความผิดปกติการดำเนินชีวิตในครอบครัวมีสภาพวุ่นวาย และปราศจากจากความสุข

1.2.4 ความกดดันในชีวิต ความกดดันในชีวิตเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย ที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือทำให้อาการของโรคกำเริบ

1.2.5 มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ พบว่าผู้ที่มีโอกาสจะเป็นโรคจิตเภท อาจมีบุคลิกภาพชนิด Schizoid เป็นคนเก็บตัวไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน พุคน้อย ไม่ไว้ใจคน ช่างระแวง ขาดน้ำใจ รู้สึกประหม่าง่าย เวลาพบคนอื่น และอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าคนธรรมดา

1.2.6. สังคมและวัฒนธรรม มีปัญหาทางจิตใจหลายอย่าง ที่เห็นได้ชัดเกี่ยวกับ สังคม และศีลธรรม เช่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาการติดสุรา ปัญหาทางเพศบางอย่าง และโรคที่นับเฉพาะบางวัฒนธรรม ปัจจุบันนี้มีความหมายรวมไปถึงศาสนา แบบธรรมเนียมประเพณี ระดับเศรษฐกิจ ลัทธิการเมือง และกฎหมายด้วย

1.3 อาการทางคลินิกและการดำเนินโรค

โรคจิตเภท เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการ ในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง ระบาดวิทยาอุบัติการณ์ 0.1-0.5 ต่อ 1,000 หญิงและชายพบได้พอ ๆ กัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วงอายุ 15-54 ปี อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (Taylor, 1994 : Johnson, 1993)

1) กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยคือ delusion of persecution, grandiose delusion, delusion of reference อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม การพูดขาดตอน (Disorganized speech) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด มีพฤติกรรมแปลก ๆ (Disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวแปลกหรือสกปรก จู้ ๆ ก็ร้องตะโกนโดยไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ (1) Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (2) Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา (3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่อง การแต่งกาย และ (4) Asociality เก็บตัวเฉย ๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

การดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนนิชัย, 2548) คือ

1) ระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน

ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลง่าย ๆ

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการ โรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้า ร่วมด้วย พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบ เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

1.4 การรักษาโรคจิตเภท

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยา รักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม จะเป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัด เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น โดยลำดับแรก que ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น การรักษาจะเริ่มที่การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จากนั้นจึงจะให้การรักษาทางด้านอื่น ๆ ที่กล่าวมาต่อไป

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีทั้งในตัวผู้ป่วยและครอบครัวลง ซึ่งการที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาที่ต้องให้การดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง หรือเพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา หรือมีปัญหาในการวินิจฉัย การที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางด้านจิตเวช ซึ่งปฏิบัติงานในลักษณะของสหวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในด้าน

อื่นๆที่มีปัญหาอย่างครอบคลุมนอกเหนือไปจากเรื่องยา โดยระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ โดยเฉลี่ยประมาณ 3 – 6 สัปดาห์ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.4.2 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็น การรักษาโดยส่วนใหญ่ ของการรักษาโรคทางจิตเวชและโดยเฉพาะ โรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็น ยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ดันติผลาชีวะ และลักขณา ธีร โมกข์ , 2536) และเกิด ขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบที่พบมาก ได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท มี อาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบ ประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหว ช้า ๆ

1.4.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นไม่ได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยา รักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วย Severe Depression ร่วมด้วย

1.4.4 การรักษาด้านจิตสังคม

การรักษาด้านจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการ ของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไข รวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้ หด กาลังใจ ไม่ค่อยตอบสนอง ต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคม ของผู้ป่วยเพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษาด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

1) จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นการรักษาโดยใช้วิธีการของจิตบำบัด ประคับประคอง ผู้รักษาถึงตั้งเป้าหมายตามที่จริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้มุ่งเน้น เฉพาะจุดของปัญหา และทำความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับการบำบัด สามารถทำได้ทั้ง เป็น รายกลุ่ม และรายบุคคล โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญ เป็นส่วน หนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรักษาแบบกลุ่มให้ มีประสิทธิภาพและได้ผลดี ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ ความเข้าใจ ความรัก พฤติกรรม

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or family counseling) การบำบัดรักษาวิธีนี้เกิดขึ้นจากที่ครอบครัวมักเข้าใจว่าเป็นเพราะคนเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำ ให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้ อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวันซึ่งอาจเป็นการเพิ่มความกดดัน

แก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดหรือการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ยากควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จึงน่าจะช่วยให้เป็นอย่างยิ่ง

3) กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) เป็นการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al., 1989) ชนิดของกลุ่มบำบัด เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นต้น

4) นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) เป็นการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพื่อความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภททั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ จนนำไปสู่การแสดงออกทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นผู้ป่วยมักจะไม่มีความบกพร่องหรือความเสื่อมถอยในการดำเนินชีวิต เกิดความบกพร่องในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะการดูแลตนเอง ต้องกลายเป็นผู้ที่ตกอยู่ในภาวะพึ่งพา เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดทั้งจากด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม การรักษาจึงต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือ การใช้ยา และการรักษาด้านจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลและในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว และดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนนั่นเอง ครอบครัวจึงมีความสำคัญในการเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขในภาวะที่มีอาการเจ็บป่วย

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิดการรับรู้ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2547)

หลักการพยาบาลผู้ป่วย

1. การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยจะไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า

ไม่แปร่งฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดร่างกาย ด้านสุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ภาวะขาดสารอาหารเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้ป่วยประเภทนี้มีพฤติกรรมคงรูปเดิมชนิดหุ่นขี้ผึ้ง อาจจะมีปัญหากล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ก็อาจจะมีปัญหาด้านกล้ามเนื้อหดตัวและขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดียว กิจกรรมที่จัดให้ ก็ควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ในระยะแรกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ควรอนุโลมให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังตนเองได้ตามสมควร

2. การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลผู้ป่วยด้านความคิดนั้น พยาบาลควรกระทำคือการหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือการให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลาย ๆ ความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่ คนอื่น ไม่เข้าใจ ดังนั้นสิ่งแรกที่พยาบาลต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้น ๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกต พฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

2.2 การให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและ ส่งเสริมผู้ป่วยให้อยู่กับความจริงโดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนผู้ป่วยอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น ได้ยินเสียง ในขณะที่พยาบาลไม่ได้ยิน พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลจะบอกในการรับรู้ของผู้ป่วย ว่าการได้ยินเสียงของผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

3. การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจจะทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยซึม โดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4. การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่า

ปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับคนอื่น ๆ โดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วยความหวาดระแวงและการหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นสาเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคัมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคัมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางสังคัมพื้นฐานด้านสังคัมที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะสังคัมที่ถูกต้องเหมาะสม

การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล จะต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากปัญหาที่ได้จากการประเมิน จำแนกปัญหาที่ได้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นหรือระยะยาว และเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับก่อนหลังของปัญหา มีการวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลพร้อมทั้งประเมินผลการพยาบาล

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย เริ่มต้นด้วยการประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วย และอาการผิดปกติที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยนำส่งโรงพยาบาล

1.1 ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ในการประเมินสภาพร่างกายโดยทั่วไปของผู้ป่วย พยาบาลประเมินได้จากการแต่งกาย ความสะอาดทั่วไป ด้านสุขอนามัย เพื่อดูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินความสะอาดของร่างกาย ปากและฟัน การได้รับอาหาร การพักผ่อน โดยสังเกตจากสีหน้าแววตา นอกจากนั้นควรประเมินว่ามีภาวะน้ำเป็นพิษ (Water intoxication) หรือไม่ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ยาต้านอาการทางจิต การได้รับยาผู้ป่วยอาจมีอาการคอแห้งกระหายน้ำ ผู้ป่วยจะดื่มน้ำบ่อย การดื่มน้ำบ่อยอาจทำให้เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

1.2 ประเมินความคิดของผู้ป่วย อาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือความผิดปกติด้านความคิด ดังนั้นสิ่งที่ควรจะต้องทำในเบื้องต้นคือการประเมินความคิด ประเมินว่าผู้ป่วยมีความหลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะใด มีความคิดว่าการพูดและการกระทำของผู้อื่นพาดพิงถึงตนเอง (idea of reference) คิดว่าผู้อื่นคิดปองร้ายตน (persecution) มีความคิดว่าตนเองมีความยิ่งใหญ่เหนือผู้อื่น (grandiosity) เช่น มีฐานะ มีความสามารถ มีความรอบรู้ ฯลฯ มากกว่าผู้อื่น หรือมีความคิดว่าร่างกายเสียหน้าที่การทำงาน (bodily functions) เช่น ไม่มีสมอง ไม่มีกระเพาะอาหาร คิดว่าผู้อื่นอิจฉาตน (jealousy) คิดว่าผู้อื่นควบคุมความคิดและควบคุมการกระทำของตนเอง

(control) นอกจากความคิดหลงผิดดังกล่าวแล้ว ประเมินว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติอื่น ๆ ต่อไปนี้หรือไม่ คิดว่าผู้อื่นยังรู้ความคิดของตน มีบุคคลอื่นนำความคิดมาใส่ให้ตน มีคนอื่น ถอดถอนความคิดของตนเองไป มีสิ่งอื่นที่บุคคลอื่นควบคุมจิตใจของตนด้วยการส่งกระแสคลื่นเข้ามา เป็นต้น

1.3 ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เป็นอย่างไร การรับรู้ที่ปกติมีอยู่มากน้อยแค่ไหน การรับรู้ที่ผิดปกติที่เรียกว่าประสาทหลอนมีอย่างไร ประสาทหลอนเป็นลักษณะใด เช่น ประสาทหลอนทางหู ประสาทหลอนทางตา ประสาทหลอนทางจมูก ประสาทหลอนทางการลิ้มรส ประสาทหลอนทางการสัมผัส มีเป็นครั้งคราว เป็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเรื่องเดียว หรือมีอยู่ตลอดเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับการสนองตอบต่อภาวะประสาทหลอนนั้น ๆ ภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่นอย่างไรบ้าง ซึ่งจะได้หาทางป้องกันอันตรายนั้น ๆ เสีย

1.4 ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย ประเมินพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน หลบซ่อนตัว เนื่องจากความกลัวว่าจะมีผู้ปองร้าย นอกจากนี้อาจจะมีพฤติกรรมมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่ไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา พฤติกรรมซ้ำ ๆ ที่ไร้ความหมาย พฤติกรรมทำตามคำสั่งอย่างอัตโนมัติ มีพฤติกรรมคล้ายหุ่นขี้ผึ้ง มีพฤติกรรมวุ่นวายอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมของผู้ป่วยรบกวนผู้อื่นอาจทำให้ผู้อื่นรำคาญและทำร้ายผู้ป่วยได้ หรือพฤติกรรมผู้ป่วยอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นเนื่องจากภาวะหลงผิดและประสาทหลอนได้

1.5 ประเมินด้านสัมพันธภาพ พยาบาลประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น เพื่อดูว่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นนั้น พฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วยรบกวนผู้อื่นหรือไม่อย่างไร พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิดและภาวะประสาทหลอนจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ ถ้าการกระทำของผู้ป่วยรบกวนผู้อื่นก็อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ผู้อื่นรำคาญและอาจทำร้ายผู้ป่วยได้ โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทมักมีแนวโน้มที่จะแยกตัวอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วยในด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่น พยาบาลควรต้องประเมินปัญหาด้านการอยู่ในสังคมที่ผู้ป่วยอาจจะมี เพื่อที่จะได้หาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

ประเมินอาการด้านอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะอารมณ์ที่ราบเรียบ อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องเหตุการณ์ อารมณ์ที่เปลี่ยนเร็ว ในการประเมินอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ ควรประเมินโดยอาศัยพื้นฐานด้านวัฒนธรรมของผู้ป่วย ไม่ใช่ประเมินโดยใช้วัฒนธรรมของพยาบาลเอง นอกจากนี้พยาบาลควรต้องทำการประเมินอาการร่วมอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะอาการซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย การใช้สิ่งเสพติด พฤติกรรมรุนแรง และแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง

2. การวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่ว ๆ ไปที่ได้ทำในขั้นต้น โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาล

จะสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นมักเกี่ยวข้องกับอาการ Positive symptoms ซึ่งได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด และอาการด้าน Negative symptoms ได้แก่ อาการแยกตัว อาการพร่องด้านสังคม ซึ่งภาวะแปรปรวนด้านความคิดและด้านสังคม จะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

3. การวางแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้นและแผนการพยาบาลระยะยาว ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลบางข้อจำเป็นและต้องแก้ไขในเวลาอันสั้น ปัญหาบางปัญหาต้องใช้เวลา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการพยาบาลเป็นระยะสั้นและระยะยาวเพื่อที่จะได้เป็นแนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

4. การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และการดูแลผู้ป่วยในชุมชน สำหรับผู้ป่วยและคนอื่น ๆ ในชุมชน การมีแนวปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้นสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

5. การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงอยู่เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นๆ

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และด้านต่าง ๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังการพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregivers)

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร่องในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนี้

เดวิส (Davis, 1992) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985 อ้างในเสาวลักษณ์ ยาสวรรณ, 2545) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมในการดูแลคือ

ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำกิจกรรมในการดูแลโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง เป็นบุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

โอเร็ม (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

บุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามิ ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรคความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่าง ต่อเนื่อง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลและในสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่บ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

ดังนั้นผู้ดูแล คือ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะสมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ เช่นเพื่อน ซึ่งในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ หรืองานประจำที่ทำอยู่ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องมีผลต่อสุขภาพ ของผู้ดูแลได้

2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenic Patient's Family Caregivers)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปจะมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ แต่มีความแตกต่างที่ชัดเจนในส่วนของการดูแลเฉพาะของโรคจิตเภท และในผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการและความรุนแรงของพฤติกรรม ที่มีผลต่อความบกพร่องในด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ผู้ดูแล

จะต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ และดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วย

2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ดูแลช่วยเหลือครอบคลุมทั้งทางด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการรักษา ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง โดยจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลจนอาจเกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งประมวลได้ดังนี้

1) ด้านร่างกาย การมีผู้ที่เป็นโรคจิตอยู่ในความดูแล ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลได้ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคส่วนใหญ่มักจะมีการเรื้อรัง จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับจนต้องพึ่งยานอนหลับหรือดื่มสุรา เกิดอารมณ์เศร้าซึม และเครียด (Ekberg, Griffith, & Foxall, 1986 ; Minister of Supply and Services of Canada, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยและบางรายอาจถูกผู้ที่เป็นโรคจิตเผลอทำร้ายร่างกายด้วย

2) ด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเผลอถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น สมาชิกในครอบครัวจึงต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลมากขึ้นด้วย ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแล ความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ เมื่อต้องเผชิญกับอาการทางจิตที่คาดหมายล่วงหน้าไม่ได้ ดังจะเห็นจากการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ของ ปรรารถนา บริจันท์ และคณะ (2536) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน อาการที่ไม่แน่นอนและอนาคตในการเรียน หรือการทำงานของผู้ที่เป็นโรคจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพหล วงศาโรจน์ และคณะ (อ้างใน จิรนนท์ ชันแจ่ม, 2548) เกี่ยวกับปัญหาอันเป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด ปัญหาที่สำคัญคือ กลัวว่าผู้ที่เป็นโรคจิตจะไม่หาย กังวลว่าจะไม่มีใครดูแลเมื่อผู้ดูแลตายไปและกังวลว่าชีวิตจะต้องผูกติดกับผู้ที่เป็นโรคจิตอยู่ตลอดเวลา

นอกจากนี้ยังมีการศึกษา เกี่ยวกับการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลในต่างประเทศอีกมากมาย ดังเช่นการศึกษาของ Selleh (1994 อ้างใน ญัฐิยา พรหมบุตร, 2545)

เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวชาวมาเลเซีย พบว่าผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 41 และร้อยละ 26 มีอาการแสดงของความผิดปกติทางจิตเวชอย่างชัดเจน โดยพบโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลมากที่สุด การศึกษาเกี่ยวกับภาระเชิงประนัย (objective burden) ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของ Provencher (1996 อ้างใน ญัฐยา พรหมบุตร, 2545) พบว่าผู้ดูแลจะเกิดภาวะอารมณ์ที่เป็นปัญหา และมีสัมพันธภาพที่ตึงเครียดภายในครอบครัว โดยครอบครัวจะรับรู้ว่ามีภาระหนักเกินไปและมีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การกระทำที่ไม่ยอมรับ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เกิดอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิด บาป โกรธ ก้าว และหมดสิ้นความหวัง (ครุณี รุจกรกานต์, 2536)

จากการศึกษาถึงผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ แสดงให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล ที่มีอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ รวมถึงอาการซึมเศร้า ที่อาจจะรุนแรงมากขึ้นจนแสดงอาการเริ่มแรกของความผิดปกติทางจิตเวช ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม อาจกลายเป็นผู้ที่เป็โรคทางจิตเวชได้

3) ด้านสังคม การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำเป็นต้องให้การดูแล ทั้งในเรื่องของสุขอนามัยส่วนบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและการระวังภัยอันตรายต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแลได้แน่นอน เพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรค ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าขาดความเป็นอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามความต้องการ (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2536) ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การบริหารเวลาและกิจกรรมในสังคมของผู้ดูแล (Hoyert & Seltzer, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Loukissa (1995) เกี่ยวกับการของครอบครัวในการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง พบว่า เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตกลับมาอยู่กับครอบครัว ผู้ดูแลจะเกิดปัญหาการวางตัวในสังคม เครียดในการจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ที่เป็นโรค รู้สึกหวาดกลัวต่ออาการทางจิตที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและบุคคลอื่น ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดและจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยในบางครั้งเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า รู้สึกอับอาย ไม่อยากให้เพื่อนบ้าน ทราบว่ามีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในครอบครัวและไม่อยากให้นุคคลอื่นถามหรือพูดถึง จึงพยายามหลีกเลี่ยงจากผู้คน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลลดลง ประกอบกับหน้าที่การดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชนได้ (วรกช นิธิกุล, 2535)

การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ และสังคมดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและต้องการความช่วยเหลือ หากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก็จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

3. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

3.1 แนวคิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตามพจนานุกรมฉบับ บัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายของคำว่า “ภาระ” หมายถึง การงานที่หนัก หรือ หน้าที่ที่ต้องรับเอา และ จากพจนานุกรมของ Grolies (The New Grolies Webster international Dictionary, 1976 อ้างถึงใน ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) ภาระ หมายถึง สิ่งที่ต้องทำ หน้าที่ความรับผิดชอบ สิ่งที่ต้องใช้แรงงาน หรือ ยากในการดำเนินการ สิ่งที่ทำให้ทุกข์ใจ สิ่งที่น่าเบื่อ รวมทั้งมี ผู้ให้ความหมาย ของภาระผู้ดูแลไว้หลากหลายดังนี้

Thomson and Doll (1982) เห็นว่า ภาระของครอบครัวที่เกิดจากการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต หมายถึง ความเคียดแค้นทางด้านจิตใจความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกขุ่นเคืองใจและรู้สึกว่าแบกรับภาระเกินตัวของสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น

Montgomery Gonyea and Hooyman (1985) ได้ให้ความหมายของภาระของผู้ดูแลว่าเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึง ความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเคียดแค้นของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายใน ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทักษะคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ในที่ต้องดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ

George and Gwyther (1986) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลเป็นความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ Feddersen (1990 อ้างถึงในทานตะวัน เข้มบุญเรือง , 2540 : 13) ให้ความหมายของภาระ ว่าเป็นสภาพปัญหาในสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้ดูแลจะต้องอดทน ต่อสภาพปัญหานั้น ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาทางด้านกายภาพ และปัญหาทางด้านอารมณ์

Bull (1990) ให้ความหมายว่า ภาระเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียดของผู้ดูแลและเป็นผลในสุขภาพกาย หน้าที่และสุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมลง

Miller, et.Al. (1991) ได้ให้ความหมายของภาระว่า เป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียดของผู้ดูแลในการรับผิดชอบและดูแลผู้ป่วย

สำหรับ Tessler (1992); Gubman, Tessler, and Will, 1987; Schene, Tessler, and Gamachl, 1994 ; Tessler, Fisher, and Gamach (1992 cite in Jones, 1966) ได้ให้ความหมายของภาระที่แตกต่างออกไปคือ แบ่งภาระออกเป็น 2 ด้าน คือ ภาระจากพฤติกรรมของผู้ดูแล เช่น

ความต้องการผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วย และภาระจากพฤติกรรมกรรมการกวนของผู้ป่วย โดยประเมินผลของภาระตามสถานการณ์ของผู้ดูแลได้จาก 4 มุมมอง คือ 1) พฤติกรรมของผู้ดูแลที่ส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัย 2) พฤติกรรมของผู้ดูแลส่งผลให้เกิดภาระเชิงปรนัย 3) พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัยจากการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการกวนของผู้ป่วย 4) พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาระเชิงปรนัยจากการที่ผู้ดูแลมีภาระหน้าที่ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ต้องทำเนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก

Lefley (1993) แบ่งภาระของครอบครัวที่เกิดจากการดูแลญาติที่ป่วยทางจิตออกเป็น 2 ส่วน เช่นเดียวกับ Hoenig and Halmiton (1966 cite in Jones , 1966) แบ่งภาระครอบครัวออกเป็นภาระทางการเงิน (Financial Burden) และภาระทางอารมณ์และจิตใจ (Emotional burden) ภาระทางการเงินเป็นเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย ทั้งจากแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และค่าใช้จ่ายชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ส่วนภาระทางอารมณ์ที่เกิดกับญาติของผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีสาเหตุ 2 ประการด้วยกันคือ ความเครียดจากสภาพความเจ็บป่วยทางจิต และระบบการรักษาที่ไม่ได้ให้การช่วยเหลือครอบครัวอย่างพอเพียง

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2544) กล่าวว่า ภาระการดูแลคือ ความเครียดหรือภาระที่เป็นผลมาจากการตอบสนองหลายมิติของผู้ดูแลต่อสถานการณ์การดูแล มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การดูแล แบ่งเป็น

1) ภาระเชิงอัตวิสัย เป็นภาระที่เป็นรูปธรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อชีวิตส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงบทบาทความมากน้อยของกิจกรรมการดูแล

2) ภาระเชิงจิตวิสัย เป็นความคิดความรู้สึก หรือความกลุ้มใจ อันเป็นผลมาจากการรับรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์การให้การดูแล ซึ่งมักแสดงออกโดยทัศนคติและอารมณ์

สำหรับแนวความคิดภาระของผู้ดูแลที่ผู้ศึกษาเลือกใช้นั้น ได้เลือกใช้ แนวความคิดภาระของผู้ดูแล (Caregivers Burden) ของ Montgomery, et al. (1985) โดยให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็น การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมร่วมในสังคม หน้าที่การงาน และภาวะสุขภาพ 2) ภาระเชิงปรนัย (Subjective Burden) เป็น การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ปฏิกริยาทางอารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วย สามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

3.2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล

(1) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแล เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา มีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล Bull (1990), Oberst, Thoms, Gass & Ward (1989)

(2) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่าตา ยาย พ่อแม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกันซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelves, 1986)

(3) การศึกษา จะช่วยให้บุคคลมีข้อมูล และความเข้าใจ ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ และการเจ็บป่วย สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ ในการเผชิญและแก้ไขปัญหาลักษณะต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

(4) รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนอง ความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

(5) อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้รับรู้ภาระต่างกัน (Lefley, 1987; Cook, et al.1993) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้มีอายุมากกว่าจึงย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985)

(6) จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 1 – 2 คน จะมีภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัว 3 – 8 คน (Crotty & Kuly, 1986)

(7) การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ได้แก่ การได้รับความ รักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุศึกษาแก่

ผู้ดูแล สามารถช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหา (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985)

(8) กิจกรรมในการให้การดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลายอย่างแทนผู้ป่วย และต้องรับผิดชอบงานในครอบครัวด้วย ทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระมาก

3.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วย

พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ พฤติกรรมที่น่ากลัวหรือแปลกประหลาดของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ใช้บ่งชี้ภาระของผู้ดูแล (Maurin & Boyd, 1990 : Fadden, Bebbington, Kuipers, 1987 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) พฤติกรรมที่รุนแรงหรือไม่สามารถดูแลดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ กับกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยชนิดที่มีอาการทางบวก มีคะแนนภาระที่มีอยู่จริงต่ำกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางลบ (Raj, Kulhara, & Avasthi, 1991)

3.3 การประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลซึ่งแตกต่างกัน ทำให้แบบประเมินภาระในการดูแลแตกต่างกัน ซึ่งนักวิจัยจะสร้างเครื่องมือตามแนวคิดของตนเอง (Thompson, Futterman, Gallagher – Thompson, Rose, & Lovetts, 1933 อ้างถึงใน ครุณี คชพรหม, 2543) เครื่องมือส่วนใหญ่อาศัยตัวบ่งชี้ภาระสองมิติ คือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย (Miller et al., 1991) ซึ่งภาระเชิงปรนัยจะแสดงถึงความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงาน หรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย สามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแล เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัว ความมีอิสระ การมีกิจกรรมในสังคม การทำงาน และภาวะสุขภาพ (Montgomery et al., 1985) ส่วนภาระเชิงอัตนัย จะเป็นทัศนคติ ความรู้สึก หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Montgomery et al., 1985; Platt, 1985) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมของภาระในแต่ละมิติที่ได้สามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงผลของการรับผิดชอบผู้ดูแลในแง่มุมที่แตกต่างกัน

สำหรับเครื่องมือประเมินภาระของผู้ดูแลทั้งสองมิติรวมกันเป็นมิติเดียว (Kosberg, Cairl, & Keller, 1990) การประเมินในลักษณะนี้ คะแนนที่ได้ไม่สามารถแยกมิติของภาระการดูแลได้ จะเห็นได้ว่า เครื่องมือประเมินภาระของผู้ดูแลแต่ละมิติจะยึดปัญหาที่เกิดจากการดูแลเป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมต่อการนำไปใช้กับผู้ดูแลกลุ่มอื่นที่มีปัญหาแตกต่างกัน ดังนั้นการจะนำเครื่องมือมาใช้จึงต้องประเมินว่าเครื่องมือเหล่านั้นสามารถประเมินภาระของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะใด รวมทั้งมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ต้องการศึกษาเพื่อที่จะให้การประเมินภาระของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะผู้ดูแลที่นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery et al., (1985) ซึ่งมองภาวะของผู้ดูแลแยกเป็นสองมิติ คือ ภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัย เนื่องจากผู้ศึกษาเห็นว่ากรมองภาวะใน 2 มิติมีความครอบคลุม สามารถประเมินภาวะของผู้ดูแลในมิติที่แตกต่างกันได้ชัดเจนมากขึ้น

3.4 การพยาบาลเพื่อลดภาวะในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท

ภาวะในการดูแลผู้ป่วยเป็นภาวะที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางร่างกาย จิตใจผู้ดูแล ซึ่งการพยาบาลเพื่อลดภาวะการดูแลประกอบด้วย

1. การพยาบาลโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุด ได้แก่ (Elloit, 1998)

- การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมบำบัดการฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ในกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหวและช่วยลดอาการนอนไม่หลับ(Elloit, 1998)

2. การพยาบาลโดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention)

2.1 การให้ความรู้ (Education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ศรีราที , 2545) และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สึกรู้สึกของความพึงพอใจและเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ Kasuya (2000) นอกจากนี้ยังมี ดรุณี คชพรหม (2543) ที่ทำการศึกษาผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า กลุ่มประคองและจิตศึกษา จะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถลดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชลงได้

2.2 กลุ่มสนับสนุน (Support group) ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาวะการดูแล โดยการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่นๆ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ศรีราที, 2545) ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แหล่งประโยชน์ และวิธีการแก้ปัญหา Howe & Howe (1987 cite in Cook, 1999) ได้ศึกษาผลของการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุนต่อภาวะการดูแลของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ (The Effect of Support group Participation on Caregiver Burden Among Parent of Adult Off Spring with Severe mental illness) พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีภาวะการดูแลน้อยลง

2.3 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) ครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับ การแทรกแซงการรักษาผู้ป่วยหรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วยครอบครัว บำบัด เป็นการให้ความรู้และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวซึ่ง ครอบครัว จะยอมรับอย่างมาก (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ , 2545)

2.4 การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (Develop Family Strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวชและ ต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักของทุกวัน รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจและเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับ ปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระการดูแล

2.5 ให้ผู้ดูแลเข้ามีส่วนร่วมในการรักษา (Involving Caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรค หรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ ได้ เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือการให้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับผลการรักษาต่อผู้ดูแลผู้ป่วย (Elliot, 1998) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณ โน, 2541) ทำให้ ผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแล ประสบการณ์และผลลัพธ์การดูแลในทางบวก (Kramer, 1993 อ้างใน จอม สุวรรณ โน, 2541) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือ การมีส่วนร่วมในการ รักษา เช่น การร่วมวางแผนการรักษา และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและผลลัพธ์ ผู้ดูแลต้อง มีความเชื่อมั่นในผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่าง การรักษาและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษานี้ ทำให้ผู้ดูแล มี ความรู้ ทักษะและความรู้สึกของการมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์และเป้าหมายของการมี ส่วนร่วมคือ ผู้ดูแลได้พบกับความต้องการของตนเอง (Mohr, 2000)

สรุปแล้วการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมี 2 แนวทางคือการมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล ซึ่งผู้ศึกษามีความสนใจที่ลดภาระในการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลด้วยการใช้การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม โดย ให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือข้อมูลแนะนำอื่นๆ จากทั้งพยาบาลและสมาชิก ผู้ดูแลในกลุ่มด้วยกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery , Stull & Borgatta, 1985) และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาที่ เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลลงได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับการสอนและการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

4.1 แนวคิดเรื่องการสอน

ผู้ป่วยและครอบครัวมักจะต้องเผชิญปัญหาที่ต่อเนื่อง เกี่ยวข้องกับภาวะเรื้อรังและพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนการรักษาที่ยาวนานและยุ่งยาก ภาวะเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังเกือบทุกรายมีความวิตกกังวล รู้สึกหมดหวังหรือท้อแท้ กลัวว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง ความไม่แน่ใจการไม่รู้ว่าจะตายเมื่อใด ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมาก ความไม่รู้ ความสงสัย ไม่แน่ใจ ทั้งปวงนำไปสู่ความวิตกกังวล หมดหวัง ท้อแท้ หรือสิ้นหวังได้ (อุษณา และชินรัตน์, 2535)

พยาบาลได้นำเอาการสอน (Teaching) มาเป็นกิจกรรมการพยาบาลหนึ่งที่มีความสำคัญเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทำให้ผู้ป่วยและญาติมีพลังอำนาจในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และเกิดมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ของตนเองได้มากขึ้น ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเผชิญปัญหาหรือปรับตัวต่อความเจ็บป่วย (Lubkin, 1986) อย่างไรก็ตามในบางครั้งการสอนก็อาจมีปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่ทำให้พยาบาลไม่ประสบความสำเร็จในการช่วยเหลือการปรับตัวหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาและอุปสรรคเหล่านั้นมักเกิดขึ้นจากการที่พยาบาลที่ทำการสอนผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะและทัศนคติต่อการสอนผู้ป่วยไม่เพียงพอ และไม่เหมาะสม (Lubkin, 1986) ดังนั้น การสอนจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องให้ความสนใจและศึกษาหาความรู้ ตลอดจนฝึกปฏิบัติการสอนผู้ป่วยและญาติจนเกิดความชำนาญต่อไป

4.1.1 ความหมายของการสอน

ความหมายของการสอนคือ วิธีการใด ๆ ก็ตามที่นำมาใช้ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีนักการศึกษาผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้ให้ความหมายของการสอนไว้ในแง่มุม ต่างๆ กัน เช่น Fattu (1960 อ้างใน ขวัญตา ไผ่หยกงาม, 2543) กล่าวถึงการสอนว่า หมายถึงทุกอย่างที่ผู้สอนทำ ซึ่งอาจจะเป็นงานที่ผู้สอนทำโดยลำพังหรือทำร่วมเป็นกลุ่มก็ได้เพื่อจัดประสบการณ์ต่างๆ ให้แก่ผู้เรียน ในรูปแบบของเนื้อหาวิชาและประสบการณ์ เพื่อให้ผู้เรียนได้มีการพัฒนาการด้านความคิด เหตุผล ทัศนคติ ทักษะ อุปนิสัย ทำให้เห็นคุณค่า และความสำคัญของชีวิตในอนาคต

มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ (2543) สรุปว่า การสอน หมายถึง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามจุดประสงค์ที่กำหนดซึ่งต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ของผู้สอน

ขนิษฐา นาคะ (2543) กล่าวถึง การสอนว่าเป็นวิธีการให้สมาชิกมีพัฒนาการความรู้หรือทักษะที่สำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของสมาชิก ส่งเสริมให้เกิด

ความรู้ก็จะมีคุณค่าในตนเอง เกิดการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ๆ และตัดสินใจทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้เรียน

สรุปได้ว่า การสอน หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดความรู้ โดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและส่งผลถึงพฤติกรรมตามจุดประสงค์ที่กำหนด ซึ่งต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ของผู้สอน

4.1.2 หลักและกระบวนการเรียนการสอน

การสอนที่มีเป้าหมายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือทำให้เกิดการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเป็นกิจกรรมที่ต้องวางแผนเฉพาะรายโดยนำเอาความสามารถของผู้เรียนความต้องการ แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และระบบสนับสนุนของผู้เรียนมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและจัดเตรียมการสอน กระบวนการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นจะต้องเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอนจึงจะทำให้บรรลุเป้าหมายของการสอนได้ การสอนประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

1) การประเมินการเรียนการสอน (Teaching learning assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนของผู้เรียนที่จะนำมาวางแผนการสอน ข้อมูลเหล่านี้ประกอบด้วย ปัญหาหรือความต้องการเรียนรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับหัวข้อที่ต้องการเรียนรู้ ความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ความสามารถที่จะเรียนรู้ แบบแผนการเรียนรู้ ระบบสนับสนุน ตลอดจนความเชื่อผิด ๆ ที่ผู้เรียนมีต่อหัวข้อที่จะเรียนและอื่น ๆ

2) การวางแผนการสอน (Planning) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน ระยะเวลา สถานที่ และวิธีการเรียนการสอนที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนแนวทางหรือวิธีการประเมินผลการเรียนการสอน สิ่งสำคัญที่ช่วยให้กระบวนการเรียนการสอนประสบความสำเร็จได้ คือ การมีส่วนร่วมของผู้เรียนในการวางแผน ผู้เรียนจะต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเวลา สถานที่ และวิธีการเรียนการสอนการมีส่วนร่วมดังกล่าวทำให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบในกระบวนการเรียนการสอนทุกขั้นตอน

3) การปฏิบัติการสอน (Implementation) เป็นการสอนที่เกิดขึ้นจริงตามแผนการสอน พยายามใช้วิธีการสอนต่าง ๆ และสื่อการสอนต่าง ๆ ที่จัดเตรียมขึ้นด้วยความชำนาญ ตลอดจนการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้เรียนขณะทำการสอนและผลการสอนที่เกิดขึ้น

4) การประเมินผลการสอน (Evaluation) เป็นการตรวจสอบคุณภาพของการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่กำหนดไว้ในเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการสอนอย่างไร ถ้าการสอนไม่บรรลุผลตามที่กำหนดไว้ ต้องมีการปรับปรุงแผนการสอนตามขั้นตอนทั้ง 4 อีกครั้งหนึ่ง พรรณี มานะเสวต (2537) เสนอว่า พยายามทำหน้าที่สอนผู้ป่วยควรยึดหลักการสอน ดังนี้

- สอนในสิ่งที่ผู้ป่วยอยากรู้ หรือให้ความสนใจ
- เนื้อหาการสอนควรจะต้องเนื่องหรือทบทวนความรู้เดิมที่ผู้ป่วยมีอยู่ และเพิ่มพูนความรู้ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องประเมินความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยด้วย

- ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย
- ผู้เรียนและผู้สอนต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
- มีการประเมินผลการเรียนเพื่อการพัฒนา
- การเรียนรู้จำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยระลึกถึงคุณค่าของตนเอง

หลักการเรียนการสอนเหล่านี้ สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการสอนที่มีประสิทธิภาพให้แก่ ผู้เรียนได้

4.1.3 ปัญหาและประเด็นสำคัญของการสอน

1) ปัญหาทั่วไปของผู้เรียน

ไม่ว่าพยาบาลจะใช้แนวความเชื่อของการเรียนรู้แบบใดก็ตาม ในการวางแผนการสอนที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องคำนึงถึงปัญหาของผู้เรียนหลายประการที่อาจมีผลกระทบต่อความสำเร็จของการเรียนรู้ของผู้เรียนเองในการวางแผนการสอนผู้ป่วยและญาติแต่ละราย พยาบาลจะต้องประเมินและวิเคราะห์ปัญหาเหล่านั้น และวางแผนหาแนวทางป้องกันหรือจัดปัญหาเหล่านั้นไปหมดไปก่อนการสอนที่จะเกิดขึ้นจริง Lubkin (1986) จำแนกปัญหาทั่ว ๆ ไปของผู้เรียนจะมีผลกระทบต่อความสำเร็จในการเรียนรู้ไว้หลายประการ คือ ความไม่พร้อมที่จะเรียน ปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาของการสื่อสารภาษาและขาดแรงจูงใจ และกล่าวเน้นว่าภาวะเฉียบพลันหรือเรื้อรังของโรคไม่ใช่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ แต่ ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังของโรค มักจะพบว่า มีปัจจัยในตัวของผู้เรียนเหล่านั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้งกว่าผู้ป่วยเฉียบพลัน ปัจจัยในตัวของผู้เรียนทั้ง 5 ประการดังกล่าว เป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องประเมินและวิเคราะห์เพื่อจำแนก และวางแผนแก้ไขหรือป้องกันไม่เกิดขึ้นในขณะวางแผนการสอน

ในการวางแผนการสอนผู้ป่วยและญาติ พยาบาลต้องประเมินปัญหาด้านจิตใจ เพื่อนำมาวางแผนการสอนให้มีประสิทธิภาพ เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ พยาบาลวางแผนการสอนที่เน้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นมากกว่าการสอนการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นในอนาคต การเรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่จะต้องกระทำในแต่ละวัน จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล คลายความซึมเศร้า และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นทีละน้อย จนกระทั่งเกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะดูแลหรือควบคุมโรค

2) การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

ประเด็นเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือการไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์นั้น เป็นประเด็นสำคัญที่แพทย์และพยาบาลที่

ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ความสนใจและพยายามสอนผู้ป่วยให้มีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับความเจ็บป่วย ประสบการณ์ในเรื่องนี้มักจะเป็นข้อสังเกตที่ว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการสอนตามโปรแกรมการสอนที่ถูกจัดเตรียมขึ้นอย่างมีแบบแผนแล้วก็ตาม ผู้ป่วยมักจะไม่นิยมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง

การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นประเด็นสำคัญอย่างหนึ่งในเรื่องการสอนผู้ป่วย เพราะการสอนจะไม่ประสบผลสำเร็จ ถ้าหากพยาบาลไม่ได้แก้ไขปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเสียก่อน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ความเชื่อ อำนาจการควบคุม ปัจจัยทางสังคม เช่น เศรษฐฐานะ รายได้ เวลา และวิถีชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องประเมินปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว และจัดเตรียมโปรแกรมการสอนที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนวางแผนเพิ่มเติมในการแก้ปัญหา เช่น จัดการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ที่จำเป็น การให้คำปรึกษาครอบครัว การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

3) ปัญหาของพยาบาลในฐานะผู้สอน

Lubkin (1986) จำแนกปัญหาของพยาบาลในฐานะผู้สอนไว้อีกประเด็นหนึ่ง ทั้งนี้เพราะข้อสังเกตที่ว่าแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความพร้อมและมีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับโรคการรักษา และการดูแลตนเองก็ตามการสอนที่เกิดขึ้นก็จะไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าหากพยาบาลในฐานะผู้สอนวางแผนการสอนไม่ดีพอ ปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นเพราะมีสาเหตุได้หลายประการ กล่าวคือการบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถแก้ไขหรือป้องกันข้อจำกัดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหรือสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยไม่ดี เป็นต้น

4.2 แนวคิดการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

4.2.1 ความหมายการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

Anderson et al. (1980) ได้ให้ความหมายว่า การสอนสุขภาพจิตเป็นรูปแบบการให้บริการด้านความรู้แก่ครอบครัว โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา ขจัดความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งรวมถึงถึงการประคับประคองด้วย

Koontz (1991) กล่าวว่า การสอนสุขภาพจิตเป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจและให้ข้อมูลที่สำคัญกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหา ทำให้สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้

Wilson (1996) ได้ให้ความหมายของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาว่า เป็นรูปแบบการให้ความรู้แก่ญาติ เกี่ยวกับความผิดปกติของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษาและการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยประคับ ประคองให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ และครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้

Walsh (1987) ได้ให้ความหมายว่า เป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต สำหรับสมาชิกที่มีภาวะดูแล และได้รับความเดือดร้อนจากผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีจุดมุ่งหมายให้ความรู้แก่ญาติ

เกี่ยวกับลักษณะความผิดปกติของผู้ป่วยและยังช่วยให้สมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือกันแก้ไขปัญหาที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) ให้ความหมายว่าเป็นกลุ่มการสอน (Didactic group) ซึ่งเป็นชนิดของกลุ่มจิตบำบัด ซึ่งเป็นการให้ความรู้ ทำให้เกิดการหยั่งรู้ตนเองถึงปัญหา อารมณ์ ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยโรคประสาทที่เผชิญกับปัญหาค่อนข้างมาก

จากความหมายทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม หมายถึงรูปแบบการให้ความรู้กับผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การแก้ไขปัญหาที่เป็นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถให้กับญาติและเป็นการช่วยเหลือระดับประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งหากพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษามักจะเป็นการจัดกระทำให้กับญาติผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูแลผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงสนใจใช้การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งรับรู้ถึงการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นภาระในการดูแล เนื่องจากการขาดความรู้และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาเริ่มใช้ครั้งแรกโดย Anderson, Hogarty และ Reiss (1980) มีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (Support) และการบริการด้านความรู้ (Educational Services) แก่ครอบครัวในลักษณะเป็นกลุ่มหลายครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping Skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Network)

การให้ สุขภาพจิตศึกษาถือว่าการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งที่การรักษาเพียงอย่างเดียวแต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคองและการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษา ซึ่งจะย่นระยะเวลาการเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลลงได้ (Ira A. Abramowitz and Robert D. Coursey, 1989)

การรักษา ผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาใหญ่สำหรับนักวิชาชีพสุขภาพจิตในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าญาติจะประสบผลสำเร็จในความพยายามที่จะย่นระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาล โดยการดูแลในชุมชน และการรักษาด้วยยาได้ผลดี แต่ก็ยังพบอัตราการป่วยซ้ำ ซึ่งพบถึง 80% ที่ไม่ได้รับยาและพบ 40% ในผู้ป่วยที่ได้รับยาจะป่วยซ้ำใน 1 ปี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เหตุผลของการป่วยซ้ำยังไม่เป็นที่แน่ชัด ผู้ป่วยบางรายยังมีอาการไม่คงที่ในระหว่างรับการรักษาระยะสั้นในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงกลับสู่ชุมชนในสภาพที่ยังมีอาการที่สามารถจะถูกกระตุ้นให้กำเริบได้อีก บางรายกลับมารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกไม่สม่ำเสมอ ประมาณได้ว่า 50 % ของผู้ป่วยเหล่านี้จะขาดการติดต่อในการให้บริการดูแลหลังจำหน่าย (after care service) หรือไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง หลังจากเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง หรือ 2 ครั้ง เมื่อเป็นเช่นนี้ผู้ป่วยจิตเภท จึงมีการหมุนเวียนเข้าออกในโรงพยาบาลจิตเวช และจะต้องหมดเปลืองเวลา ต้องใช้ความพยายามและชุมพลังของ

นักวิชาการสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก ซึ่งพยายามแก้ไขปัญหาและจัดการหาการดูแลที่มีประสิทธิผลสำหรับผู้ป่วย จิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือในการรักษาและสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย

ทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคือการวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งพบว่ามีโครงการในเชิงจิตศึกษาอย่างมีโครงสร้าง (Structured psychoeducational programs) หลากหลายลักษณะถูกสร้างขึ้นมาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านการศึกษาและการประคับประคองเช่นกลุ่มพัฒนาทักษะการปรับแก้ความเครียด กลุ่มพัฒนาการสื่อสาร กลุ่มสอนเรื่องยาและอาการแสดงของโรคฯลฯ ผลลัพธ์ของกลุ่มเหล่านี้พบว่าช่วยให้ความร่วมมือในการรักษามีมากขึ้นเพิ่มทักษะในการปรับแก้ความเครียด ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจต่อกันมากขึ้นนอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวยังสามารถทำได้ที่บ้านของผู้ป่วยหรือในชุมชนโดยทั้งครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการสอนไปพร้อม ๆ กัน ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับสภาพแวดล้อมและการแก้ปัญหาต่างๆไป (Harter,1988) สำหรับประเทศไทย ชีระ ติลนันทกิจ พิเชฐ อุคมรัตน์ และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ (2542) ศึกษาผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย โดยกรมสุขภาพจิตได้มอบหมายให้โรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่งศึกษานำร่องโครงการให้จิตศึกษา (Psychoeducation) แก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องโรคจิตเภทซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งผลของความร่วมมือจะสามารถลดอัตราการกำเริบของผู้ป่วยลงจากร้อยละ 75 เหลือประมาณร้อยละ 15 พบว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้เข้ากลุ่มจิตศึกษา สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีร้อยละ 50 ผู้ป่วยไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีหลังจากได้เข้ากลุ่มจิตศึกษา

ในระยะหลัง ๆ พบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะของการแสดงอารมณ์สูง (high emotional expression) เมื่อได้รับการประคับประคองจากบุคลากรสุขภาพจิต ได้รับการเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องต่างๆและได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อมๆกันกลายเป็นแนวทางที่ได้ผลดีในการบำบัด เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำของผู้ป่วย (Harter, 1988)

4.2.2 วัตถุประสงค์ของการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

นันทิกา ทวิชาติ (2539) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มสุขภาพจิตได้ดังนี้

- 1) เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนินโรคและการรักษาในผู้ป่วยแก่สมาชิก
- 2) เพื่อเป็นการช่วยเหลือและให้การสนับสนุนประคับประคองแก่สมาชิก
- 3) เพื่อลดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมกหมองที่เกิดขึ้นกับสมาชิก

4) เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เข้าใจ และสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น และสามารถควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ภายในครอบครัวให้เหมาะสมขึ้น

4.2.3 ลักษณะของการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

เป็นลักษณะกลุ่มปิด หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียว ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปิดกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หากมีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางพัฒนาการของกลุ่มได้ (Marram, 1978)

การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มนี้ ผู้ศึกษาจึงได้นำการสอนสุขภาพจิตร่วมกับกระบวนการกลุ่ม เป็นการให้ความรู้ที่มีการชี้แนะ การสนับสนุน การสอน การจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) และมีการพัฒนากลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978)

4.2.4 ขนาดของกลุ่มการสอนสุขภาพจิต

จำนวนสมาชิกที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่มมีความสำคัญ ไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป เพราะจะไม่เกิดผลในการบำบัด Lasale and Lasale (1995 ; อ้างในสกวรัตน์ ฤฎา, 2543) กล่าวถึงจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัดต่าง ๆ แต่ละครั้ง คือ 7-10 คน และ Marram (1978) ได้กำหนดจำนวนสมาชิกในการทำกลุ่มบำบัดคือ 8 – 12 คน ดังนั้นในการทำกลุ่มบำบัดครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงกำหนดจำนวนสมาชิกในการร่วมกลุ่มบำบัดกลุ่มละ 10 คน เพราะถ้ามีสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันได้ไม่ทั่วถึง เกิดกลุ่มย่อยในกลุ่มใหญ่ได้ (Yalom, 1975)

4.2.5 ระยะเวลาในการสอน

ได้มีการศึกษาผลการใช้เวลาในการเข้ากลุ่ม ซึ่งมีความหลากหลายในเรื่องระยะเวลา ความถี่ที่ใช้ในการจัดกลุ่ม เวลาที่ใช้อยู่ระหว่าง 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง และจำนวนครั้งในการเข้ากลุ่มอยู่ในช่วง 6 - 8 ครั้ง ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาเลือกระยะเวลาและความถี่ในการเข้ากลุ่มให้เหมาะสมกับแนวคิด เนื้อหาและความสะดวกทั้งผู้ศึกษาและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจัดกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที

ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มและการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) โดยพัฒนาจากแนวคิดของ Anderson (1980) ซึ่งแนวคิดของ Anderson ได้กล่าวว่าเป็น รูปแบบการให้ความรู้คือ การประทับประคอง (Support) และการบริการด้านความรู้ (Education services) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Network)

4.3 แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978)

แบ่งระยะการพัฒนาของกลุ่มเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพ

เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่มสร้างสัมพันธภาพต่อกัน ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศให้เอื้ออำนวยต่อการเป็นมิตรในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม บอกจุดมุ่งหมาย แนวทางปฏิบัติของสมาชิกในกลุ่ม รวมถึงการให้ข้อมูลแก่สมาชิก นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกและความคิดเห็น เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่สมาชิกคนอื่นในกลุ่ม การที่ผู้นำกลุ่มมีท่าทีอบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟังสมาชิก จะช่วยให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ ผลที่ตามมาคือสมาชิกกล้าเปิดเผยตนเอง โดยการพูดระบายความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเอง ทำให้ความ วิตกกังวลหรือความทุกข์ใจของสมาชิกลดลงได้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

ระยะนี้สมาชิกกลุ่มจะมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่มตลอดจนผู้นำกลุ่ม สมาชิกเริ่มรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (cohesiveness) ตรงจุดนี้เองจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีการระบายความรู้สึก ความคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเปิดเผยตนเองมากยิ่งขึ้น ขอมรับว่าตนเองมีปัญหาโดยมีสมาชิกกลุ่มคอยให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ การได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะช่วยให้สมาชิกเกิดความคิดที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกมีความสามารถในการให้และรับข้อมูลของสมาชิกกลุ่มได้ สมาชิกรู้สึกว่าจะตนเองมีคุณค่า ระยะนี้จึงเป็นระยะที่สมาชิกทุกคนร่วมแก้ไขปัญหากลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เสริมสร้างความเชื่อมั่นให้สมาชิกและเอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม

ในระยะนี้ผู้นำกลุ่มต้องช่วยให้สมาชิกประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ด้วยการแสดงออกโดยคำพูดของสมาชิก หรือประเมินจากพฤติกรรมที่สมาชิกแสดงออกมา

สรุปได้ว่าการเข้าใจพัฒนาการกลุ่มจะช่วยให้ผู้นำกลุ่มสามารถประเมินได้ว่ากลุ่มนี้จะดำเนินไปได้ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้ามีอะไรเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการของกลุ่ม จะได้มีการแก้ไขปัญหาในการดำเนินกลุ่มได้

4.4 การประเมินผลการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่ม การประเมินผลกลุ่มจะต้องทำการประเมินผลเป็นระยะ ๆ ตลอดเวลาที่กลุ่มดำเนินไป และประเมินหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่งประเมินโดยวิธี Observer log.

ให้ผู้สังเกตการณ์จับบันทึกทั้ง Verbal และ Nonverbal ของ Member , Co – Leader และ Leader โดยประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจากการทำกลุ่มดังนี้ (Marram ,1978)

- 1) บทบาทผู้นำกลุ่ม
- 2) บทบาทผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม
- 3) บทบาทของสมาชิกกลุ่ม
- 4) ระยะเวลาในการทำกลุ่ม
- 5) ขั้นตอนของการทำกลุ่ม
- 6) บรรยากาศของกลุ่ม
- 7) การสื่อสารในกลุ่ม

สรุปได้ว่านอกจากจะประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นดังกล่าวแล้ว ควรมีการประเมินความคิดเห็นจากสมาชิก หลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม เพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงการทำกิจกรรมกลุ่มให้ดียิ่งขึ้น

5. โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม หมายถึง กระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้แบบกลุ่ม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะให้สมาชิกร่วมกันคิดหาเหตุผล เลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆผู้ศึกษาจึงใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Andreson (1980) ที่มีรูปแบบการให้ความรู้ คือ การประคับประคอง (Support) และ การบริการด้านความรู้ (Education) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill services) การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Net work) โดยในโปรแกรมนี้นำแนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) ที่แบ่งระยะเวลาพัฒนาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ทั้ง 4 กิจกรรม โดยผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม มีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยใช้เวลา 60 นาที

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดย ผู้นำกลุ่มกล่าวแนะนำตนเอง สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ หลังจากนั้นให้สมาชิกแนะนำตนเอง ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลา วิธีการ จำนวนครั้งและเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกำหนดข้อตกลงร่วมกัน

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกเปิดเผยความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย พุดคุยสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เปิดโอกาสให้สมาชิก

บอกถึงเหตุผล ความคาดหวัง ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการร่วมแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มและสมาชิกสรุปเหตุผล และความคาดหวัง ความต้องการในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสมาชิกมีความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลา 90 นาที

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุย สร้างความคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา มีการพูดคุยสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท การรักษา การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และ มีการยกสถานการณ์จำลอง เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยสมาชิกช่วยกันสรุป ความรู้ ประสบการณ์ แนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง

กิจกรรมที่ 3 การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใช้เวลา 90 นาที

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุย สร้างความคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกได้สำรวจความรู้สึก อารมณ์ ความคิด การแสดงออกที่มีต่อผู้ป่วย โดยใช้แบบสำรวจความรู้สึก และเปิดโอกาสให้สมาชิกพูดคุยสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีการประเมินปัญหาและหาแนวทางจัดการ ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเรื่องความรู้สึกและความคิดที่มีผลต่อผู้ป่วย พร้อมทั้งฝึกทักษะการเผชิญปัญหา วิธีจัดการกับอารมณ์ และความคิดด้านลบ ฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม สมาชิกช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ทักษะที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามหลังจากนั้น นำกลุ่มสรุปเนื้อหา อีกครั้ง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม ใช้เวลา 90 นาที

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุย สร้างความคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่อง การสื่อสารในครอบครัว การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหา พูดคุยสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้างเครือข่ายและแหล่งช่วยเหลือ พร้อมทั้งให้สมาชิกลองฝึกปฏิบัติทักษะการติดต่อสื่อสาร โดยใช้สถานการณ์จำลอง

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม สมาชิกช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ทักษะที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม หลังจากนั้น ผู้นำกลุ่มสรุปเนื้อหาอีกครั้ง

จากการดำเนินการตามกิจกรรมและขั้นตอนทั้ง 3 ดังกล่าว จะทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับเรื่องโรค อาการ การดำเนินของโรค การรักษา เห็นความสำคัญของการร่วมมือในการรักษา พาผู้ป่วยมาตรวจ และมีทักษะในการดูแล สามารถจัดการเมื่อมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งมีทักษะในการสื่อสารที่ดี มีแหล่งสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ทำให้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยอย่างมีความสุข

สำหรับในประเทศไทยการจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ส่วนใหญ่พบว่าจัดกระทำในญาติผู้ป่วยมากกว่าและมีการจัดกลุ่มในลักษณะนี้ในโรงพยาบาลจิตเวช โดยพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ และมีรายงานซึ่งแสดงให้เห็นผลการจัดกลุ่มญาติในเชิงบวกชัดเจน

6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ภาระในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาระในการดูแล และผลงานที่ใกล้เคียงเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและครอบครัว ดังนี้

Thompson & Doll (1982) ดำรวจความคิดเห็นจากญาติผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 125 ราย ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกวุ่นวายมากกว่าคนแบกภาระหนักอื่น ร้อยละ 72 มีความรู้สึกอับอาย ร้อยละ 46 รู้สึกเหมือนติดกับ ร้อยละ 42 ขุ่นเคืองใจ ร้อยละ 40 ขาดการเอาใจใส่ต่อสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากใช้เวลาดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 30

Greenberg, Greenley, McKee, Brown & Griffin – Francell (1993) ศึกษาผลของภาระเชิงอัตนัยต่อภาวะสุขภาพของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 90 ราย พบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความวิตกกังวล (Worry) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพร่างกายของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Eakes (1995) ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ยากของบิดา มารดาที่ป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง จำนวน 10 คู่ พบว่า บิดา มารดา มีความรู้สึกเสียใจ โกรธ สับสน สิ้นหวัง เกิดความยุ่งยากใจมาก เมื่อทราบว่าบุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท ทำให้บิดา มารดา มีความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นตลอดเวลา สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะบิดา มารดา มีภาระในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน เพราะกิจกรรมการดูแลเป็นงานที่ไม่รู้จักจบสิ้น รวมทั้งการดำเนินชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ

ทานตะวัน เข้มบุญเรือง (2540) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว ภายหลังจากใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริภา นันทพงษ์ (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายด้าน ด้านการได้รับการช่วยเหลือ และคำแนะนำต่าง ๆ สูงกว่าด้านอื่น ๆ แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พบมาก ได้แก่บุคลากรทางด้านสุขภาพ บิดามารดาและพระหรือนักบวชตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตอื่น ๆ

ทิพย์ประพิน สุขเขียว (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รัชนิกร อุปเสน (2544) ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบทบาทผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ตามการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป ส่วนการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยญาติผู้ดูแลแสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือ และบทบาทผู้จัดการดูแล และยังพบว่า ในบางครั้งญาติผู้ดูแลไม่แสดงบทบาทใด ๆ ส่วนภาระในการดูแลที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ของญาติผู้ดูแลพบภาระในเชิงรูปธรรมคือ ในด้านการพักผ่อน สุขภาพกาย สุขภาพจิตและภาวะเศรษฐกิจ ส่วนในด้านปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ และความรู้สึกเป็นภาระในเชิงนามธรรม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะถึงการพัฒนารูปแบบของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง

วารงรัตน์ ทะมังกกลาง (2545) ได้ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 66 เมื่อพิจารณาแยกภาระการดูแลออกเป็นด้านรูปแบบและนามธรรม ผลการศึกษา พบว่า ภาระทั้งสองด้านอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 67.2 และร้อยละ 64.4 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า มีปัจจัยด้านอาชีพ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พฤติกรรมผู้ป่วยและรายได้ของผู้ดูแล มีผลต่อภาระของการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมคิด ตีรวาณี (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ภาระการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

อัญชลี ทรงผาศุก (2547) ศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่ำกว่าก่อนการใช้ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว ต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสอนสุขภาพจิตศึกษา

Pai and Kapur (1981) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตเภทเป็นครั้งแรก จำนวน 54 คน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งรับการรักษาในโรงพยาบาลตามปกติ อีกกลุ่มหนึ่งให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยร่วมด้วย หลังจากนั้นติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้ มีภาระในการดูแลน้อยกว่า และมีการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้น

Ostwald et al. (1999) ศึกษาการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย Dementia โดยจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร ผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลพัฒนาความแข็งแกร่งของผู้ดูแลและทักษะการปฏิบัติภาระที่หนัก เพิ่มความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ดูแลให้เป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญ ผลการศึกษาพบว่า การจัดโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดภาระของผู้ดูแลได้

จันทร์เพ็ญ ธัชสินพงษ์ (2544) ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ต่อความรู้และเจตคติและการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนและหลังการ ได้รับ

สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการได้รับสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลตามมาตรฐาน ผู้ปกครองมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แขนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ครุณี คชพรหม(2542) ศึกษาผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า กลุ่มระดับประคองและจิตศึกษา เป็นวิธีปฏิบัติการพยาบาลวิธีหนึ่งในการลดภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวช จึงควรได้รับการฝึกอบรมวิธีการนี้ เพื่อใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

พรชัย จุลเมตต์ (2540) และคณะ ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง การศึกษาพบว่า ภาวะเชิงประนัยและภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง ภายหลังจากได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สกาวัฒน์ ภูผา(2543) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้นำเสนอ จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลอย่างมาก เนื่องจากโรงพยาบาลจะจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ชุมชนเร็วขึ้น มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง ขณะที่ผู้ป่วยยังมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงต้องดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและตอบสนองอาการผิดปกติทางด้านจิตใจ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดจากการขาดความรู้ ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ดูแลให้เหมาะสม ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล จะช่วยส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) และ ผสมผสานด้วยกระบวนการกลุ่มและพัฒนาการของกลุ่ม 3 ระยะ ของ Marram (1978) คือ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม ซึ่ง ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจ

ระยะที่ 1 โดยการแนะนำตัว เพื่อให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจ
ระยะที่ 2 โดยแจ้งวัตถุประสงค์ผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วม วางเป้าหมายและกำหนดข้อตกลงร่วมกัน เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ
ระยะที่ 3 สรุปข้อตกลงร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะที่ 1 โดย กล่าวทักทาย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์
ระยะที่ 2 โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วย ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ พร้อมฝึกทักษะการเผชิญ ปัญหา
ระยะที่ 3 สรุปความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและพัฒนา

ทักษะการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะที่ 1 โดย กล่าวทักทาย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์
ระยะที่ 2 โดยสมาชิกสำรวจความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสม พร้อมทั้งเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหา และ วิธีการจัดการกับอารมณ์
ระยะที่ 3 สรุปความรู้ ทักษะ ที่ได้จากการทำกลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม

ระยะที่ 1 โดย กล่าวทักทาย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์
ระยะที่ 2 โดยสมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การสื่อสาร การสร้างเครือข่าย และการขอความช่วยเหลือจากแหล่ง สนับสนุนทางสังคม ฝึกปฏิบัติการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
ระยะที่ 3 สรุปความรู้ ทักษะ ที่ได้จากการทำกลุ่ม ยุติกลุ่ม

ภาระในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท

เชิงอัตนัย

- ความรู้สึกเกี่ยวกับการ
รับรู้ในการปฏิบัติตัวต่อ
ผู้ป่วย การตอบสนอง
ทางด้านอารมณ์ และ
ทัศนคติ

เชิงปรนัย

- การมีเวลาเป็นส่วนตัว
- การมีกิจกรรมใน
สังคม
- หน้าที่การงาน
- ปัญหาสุขภาพ
- การมีสัมพันธภาพ