

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก และการดำเนินของโรคจิตเภท
 - 1.2 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.2 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว
 - 3.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
 - 3.2 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
 - 3.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
4. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.1 ความหมายของภาระในการดูแลตามแนวคิดต่างๆ
 - 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล
 - 4.3 การประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.4 การพยาบาลเพื่อลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.5 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. แนวคิดเกี่ยวกับการสอนสุขภาพจิตศึกษา
 - 5.1 รูปแบบของการสอนสุขภาพจิตศึกษา
 - 5.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
6. โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก และการดำเนินของโรคจิตเภท

ความหมาย

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบากที่สุดในบรรดาโรคทางจิตเวช และจะค่อยเป็นค่อยไปแบบเรื้อรัง จนทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ด้านต่างๆ เช่น การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม การดูแลตนเอง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช,2542)จึงมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้พอจะสรุปได้ดังนี้

สมภพ เรืองตระกูล (2549) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภท ว่าเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พืชจากยาหรือสารเสพติด ที่เป็นสาเหตุ และความผิดปกติเหล่านี้ต้องเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 6 เดือน

World Health Organization : WHO (1994) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่าโรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีลักษณะมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง และอาการผิดปกติทางจิต เช่น หูแว่วหรือหลงผิด ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ และการดำเนินชีวิตประจำวัน

ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, 2006) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม แต่สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญาอยู่ อาการแสดงทางจิตที่สำคัญได้แก่ การได้ยินเสียงสะท้อนของความคิด (thought echo) มีผู้อื่นนำความคิดมาใส่ให้หรือดึงความคิดของตนออกไป (thought insertion or withdrawal) ความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัวทำให้คนอื่นรู้ว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) มีความหลงผิดด้านการรับรู้และหลงผิดคิดว่าตนมีอำนาจและสามารถควบคุมคนอื่นได้ (delusional perception and delusions of control) มีอิทธิพลเหนือคนอื่นหรือได้รับอิทธิพลจากคนอื่น (influence or passivity) หูแว่วได้ยินเสียงคนอื่นวิจารณ์หรือพูดกันในเรื่องของตนเอง (hallucinatory voices commenting or discussing the patient in the third person)

สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเด่น คือ มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นหลักและการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ อารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ

Boyd (2005) กล่าวว่าข้อบ่งชี้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ อาจเกิดจาก ปัจจัยด้านชีววิทยา จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่

1.1 พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป

1.2 สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าการหลั่งสาร โดปามีนมากเกินไปทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของ Dopamine striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางด้านบวก นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโตนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

1.3 ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 20 – 50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994)

1.4 ด้านประสาทสรีรวิทยา พบว่ากระแสเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (Cerebral blood flow) และกลูโคส เมตาบอลิซึม (Glucose metabolism) ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal lobe)

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของอีโก้ (Ego) และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, 1994)

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำซึ่งเกิดจากการ

ที่ผู้ป่วยมีอาการ โรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (Downward drift hypothesis) หรือการที่สมาพันธกรรมบีบคั้น ทำให้คนเป็น โรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation hypothesis) ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีววิทยาจิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภท อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (Boyd, 2005)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อย เช่น หลงผิดคิดว่าคนปองร้าย (Persecutory delusion) หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นใหญ่ เป็นโต (Grandiose delusion) และหลงผิดคิดว่าคนนิทาว่าร้ายตนเอง (Delusion of reference) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็นประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination) อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม การพูดขาดตอน (Disorganized speech) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด มีพฤติกรรมแปลก ๆ (Disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวแปลกหรือสกปรก ๆ กี่ร้องตะโกน โดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่

2.1 พูดน้อยเนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (Alogia)

2.2 ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย (Avolition)

2.3 เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน (Associality)

2.4 การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา (Affective flattening)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท

ระบบในการจำแนกโรคที่นิยมในปัจจุบันคือ American Psychiatric Association (1995) และ มาโนช หล่อตระกูล & ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548)

1. DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 edition) เป็นระบบจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 เริ่มใช้ ค.ศ. 1994 เกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจะต้องมีลักษณะดังนี้

1.1 มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือนหรือมากกว่า 1 เดือนก็ได้

1.1.1 อาการหลงผิด (delusion)

1.1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination)

1.1.3 ลักษณะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พูจาสับสนเข้าใจยาก (disorganized speech)

1.1.4 มีพฤติกรรมผิดปกติที่เห็นได้ชัด (disorganized behaviors) หรือมีพฤติกรรมไม่เคลื่อนไหว (catatonic behavior)

1.1.5 อาการด้านลบ (negative symptom) เช่น อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ขาดความกระตือรือร้น (avolition)

หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิงไม่เข้าใจหรือเป็นไปไม่ได้เลย (bizarre delusion) หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย หรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาโต้ตอบกัน

1.2 มีความเสื่อมหรือปัญหาด้านสังคม และอาชีพมากเช่นการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง เป็นต้น

1.3 มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไปโดยต้องมีอาการกำเริบ (active phase) ตามข้อ 1 อย่างน้อยนาน 1 เดือนและระยะที่เหลืออาจเป็นระยะเริ่มอาการหรือระยะอาการหลงเหลือ

2. ICD-10 (International Classification of Disease and Related Health Problem : 10 th Revision) เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันปรับปรุงครั้งที่ 10 เริ่มใช้ ค.ศ. 1992 โดยพิจารณาจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการนำมาก่อน ซึ่งอาจเป็นอาทิษฐ์หรือเป็นเดือนจึงเป็นการยากที่จะบอกระยะเวลาที่เกิดขึ้นได้อย่างแน่นอน ฉะนั้นการวินิจฉัยโรคจิตเภทที่ใช้เวลากำหนด 1 เดือนจึงเริ่มตั้งแต่มีอาการทางเท่านั้น ไม่นับรวมระยะเวลาเกิดอาการนำ ลักษณะอาการที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการอย่างชัดเจน 1 ข้อ ในข้อ 2.1 – 2.4 หรือถ้าอาการไม่ชัดเจนต้องมีมากกว่า 2 ข้อขึ้นไป ในข้อ 2.5 – 2.9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน มีลักษณะอาการดังนี้

2.1 ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Thought echo) ความคิดของตนเองถูกแทรกหรือถูกดึงออกไป (Thought insertion or withdrawal) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน (Thought broadcasting)

2.2 หลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจจากภายนอกควบคุมชักจูง (Delusion of control

Influence or passivity) โดยอาจแสดงออกในเรื่องทางร่างกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิด หรือความรู้สึกสัมผัส (Sensation) หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusion of persecution) เช่น เห็นจรรยาโบกมือให้สัญญาณเกิดความคิดว่าให้สัญญาณนั้นบอกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของประเทศ

2.3 ประสาทหลอนทางหู พุดวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือพุดคุยโต้ตอบกันเองเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือประสาทหลอนทางหูอื่นๆ ที่มาจากบางส่วนของร่างกาย

2.4 ความหลงผิดชนิดอื่นๆ เป็นอยู่นาน ซึ่งไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคม วัฒนธรรม และศาสนา เช่น หลงผิดว่าสามารถควบคุมดินฟ้าอากาศได้ สามารถติดต่อกับพระเจ้าได้

2.5. ประสาทหลอนอื่นๆ เป็นอยู่นาน อาจเกิดร่วมกับอาการหลงผิด ซึ่งเป็นอยู่ชั่วคราว โดยไม่มีอาการทางอารมณ์อย่างชัดเจน หรือความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าอย่างมาก ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลานานเป็นอาทิตย์หรือเป็นเดือน

2.6 มีการแตกแยกหรือสอดแทรกในกระแสความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิดไม่ปะติดปะต่อ ฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพุดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ (Neologisms)

2.7 พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Catatonic behavior) อาจมีลักษณะมีอาการเคลื่อนไหวอย่างมากแบบคลั่ง (Excitement) ไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Stupor) การกระทำต่อต้าน (Negativism) เช่น ให้นั่งผู้ป่วยจะยืน

2.8 Negative symptoms เช่น สีหน้าเฉยเมย (Apathy) พุดน้อย (Paucity of speech) อารมณ์ที่ทื่อๆ (Blunt) ไม่มีอารมณ์ตอบสนอง ซึ่งต้องแยกออกจากอารมณ์ซึมเศร้า หรือจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

2.9 มีการเปลี่ยนแปลงมากและนานในเรื่องคุณภาพของบุคคล โดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจ ไม่มีจุดหมาย ใจจืดจาง ปลีกตัวออกจากสังคม หมกมุ่นในตนเอง

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทแต่ละคนจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตสังคมหรือหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกันที่มา มีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษา และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง การพยากรณ์โรคจิต ในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุมาก มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน อาการเกิดขึ้นเฉียบพลัน มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย เป็นกลุ่มอาการด้านบวก การเข้าสังคมหน้าที่การทำงานเดิมดีก่อนเกิดอาการ มีประวัติความผิดปกติทางอารมณ์ในครอบครัว เป็นมาไม่นานก่อนการรักษา และผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทมีคู่สมรส หรือมีญาติให้การดูแล

และพบว่าอาการโรคไมเคิล ในผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการเมื่ออายุยังน้อย ไม่พบปัจจัยกระตุ้น อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป อารมณ์เรียบเฉยแยกตัวเอง เป็นกลุ่มอาการด้านลบ มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว เป็นมานานก่อนการรักษา และเป็นโรคที่ไม่มีใครช่วยเหลือดูแล (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) และหากระยะนี้เป็นอยู่นานนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ ผลการรักษา มีโอกาสที่จะเป็นไป 5 แบบด้วยกัน คือ

1. หายขาดโดยไม่กลับมาอีก (recovery)
2. หายโดยกลับเป็นอีก (remission with relapse)
3. หายไม่สมบูรณ์โดยพอจะเข้าสู่สังคมได้ (social remission) แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ และอาจต้องได้รับการช่วยเหลือ
4. เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง (state chronicity) ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
5. มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ (deterioration) และจากการติดตามผู้ที่เป็โรคจิตเภทภายในระยะเวลา 5 ปี ของการเจ็บป่วย พบผู้เป็โรคจิตเภทร้อยละ 35 ที่รักษาหายแล้วกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย ร้อยละ 35 ที่เป็นบ่อยครั้งมีอาการหลงเหลือมากหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ ร้อยละ 22 ที่เป็นครั้งเดียวหรือเป็น 2 - 3 ครั้งแล้วรักษาหายขาด ร้อยละ 8 ที่มีอาการทุเลาลงแต่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543)

การดำเนินโรคของโรคจิตเภท ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และเป็นแบบเรื้อรัง โดยมีอาการนำมาก่อน เช่น แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียนและการทำงาน ไม่ดูแลสุขอนามัย แต่งตัวสกปรก มีพฤติกรรมผิดปกติหรือแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรง ซึ่งสังเกตได้ว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในที่สุดผู้ป่วยจะแสดงอาการของโรคชัดเจน เช่นอาการหูแว่ว และอาการหลงผิด (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษวิชัย, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2549; Kaplan & Sandock, 1996) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แรกๆอาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจนการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) คือ

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไปมักจะเริ่มมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้าน สัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนคนเดิม เกียจคร้านขึ้นกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวมากขึ้น สนใจตนเองน้อยลง อาจหันไปสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมี

พฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆระยะนี้อาจนานเป็นเดือน ถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื้อสุราหรือเครียดจัดๆ อาจเห็นชัดว่าผู้ป่วยไม่ปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการ โรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี ในระยะนี้ใช้เวลาไม่แน่นอนโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ หากในระยะนี้ใช้ระยะเวลาเป็นอยู่นาน การพยากรณ์โรคจะไม่ดี

2. **ระยะอาการกำเริบ (active phase)** ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน หลังจากนั้นอาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลายๆ เดือน ก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก สูญเสีย เป็นต้น มีอาการที่แสดงออกแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ อาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. **ระยะอาการทุเลา (stabilization phase)** หรือ ระยะอาการคงที่ (stable phase) ระยะนี้เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มคงที่ หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเลยในขณะที่บางรายอาการไม่ได้ออกเป็นอาการ โรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์หรือโชคลางอาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

1.2. การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท การรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรค ได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546)

1.2.1 การรักษาระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษา กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องต่อไป การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1.2.1.1 การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาหลักเนื่องจากยาไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรค เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และความคิดที่ไม่เป็นระเบียบแบบแผน การรักษาด้วยใช้เวลานาน เป็นสัปดาห์ จึงจะเห็นผล เมื่ออาการทางจิตทุเลา ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้แล้ว การติดต่อสื่อสารดีขึ้น ผู้ป่วยก็ยังคงได้รับการรักษาด้วยยา แต่ขนาดของยาจะลดลง ผู้ป่วยจะได้รับยาต่ออีก อย่างน้อย 6 เดือน จนอาการคงที่ และต้องได้รับการรักษา ด้วยยาอย่างต่อเนื่องประมาณ 1-2 ปี เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สอง ควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาวประมาณ 5 ปี ถ้าเป็นนานมากกว่านี้ ควรให้ยาต่อเนื่องตลอดไป การรักษาด้วยยาอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง เช่น ปาก คอ แห้ง น้ำลายไหล

ยึดกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาลงได้โดยการเปลี่ยนยา หรือการให้ยาลดผลข้างเคียงร่วมไปด้วย

1.2.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำ ผ่านสมองบริเวณที่กำหนดเพื่อกระตุ้นให้เกิดการชักแบบทั้งตัว (Generalized seizure) โดยทั่วไป จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือในรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง คลุ้มคลั่งมาก หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็ง (Catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาจะทำประมาณ 6 – 12 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1 – 2 วัน ในระหว่าง 1 – 2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษาด้วยไฟฟ้ามักพบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน หลังจากนั้นอาการมึนงงจะหายไป ผู้ป่วยบางรายมีอาการหลงลืม เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อยๆดีขึ้น และหายไปภายใน 3 – 6 เดือน

1.2.1.3 การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกยึดและจำกัดบริเวณ หรือพิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระยะนี้ต้องดูแลใกล้ชิดตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกยึด หรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

1.2.2 การรักษาในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1.2.2.1 การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้

1.2.2.2 การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การจัดความรู้สึกร้อยอย่างเป็นระบบ

1.2.2.3 การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วย ให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

ร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง

1.2.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (rehospitalization) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์ยาว (long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง ระยะเวลาในการรักษานั้นส่วนใหญ่เน้นในครั้งแรก หลังจากอาการทางจิตดีขึ้น แล้วให้ยาต่อเนื่องไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว หากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ยาต่อเนื่องตลอดไป

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2547) โดยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทมีหลักการดังต่อไปนี้

หลักการพยาบาลผู้ป่วย

1. การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยจะไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลา หลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดร่างกาย ด้านสุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ภาวะขาดสารอาหารเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้ป่วยประเภทนี้มีพฤติกรรมคงรูป เดิมชนิดหุ่นขี้ผึ้งอาจจะมีปัญหากล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ก็อาจจะมีปัญหาด้านกล้ามเนื้ออกตบและขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดียว กิจกรรมที่จัด

ให้ ก็ควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ในระยะแรกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผู้ป่วย อาจจะยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ควรอนุโลมให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังตนเองได้ตามสมควร

2. การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลผู้ป่วยด้านความคิดนั้น พยาบาลควรกระทำคือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำการให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลาย ๆ ความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้นสิ่งแรกที่พยาบาลต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้น ๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

2.2 การให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมผู้ป่วยให้อยู่กับความจริงโดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนผู้ป่วยอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น ได้ยินเสียง ในขณะที่พยาบาลไม่ได้ยิน พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลจะบอกในการรับรู้ของผู้ป่วย ว่าการได้ยินเสียงของผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

3. การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่านิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบ เหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจจะทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยยิ้ม โดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4. การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับคนอื่น ๆ โดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วยความหวาดระแวง และการหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจพฤติกรรม

แปลก ๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่จับจ้อง และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมนกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีการพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลื่ออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะด้านสังคมที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากกว่าจะให้อยู่ในสถานพยาบาล (กรมสุขภาพจิต, 2544; Joy, 2006) จึงส่งผลให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับเข้าสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ในขณะที่ยังมีความผิดปกติบางอย่างหลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน ตามมา (Buckwalter, 1991; Cunningham, 2007) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน พบปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ดังนี้

2.1 ปัญหาด้านพฤติกรรม

2.1.1 ปัญหาพฤติกรรมทางจิตที่พบบ่อย ได้แก่ อะอะอะอาละวาด แสดงอาการโกรธหรือเกลียดรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) ทำลายข้าวของและทรัพย์สินรวมทั้งขโมยสิ่งของ พฤติกรรมความรุนแรงเหล่านี้ทำให้เกิดการล่ามขังตามมา (ไพรวลัย รัมซ่ายและคณะ, 2544; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; มารศรี ปาณีวัตร, 2548) นอกจากนี้ ยังมีพฤติกรรมยิ้มหัวเราะคนเดียว พูดบ่นคนเดียว หวาดกลัว หวาดระแวง ซึมเศร้า เดินไปเดินมา เดินเรื่อยเปื่อย กลางคืนไม่นอนและออกเดินตลอด (จิรารัตน์ พิมพีตติ, 2541; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2547)

2.1.2 ปัญหาทางด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ได้แก่ ไม่สนใจการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว มีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี (Gopinath & Chaturvedi, 1992 อ้างในสถิต วงศ์สุรประกิจ, 2542) ไม่อาบน้ำแปรงฟันหรือเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่สนใจในการรับประทานอาหาร แต่งกายไม่เหมาะสม ไม่ถูกกาลเทศะหรือการแต่งกายผิดปกติไปจากเดิม บางรายแต่งกายตามปกติแต่ความสะอาดลดลง ไม่ใส่เสื้อผ้า เดินเร่ร่อนในชุมชน (จิรารัตน์ พิมพีตติ, 2541; มารศรี ปาณีวัตร, 2548)

2.1.3 พฤติกรรมด้านการใช้สารเสพติด มีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่มากถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด ซึ่งการสูบบุหรี่จะทำให้ฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตลดลงและทำให้เกิดอาการ Parkinsonism ได้ (Kaplan & Sadock, 1998 อ้างถึงใน

สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548) จากการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ก็พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ถึง 45.1% มีการสูบบุหรี่เป็นประจำ นอกจากนี้จากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ (2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมีค่านิยมในการดื่มสุรา เพราะถือว่าเป็นการเข้าสังคมและทำให้ สนุกสนาน ทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ 1 ราย จากทั้งหมด 10 ราย และจากการศึกษาของจิรารัตน์ พิมพ์คีต (2541) ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการใช้สารเสพติดและดื่มสุราถึง 7 รายจากทั้งหมด 10 ราย

2.2 ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาและปฏิบัติตามแผนการรักษา จากการศึกษา พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบและป่วยซ้ำ คือ ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเมื่อ อาการดีขึ้นหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545; มารศรี ปาณีวัตร, 2548; วาสนา ปานดอก, 2545; อรพรรณ ถีบุญฤกษ์ชัย, 2549; Townsend , 2006) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ยอมรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งพบถึง 60% (Velligan & Weiden, 2006 อ้างถึง ใน Cunningham, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่ไปพบแพทย์ ตามนัด มีการปรับขนาดยาโดยลดหรือเพิ่มยาเอง ใช้จ่ายในเวลาที่ ไม่เหมาะสมหรือมีการใช้ยาผิดวิธี (เพชร คันธสายบัว, 2548) มีบางส่วนที่ไม่เข้าใจถึงเหตุผลที่ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน หรือ เกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเช่น อาการง่วงซึม ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง มือสั่น จนไม่สามารถ ทำงานได้ รวมทั้งไม่ทราบวิธีแก้ไขอาการข้างเคียงของยาหรือไม่รู้ที่ขอความช่วยเหลือ (มัลลิกา สิง หสุริยะ, 2547; สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2547) นอกจากนี้จากการศึกษาของวาสนา ปานดอก (2545) และจิรารัตน์ พิมพ์คีต (2541) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลอาจไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและ ยารักษาโรคจิต โดยดูจากการให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเพราะอายุและกลัวคนอื่นว่าเป็นโรคจิต การออกกำลังกายทำให้หายจากโรคจิตได้ มีการทดลองรักษาอย่างอื่น หรือหมอพื้นบ้านแนะนำให้ งดยา รวมทั้งไม่หาวิธีหลีกหนีให้ผู้ป่วยรับประทานยาจนได้ทุกครั้งแม้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตและไม่ ยอมรับประทานยา

2.3 ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบว่า ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและ ชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี (จิรารัตน์ พิมพ์คีต, 2541) มีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง ไม่กล้า พุดคุย ครอบครัวยังมองว่าผู้ป่วยมีอาการป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเฉพาะญาติ ผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) จากการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ก็พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในระดับปานกลาง โดยมีบางส่วนที่ ไม่พุดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิด (26.9 %) ไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน (24.3 %) ใช้เวลา อยู่คนเดียวในช่วงกลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมงหรือไม่ได้พุดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน(10.4 %) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนและบางส่วนเกิดความ ขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว

2.4 ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ จากการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้ประกอบอาชีพ 45.30% และไม่มีรายได้ประจำ 59.50% นอกจากนี้จากการศึกษาของจิรารัตน์ พิมพ์ดีด (2541) ก็พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำงานได้ตามปกติแต่ความสามารถและความทนต่องานเริ่มเปลี่ยนไป เมื่ออาการทางจิตกำเริบผู้ป่วยจะทำงานไม่ได้ เช่นเดิม ไม่มีสมาธิทำงาน และเกียจคร้าน

2.5 ปัญหาขาดการดูแลและเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้านมักพบปัญหาการไม่ได้ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากญาติ ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ผู้ป่วยถูกปล่อยไว้บ้านคนเดียวไม่มีผู้ดูแลและให้ยา เนื่องจากญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (วาสนา ปานดอก, 2545; มารศรี ปาณีวัตร, 2548; อรพรรณ สือบุญธวัชชัย, 2549) หรือเพื่อความสะดวกในการประกอบอาชีพของญาติ โดยผู้ป่วยบางรายอาจถูกญาติกักบริเวณหรือล่ามขังไว้ (ไพรวลัย ร่มชัยและคณะ, 2544; สลิต วงศ์สุรประภิต, 2542) นอกจากนี้จากการศึกษาของวาสนา ปานดอก (2545) ก็พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึง 44.71%

2.6 ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความเครียดจากการเจ็บป่วยของตนเอง เครียดจากการไม่มีงานทำหรือไม่มีรายได้และเครียดเนื่องจากความขัดแย้งในครอบครัว มีความคับข้องใจกับครอบครัว มีการทะเลาะวิวาทถกเถียงกันบ่อย (มารศรี ปาณีวัตร, 2548)

2.2 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่าผู้ดูแลและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถนำแหล่งประโยชน์จากผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วย ที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย (กัลยา โนอินทร์, 2542)

บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สิ่งสำคัญคือ การทำงานตามขั้น ตอนของกระบวนการพยาบาลและมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคนในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่รวมกันอย่างผสม

ผสมกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการครอบคลุม 6 บทบาท คือ (Harder et al., 1987 อ้างในจินตนา ยูนิพันธุ์, 2536; ทศนา บุญทอง, 2543)

1. บทบาทผู้ดูแล (Care Provider) โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ให้บริการเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสหพันธุกรรมและกิจกรรมอื่น ๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัว มากที่สุดจึงรับหน้าที่ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และ บันทึกการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

2. บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัว พัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสมให้ โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือทางสังคม ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมทั้งในครอบครัว หรือสังคมในชุมชน

3. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สำรวจปัญหาแบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจจะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

4. ผู้ให้ความรู้ / ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

5. ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาอย่างผู้ชำนาญการ

3. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว

3.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Horowitz (1985 อ้างใน จอมใจ สุวรรณโน, 2541) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแลดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงมุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น ใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2.) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

Orcm (1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึงผู้ที่ต้องการให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยเหลือส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ดังนั้นผู้ดูแล คือบุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะสมาชิกในครอบครัว หรือเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติกับผู้ป่วย หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อน ซึ่งในการคัดเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ต้องพิจารณาหลายๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลเนื่องมาจาก การดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง มีผลต่อสุขภาพ ของผู้ดูแลได้

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ละคนทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการ และความรุนแรงของพฤติกรรม ที่มีผลต่อความบกพร่องในด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน โดยไม่ได้รับ

คำตอบแทนใดๆ ผู้ดูแลจะต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีเข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์ การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ และดูแลให้ครอบคลุมเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย

3.2 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลและครอบครัว จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ดังต่อไปนี้

1) ด้านร่างกาย การมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลได้ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคส่วนใหญ่มักจะมีอาการเรื้อรัง จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะหัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับจนต้องพึ่งยานอนหลับหรือดื่มสุรา เกิดอารมณ์เศร้าซึมและเครียด (Minister of Supply and Services of Canada, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยและบางรายอาจถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายด้วย

2) ด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาต่างๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรจึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป ความรู้สึกอับอายที่มีญาติเจ็บป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เศร้า โศกเสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลจะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงตามมา

3) ด้านความเป็นอิสระของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลมีความเป็นอิสระน้อยลง เนื่องจากมีภาระหลายอย่างที่ต้องดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย โดยไม่สามารถกำหนดเวลา ที่จะให้การดูแลได้แน่นอน เพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย

4) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เพราะต้องลางาน, หยุดงาน หรือต้องลาออกจางานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541; Thomson et al., 1993) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ (นมิตา ล.สกุล, 2544) เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยพบว่า การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัว มีรายจ่ายมากขึ้น ในการรักษาพยาบาล และรายได้ของสมาชิกคนอื่นๆ ลดลง

3.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การเจ็บป่วยทางจิตต้องการ การเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกติ นั้น จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

จอม สุวรรณ โน (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

- 1) ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 2) ช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ
- 3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพ จัดหาฯ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยา
- 4) ช่วยเหลือด้านการเงิน
- 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน
- 6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น
- 2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หา

แหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบมากมายดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ การดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

4. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4.1 ความหมายของภาระในการดูแลตามแนวคิดต่าง ๆ

ความหมายโดยทั่วไปของภาระ

ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2546 ให้ความหมายของคำว่า “ ภาระ ” หมายถึง ภาระที่หนัก หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ หรือ ความรับผิดชอบ

Miller et al. (1991) ได้ให้ความหมายของภาระว่า เป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียดของผู้ดูแลในการรับผิดชอบและดูแลผู้ป่วย

Hoening & Halmiton (1966 cite in Jones, 1966) นับได้ว่าเป็นผู้ที่ทำให้ความหมายของคำว่า ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิตมีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยทั้งสองได้แบ่งลักษณะของภาระของครอบครัวเป็นสองส่วนด้วยกันคือ ภาระเชิงอัตวิสัย (Objective burden) และภาระเชิงจิตวิสัย (Subjective burden) ซึ่งภาระเชิงอัตวิสัย หมายถึง สภาพของปัญหาและการแตกแยกที่เกิดขึ้นกับครอบครัวอันเป็นผลมาจากการอยู่ร่วมกับญาติที่ป่วยทางจิต

Leflery (1993) แบ่งภาระของครอบครัวที่เกิดจากการดูแลญาติที่ป่วยทางจิตออกเป็น 2 ส่วน คือภาระทางการเงิน (Financial burden) และภาระทางอารมณ์และจิตใจ (Emotional burden) ภาระทางการเงินเป็นเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย ทั้งจากแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และค่าใช้จ่ายชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ส่วนภาระทางอารมณ์ที่เกิดกับญาติของผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีสาเหตุ 2 ประการ คือ ความเครียดจากสภาพความเจ็บป่วยทางจิต และระบบการรักษาที่ไม่ได้ให้การช่วยเหลือครอบครัวอย่างพอเพียง

Montgomery et al. (1985) ให้ความหมายของภาระว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเคียดแค้นของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจาก ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่รับผิดชอบ

เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น ความมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น ความเป็นอิสระลดลง สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวลดลง ปัญหาหน้าที่การงานและปัญหาสุขภาพ ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทักษะคิด ปฏิบัติตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2544) ให้ความหมายว่า ภาระการดูแลคือ ความเครียด ความรู้สึกหนักหรือกดดันที่เป็นผลมาจากการตอบสนองหลายมิติของผู้ดูแลต่อสถานการณ์การดูแล มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การดูแล แบ่งเป็น 1) ภาระเชิงอัตวิสัย เป็นภาระที่เป็นรูปธรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อชีวิตส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงบทบาท ความเหนื่อยของกิจกรรมการดูแล 2) ภาระเชิงจิตวิสัย เป็นความคิดความรู้สึก หรือความกุ่มใจ อันเป็นผลมาจากการรับรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ การให้การดูแล ซึ่งมักแสดงออกโดยทัศนคติและอารมณ์

สำหรับแนวความคิดภาระของผู้ดูแลที่ผู้ศึกษาเลือกใช้นั้น ได้เลือกใช้ แนวความคิด ของ Montgomery et al. (1985) โดยให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมร่วมในสังคม หน้าที่การงาน และภาวะสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ปฏิบัติทางอารมณ์และทัศนคติของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

4.2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล

4.2.1.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล จากการศึกษาของ Doombos (2002) ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ข้อสรุปว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยยาวนาน ทำให้ผู้ดูแล เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ รู้สึกเหมือนติดกับดัก วิธีชีวิตครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคมและการพักผ่อนหย่อนใจก็น้อยลง ผู้ดูแลหลายคนจะมีสุขภาพแย่ลงมีความอ่อนล้า มีปัญหาในการนอนหลับ

และระบบทางเดินอาหารจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดวันเป็นเวลานาน(Rolland, 1994) และผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถรับรู้ความรู้สึกว่าเป็นภาระหลังจากให้การดูแลหรือหลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Burdz & Brody, 1988 cited in Marcia, 1992; Winefield & Haevey, 1993 cited in Lauber, 2003)

4.2.1.2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สายสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelvs, 1986)

4.2.1.3 การศึกษา รวมทั้งความรู้ของผู้ดูแลโดยการศึกษา จะช่วยให้บุคคลมีข้อมูล และความเข้าใจ ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ และการเจ็บป่วยสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ ในการเผชิญและแก้ไขปัญหาดังได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา (Orem, 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (นิสากร แก้วพิลา, 2545) ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อการรับรู้ภาระ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ (Lim & Ahn, 2003) ผู้ดูแลในครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะจะทำให้เกิดความรู้ มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) ทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง เป็นผลให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง (Montgomery et al., 1985)

4.2.1.4 รายได้ของครอบครัวถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานของบุคคล Montgomery et al.(1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาระของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมาก จะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าครอบครัวที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย

4.2.1.5 อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้รับรู้ภาระแตกต่างกัน (Lefley, 1987; Cook et al., 1993) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไขและเผชิญปัญหา ผู้มีอายุน้อยกว่าจึงย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย (Montgomery et al., 1985)

4.2.1.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 1- 2 คน จะมีภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัว 3 - 8 คน (Crotty & Kuly, 1986)

4.2.1.7 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุศึกษาแก่ผู้ดูแล สามารถช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหา (Montgomery et al., 1985) กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลายอย่างแทนผู้ป่วย และต้องรับผิดชอบงานในครอบครัวด้วย ทำให้รู้สึกเป็นภาระมาก

4.2.2 ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย

4.2.1.1 พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ พฤติกรรมที่น่ากลัวหรือแปลกประหลาดของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ใช้บ่งชี้ภาระของผู้ดูแล (Maurin & Boyd, 1990; Fadden et al., 1987 อังใน ทีปประพิณ สุขเจริญ, 2543) พฤติกรรมที่รุนแรงหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระได้ ระดับความเจ็บป่วยและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเป็นตัวทำนายภาระผู้ดูแลได้ นอกจากนี้จำนวนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งคงอยู่ในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาที่บ้าน มีผลต่อภาระเช่นกัน หากผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมหรืออาการทางจิตหลายอาการจะทำให้ผู้ดูแลเป็นภาระมาก (Salleh, 1994)

4.2.1.2 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาในประเทศมาเลเซียเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับภาระของครอบครัว พบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาระเพียงเล็กน้อย (Salleh, 1994)

4.2.1.3 จำนวนผู้ป่วยในการดูแล หากผู้ป่วยในการดูแลมากยิ่งขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีภาระมากขึ้น

4.3 การประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือส่วนใหญ่ อาศัยตัวบ่งชี้ภาระสองมิติ คือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย (Miller et al., 1991) ซึ่งภาระเชิงปรนัยจะแสดงถึงความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงาน หรือ

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแล เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัว ความอิสระ การมีกิจกรรมในสังคม การทำงานและภาวะสุขภาพ ส่วนภาระเชิงอัตนัยจะเป็นทัศนคติ ความรู้สึก หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Montgomery et al., 1985)

ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2546) ได้พัฒนาแบบวัดภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในภาคกลางของประเทศไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของOrem ร่วมกับการทบทวนเอกสารสามารถใช้ในการประเมินสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลผู้ป่วยประเภทอื่นที่มีสถานการณ์คล้ายกัน นอกจากนี้เครื่องมือนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อการจัดโปรแกรมให้การช่วยเหลือเพื่อลดภาระของผู้ดูแล

Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ ดังกล่าวข้างต้น

1) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมีผลต่อดำเนินชีวิตประจำวันทำให้หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ

2) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึก ทัศนคติ ปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือร้อน อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) สร้างแบบวัดภาระในการดูแลขึ้นจากแนวคิดของ Montgomery et al.(1985) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแล ซึ่งแบบวัดภาระที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน คำนวณค่าความคิดเห็นที่ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิและค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ .94 ค่าความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าเท่ากับ .93 ได้แบ่งภาระในการดูแลออกได้ดังนี้ ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) มีเนื้อหาครอบคลุมการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่างๆ ที่มีผลมาจากประสบการณ์การดูแลประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) มีเนื้อหาครอบคลุมด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแล ที่เกิดจากประสบการณ์การดูแลประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้จะเน้นรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆ ได้ จึงทำให้เห็นภาระในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่าง

กัน ดังนั้นการที่จะนำเครื่องมือมาใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับภาวะในการดูแลในมุมมองที่ ต้องการประเมิน เพื่อที่จะให้การประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น

แบบวัดภาวะในการดูแลในการศึกษารุ่นนี้ ได้ใช้แนวคิดภาวะของผู้ดูแลของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งมองภาวะของผู้ดูแลแยก เป็นสองมิติ คือภาวะเชิงปรัญัย และภาวะเชิงอัตนัย เนื่องจากผู้ศึกษาเห็นว่าเป็นการมองภาวะที่ ชัดเจนและครอบคลุมมากที่สุด รวมทั้งนำแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่ผ่านมา และ จากการศึกษาสัมภาษณ์เบื้องต้นจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยตรง มาใช้ในการสร้างแบบสัมภาษณ์เพื่อ ประเมินภาวะของผู้ดูแลตามแนวคิดดังกล่าวโดยแยกภาวะออกเป็นสองมิติแยกจากกัน ซึ่งจะทำการ ประเมินภาวะของผู้ดูแลในมิติที่แตกต่างกันได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

4.4 การพยาบาลเพื่อลดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาวะในการดูแลผู้ป่วยเป็นภาวะที่ หนักของผู้ดูแล และครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในเรื่อง ความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางร่างกาย จิตใจ ผู้ดูแล ซึ่งการพยาบาลเพื่อลดภาวะการดูแลประกอบด้วย

4.4.1 การพยาบาลโดยการปฏิบัติการกับผู้ป่วย (Patient intervention) เป็นการ ปฏิบัติการ โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุด ได้แก่การปฏิบัติการ เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมบ้ำบัด การฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหวและ ช่วยลดอาการนอนไม่หลับ (Elloit, 1998)

4.4.2 การพยาบาลโดยปฏิบัติการกับผู้ดูแล (Caregiver intervention) ได้แก่

4.4.2.1 การให้ความรู้ (Education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่ง ประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตริราภิ, 2545) และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควร ระวังและเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สึกรู้สึกของความพึงพอใจและเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ Kasuya (2000) นอกจากนี้ยังมี ครุณี คชพรหม(2543) ที่ทำการศึกษาผลของ กลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่ากลุ่มประคับประคองและจิต ศึกษา จะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถลดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ลงได้

4.4.2.2 กลุ่มสนับสนุน (Support group) ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาวะการดูแล โดยการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทาง สังคมจากกลุ่มสนับสนุน (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตริราภิ, 2545) ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจาก

กลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แหล่งประ โยชน์ และวิธีการแก้ปัญหา Howe & Howe (1987 cite in Cook, 1999) ได้ศึกษาผลของการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุน ต่อภาระการดูแลของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ (The Effect of Support group Participation on Caregiver Burden Among Parent of Adult Off Spring with Severe mental illness) พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีภาระการดูแลน้อยลง

4.4.2.3 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) ครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วยหรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก (Dunkin et al 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545)

4.4.2.4 การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (Develop Family Strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญและรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวช และต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักทุกวัน รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจ และเชื่อมั่นว่า สามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้ เป็นแนวทางในการลดภาระการดูแล

4.4.2.5 ให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา (Involving Caregiver in treatment) เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการรักษาต่อผู้ดูแลผู้ป่วย (Elliot, 1998) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมเป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแล พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณ โน, 2541) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแล ประสบการณ์และผลลัพธ์การดูแล ในทางบวก (Kramer, 1993 อ้างในจอม สุวรรณ โน, 2541) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือการมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การร่วมวางแผนการรักษา และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและผลลัพธ์ ผู้ดูแลต้องมีความเชื่อมั่นในผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่าง ระหว่างการรักษาและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะและความรู้สึกของการมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์และเป้าหมายของการมีส่วนร่วมคือ ผู้ดูแลได้พบกับความต้องการของตนเอง (Mohr, 2000)

4.5 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย 2 แนวทาง คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) Klebnoff (1989), Pelletier (1988), อรพรรณ ลือบุญรัชชชัย, (2545) ใน การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้รูปแบบของการสอนสุขภาพจิตรายครอบครัว (Family psychoeducation)

ซึ่งได้พัฒนามาจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ จิราพร รักการ (2549) ที่ใช้แนวคิดของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนร่วม (Participation) ในการดูแล โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการสอนสุขภาพจิตรายครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านแล้ว ยังรวมไปถึงการให้การดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกด้วย ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลให้ลดภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวรวมทั้งบุคคลในครอบครัวด้วย สำหรับบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดภาระของผู้ดูแล นั้นผู้ศึกษาได้นำแนวคิดในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Klebnoff, 1989; Pelletier, 1988 อ้างถึงใน อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, 2545) และแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านของ กัลยาณี โนนินทร์ (2542) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยสรุปบทบาทหน้าที่ดังนี้คือ

4.5.1 บทบาทที่ปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สำรวจปัญหาของตน มองปัญหาให้กระจ่างชัดเจนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ ปรับวิธีการคิดใหม่และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้และเลือกตัดสินใจในปัญหานั้นๆ ด้วยตนเองในทางที่สร้างสรรค์ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องให้การปรึกษาให้คำแนะนำแก่สมาชิกในทีมสุขภาพ รวมทั้งแหล่งสนับสนุนในชุมชนต่างๆ ดังนั้นพยาบาลจึงควรทำหน้าที่เหล่านี้ คือ

4.5.1.1 ให้การปรึกษาแก่สมาชิกในทีมสุขภาพให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว / ชุมชน

4.5.1.2 ให้การปรึกษาด้านการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

4.5.1.3 นิเทศการให้การพยาบาลทางจิตสังคมแก่สมาชิกในทีมพยาบาล และเครือข่ายการให้บริการ

4.5.1.4 ประเมินผลการให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

4.5.1.5 ตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาลในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

4.5.1.6 เป็นที่ปรึกษาในเรื่องการศึกษาวิจัยทางการแพทย์พยาบาล

4.5.1.7 เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

4.5.2 บทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล พยาบาลทำหน้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้ไม่เป็นภาระของผู้อื่น พยาบาลต้องสอนผู้ป่วยตั้งแต่การอาบน้ำแปรงฟัน หรือการรักษาความสะอาด การรับประทานอาหาร ฝึกการควบคุมอารมณ์ ฝึกการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะการเผชิญความเครียด และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้พยาบาลยังต้องเป็นผู้ใช้ข้อมูลอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวเกี่ยวกับแหล่งให้บริการต่างๆ ที่ให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งการให้ข้อมูลแก่ชุมชนซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นในบทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูลพยาบาลจึงทำหน้าที่ดังต่อไปนี้

4.5.2.1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและครอบครัว ในเรื่องของสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลและการสื่อสาร

4.5.2.2 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วย

4.5.2.3 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต เรื่องยา และผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท

4.5.2.4 ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและครอบครัว

4.5.2.5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและครอบครัว

4.5.2.6 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและครอบครัวเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน

5. แนวคิดเกี่ยวกับการสอนสุขภาพจิตศึกษา

5.1 รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว (Anderson et al., 1980) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้

สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้น กับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีป้องกันการป่วยซ้ำได้ วิธีการนี้มักนิยมใช้ก่อนหรือร่วมกับการทำครอบครัวบำบัด (Family therapy)

การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ (Anderson et al., 1980) ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (Support) และการบริการด้านความรู้ (Educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skill) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Network) (Anderson et al., 1980) ซึ่งในที่นี้จะหมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (Intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือ การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วยการให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ (Yamashita, 1996) โดยแบ่งได้ดังนี้

1. การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psycho education) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะ และสามารถดูแลตนเองได้
2. การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group Psycho education) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
3. การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญคือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว (Anderson et al., 1980)

5.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Anderson et al., 1980) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา รูปแบบของการบริการจึงจัดในรูปของโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัว โดยมุ่งเน้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิต สาเหตุของโรค

การรักษา และการพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา (Problem solving skills) การอยู่ในสังคม (Social skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) แก่ครอบครัว

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิบัติการ สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ในการดูแลประกอบด้วย

1. การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (Joining) คือการให้ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัวซึ่งไม่ใช่ทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวเพื่ออนาคตที่ดีกว่า

2. การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) คือการที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

3. การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) คือการที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (Coping skills) คือการที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทาง จัดการกับความเครียด ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5. การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้

มีการเสนอแนวคิด การศึกษาสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไว้หลายแนวคิด เช่น แนวคิดของ Kuiper, Leff & Lam, 1992 โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว ดังนี้

- 1) เป็นการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- 2) เป็นการช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย
- 3) การจัดการในเรื่องการใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย
- 4) รับฟังครอบครัวและช่วยเหลือในด้าน การวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม
- 5) ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับ โปรแกรมการรักษาสำหรับผู้ป่วย
- 6) ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

7) ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์

8) การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรักษาการประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม

9) การวางแผนการช่วยเหลือในระยะวิกฤติ การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว

10) การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว

11) ส่งเสริมครอบครัวในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

12) สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัวของสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย

13) การลดความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษา ดังนี้

ด้านผู้ป่วย

1) ช่วยสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ

2) ลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3) ลดปริมาณการใช้ยา

4) พัฒนาทักษะทางสังคมและการติดต่อสื่อสาร

5) ช่วยเพิ่มรายได้ และโอกาสในการประกอบอาชีพ

6) สร้างความแข็งแกร่งให้กับครอบครัว

7) ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว

ด้านครอบครัว

1) เป็นการเตรียมทักษะในการการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ

2) พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต

3) พัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด

4) ลดความรู้สึกเป็นตราบาปและการแยกตัว

5) ลดความตึงเครียด

6) พัฒนาสัมพันธภาพภายในครอบครัว

ด้านผู้รักษา

1) พัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ภายในชุมชนและการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย

2) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่หลากหลาย และวิธีการ รักษาพยาบาล

3) ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

4) สามารถลดการดูแลในภาวะวิกฤติได้

5) พัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

เมื่อได้รับการประทับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ได้รับการเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อม ๆ กัน กลายเป็นแนวทางที่ดี ในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก หลังออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาอีกด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้น นับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะ ในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery et al, 1985)

6. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลที่บ้าน

ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมโดยปรับปรุงจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้คงกิจกรรมที่ 1, 4 และ 5 ไว้ แต่มีการปรับเนื้อหาของกิจกรรมที่ 2 และ 3 เพื่อให้สอดคล้องกับต่อสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในส่วนของกิจกรรมที่ 2 ซึ่งโปรแกรมเดิมของจิราพร รักการ (2549) เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มในเรื่องการป้องกันภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช โดยเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) ซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) โดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว พยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การ

สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวสำหรับอนาคตที่ดีกว่า ก็จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและวิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดีนอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ภาระในการดูแลลดลง สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล (psycho education programs) ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลได้ ส่งผลให้พวกเขาสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา ควบคุมไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ช่วยให้มีส่วนในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี จึงส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านปรนัยและอัตนัยลดลง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชและการป้องกันภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิก จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อยซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถ จัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรคเพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมและทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) มาใช้ ในการส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของ

ความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) มีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ลดภาระทางด้านอัตรานัยลดลง เนื่องจากภาระด้านอัตรานัยเป็นผลกระทบด้านจิตใจ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและครอบครัว สามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพมีการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้การปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด รวมทั้งทำให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง (Thompson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทิปประพิน สุขเขียว (2543) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาส่งผู้ป่วย หรือรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2541 ถึงเดือนธันวาคม 2541 จำนวน 120 คน ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก 1) การสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านอยู่ในระดับมากตามลำดับดังนี้ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของแรงงาน 2) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาระเท่ากับ 38.78 ซึ่งหมายถึงไม่มีภาระ 3) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามลำดับ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การยอมรับและเห็นคุณค่ากับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ดรุณี คชพรหม (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ

12 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททดลองภายหลังได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา มีภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สกาวัตน์ ภูผา (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินหรือการตอบสนอง การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านแหล่งประโยชน์และบริการ โดยเข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ในเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01กลุ่มทดลองมีปัจจัยในการบำบัดเกิดขึ้นดังนี้คือ การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การระบาย การให้ข้อมูล ความเชื่อถือ การได้รับความจริงของชีวิต และความหวัง

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน พบว่าค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่อยู่ใน

เขตความผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข ที่ 21 วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน แผนกผู้ป่วยนอก สังกัดกรมสุขภาพจิต ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า 1) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยอยู่ในระดับดี โดยในด้านภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี และภาวะสุขภาพทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง 2) รายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 3) การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

Framcell (1998) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ภาระของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 86 ครอบครัว โดยการแบ่งกลุ่มย่อยและสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการป่วยทางจิตเวช ผลการศึกษาพบว่าแนวทางที่จะช่วยลดภาระของครอบครัวลงคือ 1) การให้ความรู้กับครอบครัว (Family education) เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการจัดการกับภาวะวิกฤต 2) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทีมการรักษา (Inclusion of Family in the treatment team) และการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

Lai-Yu Cheng (2002) ศึกษาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม 32 คน กลุ่มทดลอง 32 คน ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ด้านจิตใจ ความรู้สึภาระในครอบครัว ความเข้าใจในการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

Lim & Ahn (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเกาหลี จำนวน 57 ราย งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การเผชิญความเครียด และภาระของผู้ดูแลในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นั่น

คือผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งรูปแบบของปฏิบัติการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวคือการใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะเชิงอัตนัย นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลและเพศของผู้ดูแลยังมีผลต่อการเผชิญความเครียดทางบวกของสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงและผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจะมีการเผชิญความเครียดในทางบวกมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อย ซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนี้ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลอีกด้วย สำหรับอายุของผู้ดูแลนั้นพบว่ามีผลกระทบต่อภาวะของผู้ดูแลเพียงเล็กน้อย

Reinares et al. (2004) ได้ศึกษาผลของการสอนสุขภาพจิตรายครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน เพื่อประเมินผลของการสอนสุขภาพจิตรายครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนและประเมินภาวะของผู้ดูแล โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนสุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวน และทักษะการเผชิญความเครียด ผลการศึกษาพบว่าการสอนสุขภาพจิตรายครอบครัวสามารถเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค และสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระทั้งภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัยได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวสามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

