

บทที่ 2

วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภท ต่อความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งพบได้บ่อยมากในญาติผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งต้องรับภาระดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ความเครียดที่เรื้อรังคุกคามอยู่ตลอดเวลาจากอาการของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็น positive symptoms หรือ negative symptoms หรือ จากภาระที่ญาติต้องแบกรับเพิ่มขึ้น ได้แก่ ทำให้ญาติเสียงานต้องหยุดเรียน ต้องช่วยผู้ป่วยเลี้ยงลูก ช่วยดูแลเรื่องอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ดูแลเรื่องการรับประทานยาหรือติดตามการรักษา เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ตลอดจนทำให้ญาติไม่มีเวลาที่จะไปเข้าสังคมหรือทำงานอดิเรก หรือจากการที่ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรค ซึ่งแนวทางหนึ่งสำหรับนักวิชาชีพสุขภาพจิตที่น่าจะสามารถใช้เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยได้ก็คือ การให้สุขภาพจิตศึกษาเพราะจะทำให้ญาติมีความมั่นใจในตัวเอง มีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้ญาติสามารถที่จะทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และสามารถทำให้สิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับคงที่ที่ไม่เป็นสิ่งที่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้องโดยที่หัวข้อตามลำดับดังนี้

มโนทัศน์ของความวิตกกังวล ความวิตกกังวลในญาติผู้ป่วยจิตเภท

มโนทัศน์ของสุขภาพจิตศึกษา การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติผู้ป่วยจิตเภท และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มโนทัศน์ของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะทางอารมณ์อย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับมนุษย์แต่เพิ่งได้รับการกล่าวถึงกันมากในศตวรรษที่ 19-20 ซึ่งจัดว่าเป็นยุคของความวิตกกังวล (The Age of Anxiety) ความจริงแล้วความวิตกกังวลเกิดขึ้นกับมนุษย์ตั้งแต่คลอดจากครรภ์มารดา การคลอดทำให้เด็กเจ็บปวด ตื่นเต้นต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมอย่างใหญ่หลวง เมื่อเติบโตขึ้นต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่ไม่แน่นอนอีกมากมาย จำเป็นต้องมีการปรับตัวอยู่เสมอซึ่งมักจะทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งและคับข้องใจ แล้วมีความเครียดเกิดขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความรู้สึกว่ามีสุขภาพจิตใจถูกรบกวน ถูกคุกคาม เกิดความหวาดกลัว ไม่สบายใจถึงเครียด วุ่นวายรู้สึกว่าการความมั่นคงปลอดภัย ซึ่งผู้ที่อยู่ในภาวะนี้จะไม่สามารถบ่งชี้ชัดเจนว่า อะไรเป็นสาเหตุให้เกิดความรู้สึกเช่นนี้ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวนี้เรียกว่า ความวิตกกังวลที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ดังกล่าวนี้เรียกว่า ความวิตกกังวลที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ความวิตกกังวล (Anxiety) มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกว่า "to press tight" หรือ "to strangle" หมายถึง กดให้แน่น และมาจากภาษาลาตินว่า "anxious" หมายถึง ความคับแค้น หรือการบีบรัด ซึ่งต่างก็มีความหมายไปในทางเดียวกัน คือ เป็นความไม่สุขสบาย (Stuart and Sundeen, 1979) สำหรับความหมายของความวิตกกังวลนั้น ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ คือ

ฟรอยด์ (Freud, quoted in Rouhani, 1978) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่าเป็นภาวะหนึ่งของอารมณ์ที่เกิดจากกระบวนการของจิตใต้สำนึกที่เกิดจากความรู้สึกขัดแย้งในใจระหว่างการตอบสนองความต้องการของตนเอง หรือมโนคติที่มีต่อตนเอง (ego) และสภาพความต้องการโดยธรรมชาติ (id)

สไปล์เบอร์เกอร์ (Spielberger, 1976) ได้ให้ความหมายความวิตกกังวลไว้ว่าเป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น และตึงเครียด ซึ่งมักจะเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system) เพิ่มขึ้น

เมย์ (May, 1950) ได้ให้ความหมายความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกหวาดหวั่นที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีสิ่งคุกคามต่อค่านิยม หรือคุณค่าที่บุคคลถือว่าสำคัญ และมีความจำเป็นในการดำรงชีวิต

สมสร เชื้อหิรัญ (2528) กล่าวถึงความวิตกกังวลว่า ในความหมายของคำแสดงถึงความกลัวในภยันตรายต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นภายในตนเอง รวมทั้งการเจ็บป่วยทางร่างกายอีกด้วยอาจเกิดขึ้นติดต่อกันไป หรือเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวก็ได้ เมื่อเกิดขึ้นร่างกายก็เปลี่ยนแปลงไป เช่น หน้าซีด ใจสั่น ปากสั่น และกระสับกระส่าย

สำหรับ ฉวีวรรณ สุตรบุตร (2524) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกไม่สบายที่เป็นผลมาจากการมีความขัดแย้ง ความคับข้องใจ หรือการที่ต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ ๆ ทำให้รู้สึกหวาดหวั่นไม่แน่ใจ

จากความหมายของความวิตกกังวลที่กล่าวมาแล้วนี้ จะเห็นได้ว่า ความหมายของความวิตกกังวลนั้นได้มีผู้ให้ความหมายไปในหลายแนวทางเกี่ยวกัน ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้คือ

1. เป็นภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น กลัว น่าเบื่อ น่ารำคาญ และตึงเครียด ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา
2. เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใต้สำนึก
3. เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งคุกคามต่อค่านิยม และคุณค่าของตน

4. เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสาเหตุที่แท้จริง

เมื่อพิจารณาถึงความวิตกกังวลแล้วจะเห็นได้ว่า ลักษณะคล้ายกับความกลัว (Fear) ซึ่งถ้าดูจากลักษณะภายนอกที่แสดงออกของผู้ที่มีความวิตกกังวลและความกลัวแล้ว จะแยกแยะได้ยากเนื่องจากทั้งสองสภาวะนี้จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) แอร์โรว์ และ บัสเคิล (1982) ได้ให้ข้อสังเกตเพื่อการแยกแยะไว้ โดยกล่าวถึงความกลัวไว้ว่าเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่ออันตรายที่เกิดขึ้นในขณะที่มีสาเหตุเฉพาะเจาะจง สามารถบ่งบอกได้ ซึ่งต่างจากความวิตกกังวลที่เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ เนื่องมาจากการคาดการณ์ถึงสิ่งคุกคาม หรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อีกทั้งเป็นความรู้ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานมากกว่า 1 วัน และอาจไม่สามารถบ่งบอกได้แน่ชัดว่า อะไรเป็นสาเหตุที่แท้จริง

ลักษณะ

สไปล์เบอร์เกอร์ (Spielberger, 1970) แบ่งลักษณะความวิตกกังวลโดยทั่วไปออกเป็น 2 แบบ คือ

1. ความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ (State Anxiety or A State) เป็นลักษณะของความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ในขณะนั้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะในสถานการณ์นั้น อนาสตาซี (Anastasi, 1982) กล่าวว่า เป็นสภาวะของอารมณ์ที่อยู่ชั่วคราว โดยที่บุคคล (Subject) จะรู้สึกตึงเครียดและหวาดหวั่น

2. ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait Anxiety or A Trait) เป็นความวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคล มักเกิดกับบุคคลนั้นจนเป็นนิสัย เช่น ในคนที่มีความวิตกกังวลแฝงสูง มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์ได้ง่ายกว่าคนที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ อนาสตาซี (Anastasi, 1982) กล่าวว่า เป็นลักษณะโน้มเอียงที่จะมีความวิตกกังวล (Anxiety proness) คือ ในแต่ละบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสภาวะการณ์ที่ถูกรับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคามโดยแสดงออกถึงความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์อย่างรุนแรง

สาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุของความวิตกกังวลมีสาเหตุมาจากความคับข้องใจ (frustration) ความรู้สึกขัดแย้งในใจ (conflict) ความตึงเครียด (stress) ความไม่แน่ใจ (uncertainty) ความรู้สึกผิด (guilt) จากการที่ความปรารถนาหรือแรงขับไม่ได้รับการตอบสนอง เชื่อว่ามีสาเหตุจากความรู้สึกจะไม่ได้รับความปลอดภัยทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ซึ่งเกิดจากความคาดหวังหรือจากสถานการณ์ที่เป็นจริงก็ได้ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละคน แม้แต่มาจากสาเหตุเดียวกันก็อาจมีความรุนแรงไม่เท่ากัน (Joan Luchman and Karen Breason Sorensen, 1974) แต่ไม่ว่าความวิตกกังวลจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตามขั้นตอนในการเกิดความวิตกกังวลนั้นจะมีลักษณะเหมือนกันคือ มีขั้นตอนในการเกิดดังนี้ (สุรนีย์ ดันติพิพัฒน์นันท์, 2522)

1. บุคคลมีความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวังที่ออกในรูปของความปรารถนาหรือแรงขับซึ่งได้

รวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่มีต่อตัวเอง

2. มีสิ่งคุกคามต่อภาพพจน์ที่มีต่อตัวเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์
3. บุคคลนั้นเกิดภาวะหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจจะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร (Sense of Helplessness and Powerlessness)
4. เกิดความอึดอัด กระวนกระวายใจ เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น ภาวะนี้เรียกว่า "ความวิตกกังวล" ซึ่งจะสังเกตเห็นได้จากพฤติกรรมที่แสดงออก และอาการของร่างกายที่ปรากฏ
5. บุคคลทำการจัดพลังงานส่วนเกินโดยการแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น ร้องไห้ เคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งทดแทน หรือ หลีกหนี เป็นต้น
6. เกิดความรู้สึกผ่อนคลายลง เกิดความสมดุลทางจิตใจ และอารมณ์ขึ้นใหม่

จากขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวลทั้ง 6 ขั้นตอนนี้ ในแต่ละบุคคลอาจใช้ระยะเวลาแตกต่างกันในการที่จะผ่านขั้นตอนทั้งหมดนี้ และแม้แต่ในบุคคลเดียวกันก็ตาม การเกิดความวิตกกังวลในแต่ละครั้งก็จะใช้เวลาในการผ่านขั้นตอนเหล่านี้ไม่เท่ากันเช่นกัน ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้น รวมทั้งความแตกต่างระหว่างบุคคลและประสบการณ์ในอดีต ถ้าบุคคลใดสามารถผ่านขั้นตอนทั้งหมดนี้ได้ ก็จะสามารถกลับสู่ภาวะปกติ ดำเนินกิจกรรมต่อไปได้ และ ยังสามารถจำเอาประสบการณ์ที่ใช้ในขั้นตอนที่ 5 ไปเป็นประโยชน์ในโอกาสที่เกิดความวิตกกังวลในครั้งต่อไปได้ แต่ถ้าไม่สามารถผ่านขั้นตอนเหล่านี้ไปได้ จะทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มระดับความรุนแรงมากขึ้น

ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน แม้ว่าจะเกิดจากสิ่งเร้าที่เหมือนกันก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความหมายของสิ่งเร้าที่มีต่อบุคคลนั้น นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างของการรับรู้ของแต่ละบุคคลอีกด้วย โดยทั่วไปแล้วระดับความวิตกกังวลสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับดังนี้คือ (Graves and Thomson, 1978; quoted in Pasquali, et al, 1981)

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild Anxiety (+1)) บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย สวมการรับรู้จะกว้าง มีสติสัมปชัญญะเพิ่มมากขึ้น มีความตื่นตัว กระฉับกระเฉง สามารถใช้กลไกการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และยังคงควบคุมความวิตกกังวลได้ด้วยความพยายามเพียงเล็กน้อย
2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety (+2)) บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางจะมีสวมการรับรู้ของประสาททั้ง 5 แคบลง ความมีสติสัมปชัญญะจะยังคงมีอยู่ ความตื่นตัวมากขึ้น มีการเคลื่อนไหวของร่างกายมากขึ้น ความสามารถในการแก้ไขปัญหายังคงมีอยู่
3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe (+3)) บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับสูงจะมีสวมการรับรู้แคบลงมาก และความมีสติสัมปชัญญะจะลดลงมากเช่นกัน การเคลื่อนไหวของร่างกายมากขึ้น โดยไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น บิดมือ ตัวสั่นพูดตะกุกตะกักและกระสับกระส่าย ลูกลึลुकน เป็นต้น รวมทั้งความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างมาก
4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงมาก (Panic (+4)) เป็นความวิตกกังวลที่อยู่ในภาวะตื่นตัว

กลัวสุดขีด สนามการรับรู้และสติสัมปชัญญะจะน้อยมากหรือไม่มี จะมีพลังมากที่สุดการควบคุมตนเองมีน้อย ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ อาจมีอาการอ่อนเปลี้ย ไม่มีเรี่ยวแรง รับประทานอาหารไม่ได้ จนไม่สามารถยับยั้งแขนขา หรืออาจตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าได้ (ปิยวรรณ วิรัชชัย, 2525)

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยหรือปานกลาง จะก่อให้เกิดผลในทางบวกแก่บุคคลนั้น ๆ โดยจะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการตื่นตัว สามารถแก้ปัญหาและกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น เช่น กระตุ้น หรือเร้าให้บุคคลตื่นตัวที่จะแก้ปัญหาคือความเจ็บป่วยของตน และมีความพยายามทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งให้สำเร็จด้วยดี เป็นต้น นอกเหนือจากนี้ยังได้ประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่จะสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาครั้งต่อไปดีขึ้นอีกด้วย แต่สำหรับความวิตกกังวลในระดับสูงและสูงสุดนั้นจะเป็นตัวขัดขวางกิจกรรม ความสามารถต่าง ๆ จนอาจถึงเจ็บป่วยทางจิต ประสาทได้

การลดระดับความวิตกกังวลจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นยิ่งสำหรับบุคคลที่ประสบกับภาวะความวิตกกังวลในระดับสูง ๆ เป็นอย่างมาก เพื่อที่จะหาทางออกให้พ้นจากความไม่สบายทางจิตใจและอารมณ์ยังผลให้เกิดการผ่อนคลาย และความสมดุลทางจิตใจและอารมณ์ วิธีการที่บุคคลใช้เป็นทางออกเพื่อมิให้จิตตกคามจนเป็นทุกข์ตลอดเวลานั้นก็คือ การใช้กลไกทางจิต (Defense Mechanisms) ซึ่งเกิดจากการกระทำของจิตเพื่อคงสภาพความเป็นตนเอง (Ego or self) ไว้มิให้เปลี่ยนแปลงจากสภาพเดิม กลไกการป้องกันตนเองที่ใช้เพื่อลดความวิตกกังวลให้กับตนเองมีหลายวิธี เช่น การปฏิเสธ (Denial) การหาเหตุผลประกอบ (Rationalization) การทดแทน (Compensation) การระงับ (Suppression) การเก็บกด (Repression) การหลีกเลี่ยง (Avoidance) การกล่าวโทษผู้อื่น (Projection) และการการกลบกลื่อน (Reaction Formation) เป็นต้น (Luckmann and Sorensen, 1974; Mareness, 1982; Staurt and Sundeen, 1979)

อย่างไรก็ตาม กลไกการป้องกันตนเองเป็นเพียงวิธีการลดความวิตกกังวล โดยการหลีกเลี่ยงหลบหนีปัญหาเท่านั้น มิได้เป็นการแก้ที่ตัวปัญหาที่ก่อให้เกิดความเคียดแค้นและยังมีผลทำให้บุคคลนั้นไม่เป็นตัวของตัวเอง ดังนั้นเพื่อให้การใช้กลไกการป้องกันตนเองได้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้ใช้ควรใช้เพื่อเป็นเพียงรักษาสภาพจิตของตนเอาไว้ไม่ให้ประสบกับความวิตกกังวลมากเกินไป แล้วหาโอกาสแก้ไขตัวเอง หรือหาวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อไป จึงจะทำให้บุคคลนั้นเป็นผู้ที่มีพัฒนาการทางจิตที่สมบูรณ์

ในผู้ที่สามารถใช้กลไกการป้องกันตนเองได้ผล จะสามารถลดระดับความวิตกกังวลได้แต่สำหรับผู้ที่ไม่สามารถใช้กลไกการป้องกันตนเองหรือการแก้ไขปัญหามาต่าง ๆ ที่จะทำให้ความวิตกกังวลนั้นลดลงได้ก็อาจมีผลให้ความวิตกกังวลสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่ผิดปกติได้ ความวิตกกังวลที่ผิดปกตินี้ เป็นความวิตกกังวลที่มีต่อพยาธิสภาพ (Pathological Anxiety) แต่อย่างไรก็ตาม ความวิตกกังวลที่ไม่ได้อยู่ในขั้นผิดปกติก็มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในบุคคลนั้นได้เช่นกัน

ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลมิได้มีผลต่อความไม่สบายใจ จิตใจและอารมณ์นั้นปน่วนเท่านั้น แต่ยังมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในร่างกายเกิดขึ้นอีกด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงมาก แต่ถ้าในระดับต่ำลงมากการเปลี่ยนแปลงก็จะลดลงเป็นลำดับ จนอาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเลยในระดับที่เล็กน้อย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากความวิตกกังวลนั้นพอสรุปได้ 4 ด้านดังนี้คือ (สุนีย์ ตันติพัฒนานันต์, 2522)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี ประเภทอีพิเนฟริน (Epinephrine) นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) และแอดรีโนคอร์ติคอล ฮอร์โมน (Adreno Cortical Hormone) จะถูกขับออกมาสู่กระแสเลือดมากขึ้น ซึ่งจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้ เช่น มีผลต่อการควบคุมความสมดุลของอิเล็กโตรลัยท์ ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียม มีการเผาผลาญภายในร่างกายเพิ่มมากขึ้น และมีการทำลายไกลโคเจนในตับและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เป็นต้น
2. การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา เกิดขึ้นเนื่องจากระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ถูกกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้ เช่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น ปากแห้ง กล้ามเนื้อเกร็ง ตัวสั่น เหงื่อออก ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะบ่อย และท้องเสีย เป็นต้น
3. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จะมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ เช่น ตกใจง่าย หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย กระสับกระส่าย โศกเศร้า เสียใจ ร้องไห้ง่าย หวาดหวั่น ขาดความสนใจ ผันรำย และเหนื่อยง่าย ไม่มีสมาธิ เป็นต้น
4. การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความจำ และการรับรู้ จะมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ เช่น ลืมง่าย ครุ่นคิด หมกมุ่น การตัดสินใจไม่ได้ ความสนใจลดลง การพูดติดขัด และการรับรู้ผิดพลาด เป็นต้น

ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นความพิการทางจิตที่รุนแรงที่สุด ซึ่งมักจะเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นเวลานานมากกว่า 1 ปี (Liz Kuiper, 1986) ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับไปอยู่กับครอบครัวจำนวนมาก ซึ่งในสหรัฐอเมริกา Goldman (1982) ได้ประมาณไว้ว่า มีจำนวนมากถึง 250,000 คน/ปี ซึ่งการดูแลผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังนับว่าเป็นภาระอันใหญ่หลวงสำหรับญาติ ญาติผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับความเครียดอันเกิดจาก disruptive symptoms (Berheim, 1982; Hatfield, 1979 ส่วนปัญหาอื่นที่พบบ่อยได้แก่ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา การตกงาน การแยกตัวจากสังคม และขาดการดูแลตัวเองของผู้ป่วย (Hatfield, 1979) ความเครียดจากความไม่รับผิดชอบของบุคลากรทางจิตเวช การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยา ตลอดจนไม่รู้แหล่งบริการทางจิตเวช (Holden and Iewin, 1982) ภาระเหล่านี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องใช้เวลาปรับตัวอย่างมากต่อการเผชิญกับปัญหาผู้ป่วย ซึ่งมักจะมีผลทำให้ญาติเกิดความวิตก

กังวล (anxiety) ความรู้สึกผิด (guilty) และซึมเศร้า (depression) ได้ (Arey & Warheit, 1980; Creer & Wing, 1974; Grad & Sansbury, 1968) พ่อแม่บางรายมีความรู้สึกว่าการที่ผู้ป่วยกลายเป็นโรคจิตเภทนั้นเป็นความผิดของพวกเขาที่สมควรได้รับการตำหนิ ตนมีความผิดเป็นเหตุให้ลูกต้องป่วยเป็นโรคจิตเภทผสมกับความเหนื่อยล้าทั้งกายและใจที่จะต้องคอยดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลายาวนาน ก่อให้เกิดความทุกข์ระทมอย่างสาหัสแก่พ่อแม่เหล่านี้ (เลอสรร์ค์ พุ่มชูศรี, 2531)

Creer (1978) ได้สัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 80 ราย และได้รายงานไว้ใน "Schizophrenia at Home" ถึงปัญหาของญาติเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ญาติมีความอึดอัดใจ (distress) เนื่องจากอาการและพฤติกรรมทางสังคมที่บกพร่องของผู้ป่วย
2. ความวิตกกังวลและ "burn out"
3. ภาวะแปรปรวนในเครือข่ายทางสังคมของญาติสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมใน 2 ลักษณะ คือ ความอึดอัด (distressing) และความยุ่งยากต่อการเผชิญกับผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการแยกตัวจากสังคม (social withdrawal) และ solitary patterns ความก้าวร้าว ความแปลกผิดธรรมดา และพฤติกรรมที่ผู้นำของผู้ป่วยจะพบได้ในหลายระดับแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงเวลาของการเกิดโรค ซึ่งจะทำให้ญาติเกิดความขบข้องใจ (frustration) ญาติหลาย ๆ คนได้กล่าวว่า ตัวเองตกอยู่ในภาวะที่อยู่บนคมมีดตลอดเวลา "constantly on a knife edge" "living on my nerves" หรือ "feeling in constant dread of relapse and flare-ups of symptoms" ซึ่งญาติมักจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ในรูปของ Guilt, exhaustion, depression, anxiety และ anger

บราวน์ และคณะ (1966) ได้ศึกษาถึงความทุกข์ (Distress) และปัญหา (Problem) ของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท 339 คน เป็นการศึกษาแบบติดตามประเมินผลการรักษาในระยะเวลา 5 ปี หลังจากผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช 3 แห่งในปี 1956 ตัวอย่างประชากรได้มาโดยวิธีการสัมภาษณ์ในการรวบรวมข้อมูล เนื่องจากไม่สามารถให้ครอบครัวระยะเวลาทั้ง 5 ปีได้ เพราะอาจเกิดความผิดพลาดได้จากการหลงลืมเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วในระยะเวลายาวนานฉะนั้น ผู้วิจัยเห็นระยะเวลา 2 ช่วง ก่อนการสัมภาษณ์ คือ ก่อนสัมภาษณ์ 6 เดือน และ 1 สัปดาห์ ตามถึงผลของการใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยจิตเวช และตอนท้ายของการสัมภาษณ์ ใช้คำถามทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ที่บ้านและใช้คำถามเฉพาะเกี่ยวกับปัญหา 5 ด้านคือ ผลกระทบต่อสุขภาพจากผลของพฤติกรรมของผู้ป่วย, ความกังวลและความกลัวอันตรายหรือความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นกับเด็ก ๆ ในบ้าน กังวลเกี่ยวกับการเงิน, ควบคุมกิจกรรมทางสังคมและงานอดิเรก ทั้งภายในและภายนอกบ้าน และปัญหาเบ็ดเตล็ดตามเกี่ยวกับความยุ่งยาก แต่ไม่ได้เฉพาะเจาะจง เช่น เกี่ยวกับการไม่ได้ค่าจ้างแรงงาน เป็นต้น ผู้ป่วยที่ถูกคัดออกไปจากการศึกษา คือผู้ป่วยที่ย้ายออกไปอยู่นอกพื้นที่การศึกษา เสียชีวิต อยู่ตามลำพังหรือเข้ารับการรักษาอีกในโรงพยาบาลในช่วงเวลาของการติดตามประเมินผล และผู้ป่วยที่ติดต่อไม่ได้

ผลการศึกษาพบว่า ญาติที่ใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยโรคจิตเภทรายงานว่า มีความทุกข์ใจระดับปานกลางและรุนแรงในระยะ 6 เดือนสุดท้ายก่อนการสัมภาษณ์ มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกและร้อยละ 49 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้งแล้ว ส่วนในระยะ 1 สัปดาห์ก่อนการสัมภาษณ์มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 19 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก และร้อยละ 41 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้งแล้ว

ในด้านปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น แยกออกเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดก็ตามของระยะเวลาที่ติดตามประเมินผล 5 ปี และปัญหาปัจจุบัน ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทรายงานว่ามีปัญหาในด้าน ผลกระทบต่อสุขภาพจากผลของพฤติกรรมของผู้ป่วย ความกังวลและความกลัวอันตรายหรือความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นกับเด็ก ๆ ในบ้าน รบกวนกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมยามว่างทั้งภายในและภายนอก ปัญหาด้านการเงิน และปัญหาเบ็ดเตล็ดต่าง ๆ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เคยรับการักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก กับเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาหลายครั้งแล้ว มีปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มากกว่าญาติของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ทั้งในระยะเวลาใดก็ตามของการประเมินผล (ญาติรายงานว่ามีปัญหา มีจำนวนคิดเป็นร้อยละ 29 ของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกและร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาหลายครั้งแล้ว) ญาติที่รายงานว่ามีปัญหาในปัจจุบันมีจำนวนคิดเป็นร้อยละลดลง อย่างไรก็ตามยังคงมีปัญหาในจำนวนค่อนข้างมาก (คิดเป็นร้อยละ 60 ขึ้นไปของผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาหลายครั้งแล้ว)

Creer and wing (1974) กล่าวว่า ปฏิกริยาของชุมชนที่สืบเนื่องจากทัศนคติทางลบต่อโรคจิตที่แพร่หลายในสังคมของชาวอังกฤษเป็นความลำบากใจสำหรับญาติ ยกตัวอย่างเช่น สามีคนหนึ่งอายุ 40 ปี ภรรยาของเขาเพิ่งป่วยด้วยโรคจิตเภทเมื่อไม่นานมานี้พูดว่า "เมื่อเพื่อน ๆ ของเราได้ทราบข่าวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของภรรยาผม ดูเหมือนว่า พวกเขาจะมองความเจ็บป่วยนั้นราวกับว่าเป็นความหายนะชนิดหนึ่งดูเหมือนพวกเขาจะมีทัศนคติว่า เธอจะไม่กลับคืนดีเท่าเดิมอีกแล้ว ไม่สามารถออกไปข้างนอกหรือทำอะไร ๆ ได้อีก" สาเหตุอื่น ๆ ของความอับอาย ได้แก่ ผู้ป่วยมีอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี ทำให้ร่างกายมีกลิ่นเหม็นน่ารังเกียจ เป็นต้น ทำให้เกิดความตึงเครียดได้มาก (Lefley, 1987) แม้ว่าร่างกายของผู้ป่วยไม่ได้สูญเสียไปแต่ชีวิตทางอารมณ์และสังคมเสื่อมไป คาดหวังอนาคตไม่ได้ ทั้งด้านการงานหารายได้ การศึกษาและมนุษยสัมพันธ์ ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ที่มีศักยภาพจำกัด (Baker, 1989) ญาติจึงมีความกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยว่าจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร รวมทั้งกังวลว่าใครจะดูแลผู้ป่วยถ้าญาติต้องเสียชีวิตไป

Lefley (1987) ได้อธิบายต่อว่าการที่บิดามารดากลัวว่าผู้ป่วยจะอย่างไร เมื่อบิดามารดาได้สิ้นชีวิตไปแล้ว เป็นเรื่องที่ยากปรายกันอย่างกว้างขวางในด้านที่เป็นภาวะครอบครัวเป็นตัวอย่าง

ชัดเจนของปัญหาความเครียดทางอารมณ์ นอกจากนี้ในฐานะเป็นญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคจิตญาติมีความห่วงใยเกี่ยวกับอนาคตของตนเองและคนอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย ดังที่ยาร์โรว์ และคณะ (1955) ได้ศึกษาพบว่าคนที่สามีป่วยเป็นโรคจิต มีผลต่อจิตใจภรรยาเกิดความวิตกกังวล (Anxiety) ที่มีสามีป่วยเป็นโรคจิต และตนต้องคอยดูแลสามีในฐานะ ผู้ป่วยทางจิตและกังวลถึงอนาคตของตนเอง

จากการศึกษาของ บุญดี เพชรรัตน์ (2532) ได้ศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยทางจิต ซึ่งเป็นญาติผู้ป่วยทางจิตซึ่งได้รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลประสาทสงขลาคพบว่า ญาติผู้ป่วยทางจิตมีปัญหาความวิตกกังวลในด้านอาการ และการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าด้านสังคมและเศรษฐกิจในเกือบทุก ๆ ตัวแปร อาจเป็นไปได้ว่า โรคทางจิตเวชเป็นโรคที่หาสาเหตุชัดเจนไม่ได้ และไม่สามารถประเมินได้ว่าจะหายหรือไม่ เมื่อใด รวมทั้งอาการและการดูแลเป็นปัญหาใกล้ตัวมากกว่าปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนั้นผู้ป่วยทางจิตเวชมีความต้องการดูแลทางจิตใจ เป็นเรื่องที่ซับซ้อนเข้าใจยาก และละเอียดอ่อน

จารุวรรณ ด.สกุล (2524) ได้วิจัยเรื่อง "ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาในโรงพยาบาล" โดยศึกษาถึงความเข้าใจและการยอมรับของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่าญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ที่ถูกต้องในการช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งอับอายและมีปมด้อยในการยอมรับผู้ป่วยและต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลต่อไป จึงทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาอยู่ในโรงพยาบาลซ้ำอีก ด้วยเหตุนี้อาจเป็นเหตุให้ญาติผู้ป่วยซึ่งมีสถานภาพหารายได้ให้แก่ครอบครัว มีความวิตกกังวลสูงกว่าญาติที่สถานภาพอื่น ๆ

วรกช นิธิกุล (2535) ได้ศึกษาถึงความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ปรากฏว่าความเครียดในด้านความกังวล ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทตอบว่ามีความเครียดระดับสูงในเรื่อง "ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายดีดังเดิม" มีความเครียดระดับปานกลางในเรื่อง "กังวลว่าในอนาคตผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร" และ "ไม่ทราบว่าจะใครจะดูแลผู้ป่วยถ้าญาติต้องเสียชีวิตไป" "ความกังวลว่าในอนาคต ผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร" และ "การไม่ทราบว่าจะใครจะดูแลผู้ป่วยถ้าญาติต้องเสียชีวิตไป" นั้น เป็นสาเหตุของความเครียดที่สืบเนื่องมาจากการที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายดีดังเดิม ผู้ป่วยมักจะป่วยซ้ำบ่อย ๆ เมื่อโรคกลับเป็นใหม่หลาย ๆ ครั้ง ผู้ป่วยจะยิ่งผิดปกติกมากขึ้นจนเกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน ไม่สามารถทำงานช่วยเหลือตัวเองได้ มักอยู่ตามลำพังในบ้าน ขาดความสัมพันธ์ตามปกติที่ควรจะมีกับทุกคนในบ้าน มีพฤติกรรมแปลก ๆ รวมทั้งอาการประสาทหลอนและหลงผิด (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2528) สิ่งเหล่านี้ทำให้ญาติเกิดความกังวลว่าในอนาคตผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร เป็นความกังวลในสภาพที่ญาติยังมีชีวิตอยู่ ยังสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ความกังวลความห่วงใยไกลไปในวันข้างหน้าคิดว่าถ้าญาติต้องเสียชีวิตไปแล้วใครจะดูแลผู้ป่วยเป็นความห่วงใย ความผูกพันที่ญาติมีต่อผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยหลายรายร้องไห้หน้าตาไหลเมื่อผู้วิจัยสัมภาษณ์ถึงข้อความนี้ บางคนพยายามปลอบใจตนเองโดยเอาธรรมะมาช่วย เช่น พยายามคิดปลงว่าขณะมีชีวิตอยู่ก็ดูแลเขาไป เมื่อตนต้องเสียชีวิตไปก่อนผู้ป่วยก็คงช่วยอะไรเขาไม่ได้อีกแล้ว ผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรก็คงสุดแต่เวรแต่กรรม บางคนคิดหาทางออกโดยวางแผนฝากไว้กับโรงพยาบาล เช่น มารดาของผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่าได้สั่งกับ

คิดหาทางออกโดยวางแผนฝากไว้กับโรงพยาบาล เช่น มารดาของผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่าได้ส่งกับบุตรชายที่ป่วยไว้ว่า ถ้าตนสิ้นชีวิตไป ขอให้บุตรฝากตัวอยู่กับหมอที่โรงพยาบาล

ญาติผู้ป่วยส่วนมากรายงานว่ามีความกังวล ห่วงใยอนาคตของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในสภาพการณ์ที่ญาติยังมีชีวิตอยู่และถ้าญาติต้องเสียชีวิตไปก่อนผู้ป่วย เนื่องจากสภาพของผู้ป่วยภายหลังการรักษาส่วนใหญ่มักจะมีอาการซึมเศร้าและสังคมดิ่งแล้วข้างต้น เพราะฉะนั้นการให้ความช่วยเหลือ ดูแลรักษาพยาบาลอย่างดีและเต็มที่แก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวทางด้านสังคมดีขึ้นและอาจสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติได้ อันจะยังผลให้ความกังวลของญาติในเรื่องนี้ลดลงได้ ดังที่ เทย์เลอร์ (Taylor, 1986) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการช่วยเหลือเร็วเท่าไรหลังจากเริ่มป่วย ได้รับการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยผู้ดูแลรักษามีทักษะเพียงพอและเห็นการฟื้นฟูผู้ป่วยบุคลิกภาพของผู้ป่วยอย่างมาก จะมีโอกาสดีที่จะฟื้นตัวทางสังคม โอกาสจะลดน้อยลงสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายหลังจากที่เริ่มป่วยแล้วนานเป็นปี ๆ นอกจากนี้ สมภพ เรื่องตระกูล (2528) ก็สนับสนุนเรื่องนี้ โดยกล่าวว่าปัจจุบันยารักษาโรคจิตมีประสิทธิภาพในการรักษาดีขึ้น ถ้ายังได้รักษาผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วย ผู้ป่วยได้รับยาสม่ำเสมอตลอดเวลา และครอบครัวของผู้ป่วยเข้าใจและจะได้รับผลการรักษาดีมากทำให้ระยะเวลาเป็นโรคนั้นลงผู้ป่วยอาการดีขึ้นมาก หรือ เป็นปกติอยู่เป็นเวลานาน โอกาสที่จะเป็นรุนแรงขึ้นอีกมีน้อยและผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติได้

นอกจากนั้นญาติรู้สึกหวั่นวิตกเพราะความคาดหมายล่วงหน้าไม่ได้ของสภาพการณ์ที่จะเกิดขึ้น ซึมเศร้าเมื่อความพยายามที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยของพวกเขาไม่ได้ผล และรู้สึกว่าผิดที่พวกเขาไม่สามารถให้การช่วยเหลือระดับประคอง ผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอเพราะบางครั้งพวกเขาก็รู้สึกขุ่นเคืองกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยากต่อการควบคุมเหมือนกัน

ความเครียดของญาติที่เนื่องจากไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายดีดังเดิม จากการวิจัยของ โคอิลลิโน และ นิวซ์เทอร์สัน (1986) โดยการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าญาติจะมีความทุกข์ เมื่อพบว่าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นได้ยกตัวอย่างคำพูดของบิดาผู้ป่วยรายหนึ่งที่กล่าวว่า "เมื่อคุณไปโรงพยาบาลทุกวันเป็นเดือน ๆ และคุณไม่เห็นอะไรเปลี่ยนแปลงในตัวบุตรของคุณนั้นแหละเป็นสิ่งที่สร้างความกังวลให้คุณอย่างยิ่ง"

บิดามารดามีความเครียดสูงกว่าอีกกลุ่มเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานบ้าน และ ความเชื่อที่ว่า การเลี้ยงดูหรือการปฏิบัติของญาติมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต คู่สมรส หรือพี่น้องหรือบุตรมีความเครียดสูงกว่าบิดาหรือมารดาเกี่ยวกับเรื่องการใช้อารมณ์กับผู้ป่วย การให้บริการที่โรงพยาบาลล่าช้า และความเชื่อของญาติของผู้ป่วย พบว่าญาติที่มีภูมิลำเนาในชนบทมีความเครียดสูงกว่าญาติที่อยู่ในเมือง

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภทนั้นมักเกิดจากการที่ต้องเผชิญกับความเครียด (stress) ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดเรื้อรังจากปัญหาของผู้ป่วย นอกจากนั้นก็มาจากความรู้สึก

ผิด (guilt) ความคับข้องใจ (frustration) และจากการที่ญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรค และการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยก่อให้เกิดความไม่แน่ใจ (uncertainty) เหล่านี้ย่อมทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

วิธีการช่วยลดความวิตกกังวลของญาติ

แหล่งประโยชน์ที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา (coping resource) ลาซารัส ได้กล่าวถึงแหล่งประโยชน์ที่บุคคลดึงมาใช้ในการเผชิญปัญหา ได้แก่

1. การให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง มีพลังงาน (Health and energy) เพื่อนำมาต่อต้านกับภาวะเจ็บป่วย
2. ความเชื่อในทางที่ดี (positive beliefs) เช่น การนำเอาความหวังมาใช้ร่วมด้วย เพื่อลดความวิตกกังวล
3. การมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem solving) เป็นการค้นหาข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อเลือกหาทางแก้ไข
4. การเข้าสังคม (Social skill) เป็นความสามารถในการติดต่อบุคคลอื่นเพื่อที่จะเพิ่มทักษะในการติดต่อกับบุคคลอื่นจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น
5. แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ (Material resources) ได้แก่ เงิน สิ่งของต่าง ๆ การบริการที่ต้องใช้เงิน
6. การสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่นการปลอบโยน ช่างครวและข้อมูลที่ได้จากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ มีผู้วิจัยถึงการให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล เช่น พิกุล ดันดิธรรม (2533) ได้ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ญาติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU พบว่า สามารถลดความวิตกกังวลได้

การเจ็บป่วยและการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ อาจเป็นสาเหตุของความเครียดและความวิตกกังวล และญาติผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์นี้ว่า เป็นภาวะคุกคามโดยมีการตอบสนองออกมาทางด้านอารมณ์ในรูปแบบของความวิตกกังวลในสภาวะความวิตกกังวล เช่น ที่ญาติผู้ป่วยเผชิญอยู่อาจทำให้ญาติไม่สามารถหาแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้นการให้คำแนะนำหรือข้อมูลแก่ญาติ เพื่อให้ญาติได้ประเมินสถานการณ์ใหม่ หรือการปฏิสัมพันธ์กับญาติเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นการลดความวิตกกังวลให้แก่ญาติได้

สำหรับการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยจิตเภทให้มีความกังวลลดลง พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพอันดีกับญาติ และช่วยให้ญาติเข้าใจและตระหนักถึงการใช้ชีวิตอยู่กับปัจจุบัน และยอมรับความเป็นจริงมากขึ้น ดังที่ แมนฟรีดา (Manfreda, 1968) ได้กล่าวว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตอาจจะกังวลว่าผู้ป่วยจะไม่หายเหมือนเดิม เพราะยังคงมีความคิดในสังคมว่า โรคจิตรักษาไม่หาย สิ่งที่ดีที่สุดที่จะทำ

ได้คือ พยาบาลช่วยให้ญาติยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยและให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วย ซึ่งเป็นญาติของเขาจะได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรในโรงพยาบาล ส่วนครีเออร์และวิง (Creer and Wing, 1974 cited by Torrey, 1983) ได้เน้นว่าการที่ญาติยอมรับความเป็นจริงเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยจะช่วยลดความเครียดไปได้อย่างมาก

กรณีที่ผู้ป่วยได้ป่วยมาเป็นเวลานานและเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง การลดความเครียดของญาติอาจทำได้โดยการช่วยให้ญาติมีความรู้และยอมรับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยมากขึ้น ดังเช่น ฆะฤทธิพงษ์ศุภนุตรีและคณะ (2530) ได้จัดทำหนังสือ "คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท" มีเนื้อหาสาระที่แสดงความเข้าใจและเห็นใจญาติที่เหนื่อยและเครียดมากในการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งได้ขอให้ญาติยอมรับความจริงที่ว่าผู้ป่วยโรคจิตอาจไม่หายกลับคืนเป็นปกติทุกอย่าง ยังมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ ถ้าเพียงแต่ผู้ป่วยพอทำงานได้ พอเรียนหนังสือได้ พอช่วยงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ หรือแม้แต่เพียงพออยู่ในครอบครัวโดยไม่ทำให้เดือดร้อนมาก ญาติก็น่าจะพอใจและยอมรับสภาพนั้น ๆ

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบสุขภาพจิตศึกษา

ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท มักจะมองครอบครัวว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่นแนวคิดเรื่อง double bind communication โครงสร้างครอบครัวแบบ schism และ skew ตลอดจนความสัมพันธ์ที่เรียกว่า pseudomutualism แต่การศึกษาในระยะหลัง ๆ กลับมุ่งเน้นในด้านที่มองครอบครัวของผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่มิพบทาบอย่างมาในอันที่จะร่วมมือกับบุคลากรผู้รักษา เพื่อเป็นการลดความเครียดอันก่อให้เกิดความวิตกกังวลของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้ ได้มีการพัฒนารูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (family oriented psychoeducational intervention) ขึ้นมาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวว่าเป็นชุมพลที่ต้องการความรู้ (education) การฝึกฝน (training) และการประคับประคอง (support) มากกว่าที่จะมองครอบครัวว่าเป็น pathogenic unit การให้สุขภาพจิตศึกษา ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งที่การรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคองและการให้การปรึกษา แทนการเคร่งครัดต่อการรักษาซึ่งจะย่นระยะเวลาการเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลลงได้ (Ira A. Abramowitz and Robert D. Ccuresey, 1989)


คำว่า Psychoeducation เริ่มใช้ครั้งแรกโดย Anderson, Hogarty และ Reiss (1980) มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) แก่ครอบครัวในลักษณะเป็นกลุ่มหลายครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (network)

Michael J. Goldstein (1981) ได้กล่าวถึง Psychoeducation family therapy ไว้ว่าประกอบด้วย 2 ส่วน คือโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และ extended program ที่จะสร้างความ

สัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อลดความขัดแย้ง เปลี่ยนรูปแบบของการสื่อความหมายในครอบครัวและการแก้ไขปัญหา (problem solving)

สำหรับประเทศไทย การจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษายังไม่ปรากฏว่ามีรายงานการวิจัย แต่จะพบว่า การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการรักษาผู้ป่วย หรือช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการจัดกลุ่มให้การปรึกษาเสียมากกว่า ซึ่งจะมีการจัดกลุ่มในลักษณะนี้ในโรงพยาบาลทางจิตเวช โดยนักสังคมสงเคราะห์ และมีรายงานซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลการจัดกลุ่มญาติในเชิงบวกอย่างชัดเจน

สำหรับรูปแบบของสุขภาพจิตได้มีการศึกษาไว้ในต่างประเทศไว้หลายรูปแบบ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอตารางที่ 1 ส่วนแนวคิด ข้อเสนอแนะในการให้สุขภาพจิตศึกษานั้น ผู้วิจัยจะได้พรรณนาตามแนวคิดของ Anderson (1980)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 Overview of Family Education Programs

Research Group	Member of Sessions	Length of Sessions	Location	Number of Families Present	Patient Present	Timing of Education	Type of Presentation
Leff et al (1982)	2	No set length	Hospital or home	1	no	ASAP after patient discharge	Brief text is read to Participants and given to there to take home, question and answered
Snyder and Liberman (1981)	2	2 hrs	Storefront	3patients and their Families	yes	During hospitali- zation most after a few weeks	3 co-leaders jointly lead first hour and there seperate into indivi- dual therapy group structured syllabus,classroom format-handout and homework assignment
Anderson et al (1980)	1	5 hrs	Hospital	3-4 Families	no	Early in treatment most patients still	Seminars Structure-lecture/handout

อ้างอิง Alan S. Bellack (1984)

Research Group	Member of Sessions	Length of Sessions	Location	Number of Families Present	Patient Present	Timing of Education	Type of Presentation
Falloon et al (1982)	2 or 3	1.5 hrs	Home	1families	yes	When patients is stabilized on medication	At home discussion where family member are asked to share their experiences and the patients is encouraged to discuss personal and interpersonal experiences

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปแบบสุขภาพจิตศึกษาสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Anderson, 1980)

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาใหญ่สำหรับนักวิชาชีพสุขภาพจิตในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าญาติจะประสบผลสำเร็จในความพยายามที่จะย่นระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาล โดยการดูแลในชุมชน และการรักษาด้วยยาที่ได้ผลดี แต่ก็ยังพบอัตราการป่วยซ้ำ ซึ่งพบถึง 80 % ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยา และพบ 40 % ในผู้ป่วยที่ได้รับยาจะป่วยซ้ำภายใน 1 ปี หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เหตุผลของการป่วยซ้ำนี้ยังไม่เป็นที่แน่ชัด ผู้ป่วยบางรายยังมีอาการไม่คงที่ในระหว่างการรักษาระยะสั้นในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงกลับสู่ชุมชนในสภาพที่ยังมีอาการที่สามารถจะถูกกระตุ้นให้กำเริบได้อีก บางรายมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกไม่สม่ำเสมอ ประมาณได้ว่า 50 % ของผู้ป่วยเหล่านี้จะขาดการติดต่อในการให้บริการดูแลหลังจำหน่าย (after care service) หรือไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง หลังจากการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง หรือ 2 ครั้ง เมื่อเป็นเช่นนี้ผู้ป่วยจิตเภท จึงมีการหมุนเวียนเข้าออก (revolving door) ในโรงพยาบาลจิตเวช และต้องหมดเปลืองเวลา ต้องใช้ความพยายาม และชุมพลังของนักวิชาชีพสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก ในที่นี้จะบรรยายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (Intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิผลสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือ และสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย (Hogarty, Cornes, Anderson, 1980)

ข้อสันนิษฐาน (Assumptions)

รูปแบบการรักษาขึ้นอยู่กับพื้นฐานของข้อสันนิษฐานที่ว่า ไม่ว่าสาเหตุจิตเภทจะเป็นอะไรก็ตาม มักจะปรากฏชัดว่ามีแกนของความผิดปกติทางจิตใจ (core psychological deficit) ในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอกได้ง่าย (internal and external stimuli) ซึ่งอาจจะกำเริบได้เนื่องจากสิ่งกระตุ้นของสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ลักษณะที่ทำงานหรือบรรยากาศของการรักษา แสดงให้เห็นโดยมีสัมพันธภาพกับอัตราป่วยซ้ำสูง จากเหตุผลเหล่านี้โปรแกรมนี้ มีความพยายามที่จะลดความเสี่ยงที่มีผลต่อการกระตุ้นของผู้ป่วยโดยการให้ยารักษาโรคจิต และเพื่อลดสิ่งกระตุ้นจากครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมเบื้องต้นที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย บรรยากาศของครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญมากไม่เพียง เพราะจะต้องอยู่ใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยตลอดเวลาเท่านั้น แต่จะพบว่าถึงแม้จะไม่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวก็จะมีอารมณ์ตึงเครียดได้ เพราะมีการปฏิสัมพันธ์กันซึ่งถือว่าเป็นปกติในการดำเนินชีวิต ซึ่งประกอบด้วยการแสดงอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งยิ่งจะแสดงออกมากเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการกระตุ้นจากสิ่งเร้าได้มากขึ้น

จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิต ครอบครัวมักจะแสดงออกถึงความรู้สึกของความวิตกกังวล (anxiety) ความรู้สึกผิด (guilt) โกรธ (anger) และความเศร้า (sadness) ตราบใดที่นักวิชาชีพไม่แก้ไขปัญหาเหล่านี้ ก็จะไม่เป็นที่ประหลาดใจเลยว่าหลาย ๆ ครอบครัวต้องเผชิญกับความตึงเครียดที่เรื้อรัง (chronic stress) ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและตนเองได้ อาจเนื่องจากสมมติฐานที่ว่าหลายครอบครัวมักจะตอบสนองต่อตัวเอง 2 ด้าน บราวน์ (Brown) และผู้ร่วมงานได้อธิบายว่าเป็นส่วนประกอบของการแสดงอารมณ์มาก (high emotional express) ญาติมักจะแสดงความห่วงใยมากเกินไป

(overinvolved) และยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมาก (intrusive) โดยพยายามที่จะควบคุมและปกป้องผู้ป่วย จากตัวญาติเองหรือจากสิ่งแวดล้อม อีกด้านหนึ่งคือ ญาติจะเกิดความคับข้องใจ (frustrated) โกรธ (angry) ปฏิเสธผู้ป่วย (rejecting) และแยกตัว (withdrawal) เมื่อมีการกระตุ้นมากและเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ จะทำให้มีผล 2 ทางคือ

1. เป็นการลดความสามารถของครอบครัวต่อการเผชิญกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย
2. เป็นปัญหาต่อผู้ป่วยซึ่งมีความอ่อนแอ, เสี่ยง (vulnerable)

ข้อมูลจากการศึกษาของบริติช (British studies) เกี่ยวกับการแสดงอารมณ์ (emotional express) สนับสนุนความคิดที่ว่าปัจจัยทางอารมณ์ของครอบครัวนั้น จะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเกิดโรค นักวิจัยยังคงแสดงความคิดเห็นที่ว่า ครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์มาก มีแนวโน้มที่จะทำ ให้สมาชิกในครอบครัวที่ป่วย มีอัตราการป่วยซ้ำมากกว่า 50 % ในช่วง 9 เดือนแรกหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการป่วยซ้ำเพียง 13 % ในผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์น้อย ทำนองเดียวกันรูปแบบของการสื่อความหมาย (communication patterns) ของญาติผู้ป่วยจิตเภทก็อาจเป็นปัญหาต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดอาการได้ง่าย รูปแบบของการสื่อความหมายในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากครอบครัวปกติ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการสื่อความหมายเคลือบคลุม (vague) ไม่กระจ่างชัด (unclear) ความคิดที่ขาดเค้าโครงไม่เป็นรูปเป็นร่าง (amorphous) วกวน (tangential) หรือขาดการยอมรับ (lacking in acknowledgement)

จึงสรุปได้ว่าแรงผลักดัน 2 ประเภท คือ ความอ่อนแอของผู้ป่วย (patient vulnerability) และความสับสนวุ่นวายของครอบครัว (family turmoil) นั้นคิดว่าน่าจะมีผลต่อข้อเสียเปรียบของผู้ป่วย ความเสี่ยงต่อสิ่งเร้าของผู้ป่วยต่อการเกิดอาการต่าง ๆ ทำให้ญาติไม่สบายใจ ด้วยสมมติฐานดังกล่าว คือ ความสัมพันธ์ระหว่าง patient vulnerability และความวิตกกังวลของครอบครัว จึงได้เสนอรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาของสิ่งแวดล้อมในครอบครัว โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท โครงสร้างและกลไกทางจิตที่เฉพาะสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบนี้ได้จัดขึ้นมาด้วยความหวังเพื่อเป็นการเข้าหาญาติโดยตรง (directive approach) ให้ญาติมีความสามารถในการทำนายโรคเพิ่มขึ้น และทำให้สิ่งแวดล้อมในครอบครัวอยู่ในสภาพที่คงที่ โดยการเพิ่มความเชื่อมั่นและความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค ด้วยเหตุนี้เองจะทำให้ลดความวิตกกังวลของครอบครัวเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตัวอย่างเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย

ตารางที่ 2 (Jody D. Iodice and John S. Wordaski, 1987)
รูปแบบการให้การศึกษาทางจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย
ภาพรวมของกระบวนการบำบัดรักษา

ระยะการรักษา	วัตถุประสงค์	เทคนิค
<p>ระยะที่ 1</p> <p>สร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (connecting with the Family)</p>	<p>เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัวผู้ป่วย และขอความร่วมมืออย่างจริงจังตลอดโครงการ</p> <p>เพื่อลดความรู้สึกผิด ภาวะทางอารมณ์ และปฏิบัติกริยาต้านลบต่อการเจ็บป่วยเพื่อลดความกดดันในครอบครัว</p>	<p>เข้าร่วมสัมพันธ์กับครอบครัว อย่างใกล้ชิด (Joining) สร้างความสัมพันธ์เพื่อการบำบัดรักษา</p> <p>สนทนาได้ตอบถึงประวัติการเจ็บป่วยที่วิกฤต และความรู้สึกเกี่ยวกับผู้ป่วย-โรค</p> <p>ให้ความเห็นใจ (Empathy) ให้คำแนะนำ ที่สามารถปฏิบัติได้โดยตรง เกี่ยวกับกลไกการเผชิญกับปัญหาอย่างได้ผล</p>
<p>ระยะที่ 2</p> <p>สัมมนาปฏิบัติการเรื่องทักษะการใช้ชีวิต (Survival SkillsWorkshop)</p>	<p>เพื่อสร้างความเข้าใจให้ครอบครัวในเรื่องการเจ็บป่วยและความต้องการของคนไข้</p> <p>เพื่อลดความกดดันในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง</p> <p>เพื่อป้องกันการแยกตัวออกจากกลุ่ม และเพื่อสร้างเสริมเครือข่ายทางสังคม</p>	<p>ให้การศึกษาแก่ครอบครัว หลายประเด็นและสนทนาโต้ตอบกัน</p> <p>ให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรมของโรคจิตเภท</p> <p>ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการในครอบครัวอย่างชัดเจน</p> <p>ให้ทักษะพื้นฐานของการติดต่อสื่อสาร</p>

ระยะการรักษา	วัตถุประสงค์	เทคนิค
<p>ระยะที่ 3</p> <p>นำคนไข้เข้าสู่ครอบครัวและดูแลเอาใจใส่ (Reentry and Application)</p>	<p>เพื่อดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชน</p> <p>เพื่อเสริมความเข้มแข็งของคู่สมรส/พ่อแม่กับผู้ป่วย</p> <p>เพื่อเสริมความสามารถของครอบครัวในการอดทนต่อการแสดงออกและพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย</p> <p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเกิดความรับผิดชอบขึ้นมาได้อีกอย่างซ้ำๆ</p>	<p>ให้การเสริมแรง ทั้งในระหว่างบุคคลและระหว่างรุ่นคน</p> <p>ให้กำหนดภาระงานที่ชัดเจน (Task assignments)</p> <p>ให้ทักษะและหลักในการแก้ไขปัญหา (Low-Key problem solving)</p>
<p>ระยะที่ 4</p> <p>ดำเนินการต่อเนื่อง (Maintenance)</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสวมบทบาทอื่นๆได้ ตามปกติในระบบต่างๆของชุมชน (เช่นทำงาน ได้. ไปโรงเรียนได้)</p> <p>เพื่อเพิ่มกระบวนการในครอบครัว โดยทั่วไปอย่างมีประสิทธิภาพ</p>	<p>ให้การดูแลปรับปรุงที่เว้นระยะไปบ้าง</p> <p>ให้ใช้เทคนิคครอบครัวบำบัดแบบธรรมดาหรือแบบสำรวจค้นหาปัญหา</p>

จากตารางข้างต้นนั้น ในระยะที่ 1 จะเริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วย เข้ารักษาในโรงพยาบาล จะมีการติดต่อกับครอบครัวก่อนอย่างน้อย 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ระหว่างที่คนไข้ยังอยู่ในโรงพยาบาล หลังจากนั้น เมื่อจะจำหน่ายคนไข้กลับจึงมีการพบผู้ป่วยและครอบครัวก่อนหนึ่งครั้ง ก่อนจำหน่ายออก

ระยะที่ 2 (The survival skill workshop)

เป็นการให้ความรู้แก่ครอบครัวซึ่งต้องใช้เวลาาน เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท และการแก้ปัญหา ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกแยกตัวจากสังคมและมีมลทิน (stigmatized) จากการที่ญาติผู้ป่วยเป็นจิตเภทน้อยลง โดยการจัดกลุ่มญาติหลาย ๆ ครอบครัว ประมาณ 4 - 5 ครอบครัว บรรยากาศของกลุ่มจะไม่เป็นทางการนัก เพื่อที่จะให้สมาชิกในครอบครัวสามารถที่จะซักถามจากนักวิชาชีพ และได้พบปะพูดคุยกับสมาชิกครอบครัวอื่น อาจจัดหากาแฟและอาหารกลางวันให้แก่สมาชิก เพื่อที่จะได้รับประทานร่วมกัน workshop นี้ จะจัดขึ้นในระยะต้นของการรักษาเพื่อให้ญาติเห็นความสำคัญของการเข้าไปโปรแกรม

จากข้อสันนิษฐานที่ว่า มนุษย์จะมีความกังวลมากในสิ่งที่ยังไม่รู้และไม่เข้าใจ จึงพยายามที่จะจัดหาข้อมูลให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท เพราะว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตอย่างรุนแรงอยู่เสมอในระยะของการรักษา ถ้าญาติไม่สามารถมีสมาธิในการเข้าฟังการบรรยาย และการอภิปรายโดยไม่ต้องจัดเข้ากลุ่ม แต่จะให้ข้อมูลที่เหมือนกันครั้งละน้อยจนครบ โดยนักครอบครัวบำบัด และพยาบาลผู้ซึ่งจัดการเกี่ยวกับการให้ยาของผู้ป่วย การจัดกลุ่มนี้จะเน้นที่ความครบถ้วนของเนื้อหา

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคได้แก่ สาเหตุ การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค การอธิบายอย่างแจ่มชัดด้วยภาษาที่ง่ายสามารถเข้าใจได้ การอธิบายถึงทฤษฎีของสาเหตุการเกิดโรค เช่น กรรมพันธุ์ ชีวเคมี ครอบครัวและวัฒนธรรม ปัจจัยสำคัญ การพยากรณ์โรค ซึ่งรวมถึงอัตราการป่วยซ้ำที่จะเกิดการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รูปแบบการรักษา เช่น จิตบำบัด การช้ยา การให้วิตามิน การทำไต่เทียม เป็นต้น

เป็นที่ทราบกันแล้วว่า สาเหตุของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท มักมีสาเหตุจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นจึงต้องอธิบายถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านโรคจิตให้ละเอียดในเรื่องฤทธิ์ของยา ฤทธิ์ข้างเคียงและการช้ยาด้านพาร์กินสัน อธิบายให้ญาติและผู้ป่วยมีความเข้าใจตรงกันว่าการช้ยารักษาโรคจิตเป็นการรักษาหลักของโปรแกรมการรักษา

ข้อมูลที่ควรให้ในระยะแรกเกี่ยวกับโรคจิตเภท คือจะต้องย้ำว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้น จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทำให้ผู้ป่วยซ้ำได้อีก ดังนั้นญาติจึงควรตระหนักในเรื่องความเปราะบางง่ายต่อการกำเริบของผู้ป่วย ก็จะช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำได้มากที่สุดทีเดียว



ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลจัดการกับภาวะเจ็บป่วย

เมื่อครอบครัวได้รู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคจิตเภทแล้ว มักจะพบว่ามีการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของการเจ็บป่วยไปในทางที่ไม่เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ครอบครัวส่วนมากพยายามที่จะช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยโดยการแสดงความห่วงใยมากเกินไป ไม่ใส่ใจต่อสิ่งไร้สาระ และหลีกเลี่ยงการจำกัดขอบเขตของบุคคลเพราะถือว่าเป็นเรื่องของความเจ็บป่วย ซึ่งจะทำให้อาการของผู้ป่วยเลวลง เพราะถือว่าเป็นการกระตุ้นมากกว่าการประคับประคองให้ผู้ป่วยดีขึ้น

ญาติควรให้ความสนใจต่อพฤติกรรมที่แปลกประหลาดและรุนแรงของผู้ป่วย แต่ไม่ควรจะใช้เวลาและพลังงานในการดูแลผู้ป่วยมากเกินไป ผู้ป่วยและสมาชิกอื่นในครอบครัวควรที่จะเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกันได้โดยการดูแลจัดการที่มีประสิทธิผล การดูแลจัดการผู้ป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ญาติควรพยายามที่จะทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเข้าสู่เกณฑ์ปกติของสังคม และไม่ควรถกกิจกรรมของตัวเองเพื่อที่จะดูผู้ป่วย แต่ควรดูแลผู้ป่วยเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่ทำร้ายตัวเองหรือบุคคลอื่น โดยจัดสิ่งแวดล้อมที่มีความเครียดน้อยเพื่อควบคุมสถานการณ์ในบ้าน ควรเน้นให้ญาติเข้าใจถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่เกิดประโยชน์ 3 ลักษณะ คือ

1. การเพิ่มความขัดแย้งและการวิพากษ์วิจารณ์ระหว่างบุคคลต่างหน้าผู้ป่วย
2. การเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไปไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือลบ
3. ตัดขาดจากเครือข่ายสังคมของตัวเอง

กลยุทธ์พิเศษในการเผชิญกับผู้ป่วย เพื่อลดการตอบสนอง 3 ลักษณะดังกล่าว ครอบครัวจะเข้มแข็ง มีความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วย และสามารถเข้าไปยุ่งเกี่ยวห่วงใยผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และในทางสร้างสรรค์ได้ การใช้กลไกการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพก็สามารถลด frustration, concern และ criticism ลงและสามารถสร้าง Psychological space เพื่อที่จะลดความคาดหวังที่เกินความเป็นจริง การจำกัดอย่างมีเหตุผลและยุ่งเกี่ยวกับครอบครัว โดยยังคงติดต่อกับสังคมภายนอกได้

การลดความคาดหวังกับผู้ป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ญาติไม่ควรมีความคาดหวังที่มากเกินไป ญาติควรเข้าใจถึงธรรมชาติของโรคว่า ผู้ป่วยมักจะซึมเฉย เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น และมักจะนอนมากเกินไป ซึ่งดูเหมือนว่าผู้ป่วยเป็นคนขี้เกียจมาก ญาติไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยแกล้ง ญาติควรยอมรับสภาพ ผู้ป่วยเองอาจมีความสุขจากการแยกตัวมากกว่าการเข้าสังคม ต้องการแยกตัว เฉื่อยชามาก การช่วยเหลือคือ "การกระตุ้น" ผู้ป่วย และใช้หลักการของการ "ผ่อนปรน" คือ อนุญาตบ้างแต่ไม่ใช่ยอมหมด เพราะการกระตุ้นมากเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ เช่น มีหูแว่ว หวาดระแวง หรืออะละอะวุ่นวายได้ ญาติต้องเรียนรู้จังหวะให้ได้ว่า เมื่อใดควรกระตุ้นผู้ป่วยเมื่อใดควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เฉย ๆ

เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติเอง ญาติควรปฏิบัติดังนี้

1. ยอมรับผู้ป่วย
2. จู้จี้บ่นให้น้อยที่สุด

3. อย่ากระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป
4. อย่าแสดงความกระตือรือร้นต่อผู้ป่วยมากเกินไป
5. อย่ายุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยจนเกินเหตุ
6. อนุญาตให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวบ้างตามความต้องการ

การสร้างเครือข่ายทางสังคม

ญาติผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมักจะแยกจากสังคม เนื่องจากมีเครือข่ายทางสังคมน้อย มีความทนต่อความเครียดต่ำ และมีความเบี่ยงเบนในครอบครัว ด้วยเหตุผลนี้ญาติจึงมักจะมีแสดงออกในลักษณะ overinvolved และ critical เพราะไม่สามารถที่จะระบายถึงความเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงควรเน้นให้ญาติทราบถึงความสำคัญของการคงไว้ซึ่งเครือข่ายทางสังคมนอกเหนือไปจากสมาชิกในครอบครัวเดียว พยายามให้ญาติได้พูดคุยถึงความยุ่งยากใจกับเพื่อนและสมาชิกของครอบครัวขยาย รวมถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพจิตด้วย รูปแบบของการติดต่อภายนอกครอบครัวที่ควรกล่าวถึงคือ

1. Interpersonal supports โดยได้พูดคุยเกี่ยวกับความไม่สบายใจ ความตึงเครียด ความต้องการและได้รับการประคับประคอง การให้กำลังใจจากบุคคลอื่น
2. Social and/or recreational outlets ได้รับความเพลิดเพลินสนุกสนาน กระตุ้นความสนใจจากบุคคลอื่น
3. Work and/or service เป็นทางเลือกของการใช้ความสามารถส่วนบุคคล ความเสียสละ และความสามารถในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น เพื่อคงไว้ซึ่งการยกย่องนับถือตนเอง

ถ้าหากครอบครัวขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก ครอบครัวก็就会有ความอ่อนแอเสี่ยงต่อความตึงเครียดได้ง่าย ถ้าครอบครัวได้เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสังคมภายนอกและมีอิสระ ก็จะค่อย ๆ ลดความตึงเครียดลงและสามารถขยายเครือข่ายทางสังคมให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 จะเป็นการนำคนไข้และครอบครัวมาพบกันทันทีที่พบว่าสามารถควบคุมระยะเฉียบพลันของโรคได้แล้ว ซึ่งในขั้นนี้จะปล่อยให้คนไข้ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วมีส่วนร่วมในการสนทนากันอย่างเต็มที่ กระบวนการนี้จะใช้เวลาตั้งแต่ 1-2 สัปดาห์จนถึงอย่างน้อย 6 เดือนโดยให้ทักษะและหลักในการแก้ไขปัญหา (Low-Key Problem solving) โดยกำหนดขอบเขต 3 ลักษณะอย่าง คือ 1. ขอบเขตของบุคคล (interpersonal Boundaries) 2. ขอบเขตระหว่างรุ่นคน (generational boundaries) 3. ขอบเขตของครอบครัว (family boundaries) ภายในระบบสนับสนุนทางสังคมชุมชน ลักษณะขอบเขตที่ 1 และ 2 ควรกระตุ้นให้ครอบครัวสร้างความคาดหวังที่กระจ่างชัด กฎระเบียบที่มีเหตุผล กระบวนการจำกัดที่มีประสิทธิภาพ ส่วนของขอบเขตของครอบครัวนั้นจะเน้นให้ครอบครัวได้สร้างระบบสนับสนุนทางสังคมที่นอกเหนือไปจากครอบครัวเดียว ควรให้การเสริมแรงทั้งในระหว่างบุคคลและระหว่างรุ่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเกิดความรับผิดชอบขึ้นมาได้อีกซ้ำ ๆ ซึ่งอาจจะกลับไปทำงานและทำหน้าที่ในสังคมได้โดยเริ่มจากการกำหนดภาระงานที่ชัดเจน (Task assignments) โดยเริ่มจากงานง่าย ๆ ในบ้าน เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ทิ้งขยะ และทำงานที่ยากขึ้น เช่น ทำอาหารเข้าครัว

ประธานเอง

สำรวจกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำขณะอยู่ในห้อง เมื่อทำงานในบ้านได้ตีญาติอาจจะพาผู้ป่วยไปกิจกรรมทางสังคมนอกบ้านได้

ระยะที่ 4 จะเริ่มขึ้นต่อเมื่อนักวิชาชีพและครอบครัวร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้ที่สุดเกี่ยวกับการปรับปรุงความสามารถของคนไข้และโครงสร้างของครอบครัว ในครอบครัวและคนไข้บางรายอาจต้องได้รับครอบครัวบำบัดอย่างเต็มที่ (intensive family therapy) เป็นเวลานานับสัปดาห์เพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี ครอบครัวบำบัดเช่นนี้อาจจะมีเนื้อหาเพิ่มเติมจากครอบครัวบำบัดตามธรรมดา เช่น มีการเพิ่มในเรื่องของการเผชิญหน้า การกระตุ้น การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวเพิ่มขึ้น เพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัญหาครอบครัวและความขัดแย้งที่แก้ไขไม่ได้ ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการปัญหาระหว่างพี่น้อง ปัญหาของคู่สมรสและเพิ่มความสามารถในการรวมบทบาทที่หลากหลายในครอบครัว เป็นต้น

Anderson, Hogarty และ Reiss ตั้งข้อสังเกตว่าในขั้นตอนแรก ๆ ของ กระบวนการ ครอบครัวสามารถพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาได้ โดยผ่านการแสดงตัวอย่างและข้อคิดเห็นจากพ่อแม่ของคนไข้หลาย ๆ ราย ที่ประสบปัญหาอย่างเดียวกัน นอกจากนั้นสิ่งที่พบว่าเป็นประโยชน์มากก็คือ การสร้างเครือข่ายที่พร้อมสนับสนุนกันและกัน โดยการที่มีความสัมพันธ์อย่างลึกซึ้ง (indepth contact) และการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวหลาย ๆ ครอบครัวที่ตกอยู่ในสถานการณ์เช่นเดียวกัน ตลอดจนการที่นักวิชาชีพเข้ามาร่วมปฏิสัมพันธ์อย่างเต็มที่ (intensive interaction) และการจัดทรัพยากรสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จากหลักฐานที่ปรากฏ ครอบครัวผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลืออย่างดีในเรื่องข้อมูลข่าวสารที่ตรง ชัดเจน และจริงจัง ตลอดจนเทคนิคการจัดการที่ปฏิบัติได้จริงจากนักวิชาชีพ

นอกจาก Anderson กับคณะแล้ว ยังมีนักวิจัยอีกหลายคนที่ใช้รูปแบบการให้การศึกษาทางจิตแก่ครอบครัวผู้ป่วย รายงานที่พบส่วนใหญ่ว่าประสบความสำเร็จ ตัวคนไข้และพ่อแม่ของคนไข้เองได้ให้ข้อสังเกตว่า

1. คนไข้และครอบครัวได้รับความพึงพอใจอย่างมาก ตลอดกระบวนการเรียนรู้
2. ครอบครัวได้มีความเข้าใจเพิ่มขึ้นในเรื่องของพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ทำให้เกิดปัญหา
3. การให้การศึกษาแก่ญาติ ครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้านของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคนี้เป็นการขจัดความเข้าใจผิด ๆ (myths) และขจัดการประทับตราแก่คนไข้
4. จากการเข้าร่วมโครงการนี้ นับเป็นครั้งแรกที่ครอบครัวมีโอกาสเรียนรู้และทำความเข้าใจในเรื่องภาพลวงตา และอาการประสาทหลอนที่ทำให้คนไข้มีความหวาดกลัว
5. คนไข้มีแนวโน้มที่จะแสดงการเปิดเผยตนเองได้ชัดเจนขึ้นกว่า เมื่ออยู่ในโรงพยาบาลหรือเป็นคนไข้นอก
6. คนไข้มีแนวโน้มที่จะเพิ่มความสามารถในการทนต่อความกดดันได้ดีขึ้นจนสามารถแจ้งแพทย์ในเรื่องการเพิ่มขนาดของยาที่เหมาะสมได้

นอกจากนั้น McGill กับคณะได้ทำแบบสอบถามถึงความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาหลังจากให้การศึกษาไป 3 เดือน และ 9 เดือนตามลำดับ พบว่าคนไข้และพ่อแม่ในโครงการนี้มี

ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ขณะที่คนไข้ที่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างเดี่ยวโดยไม่เข้าโครงการนี้จะไม่พบการเปลี่ยนแปลงแต่อย่างใด

งานวิจัยของ McGill กับคณะ และ Boyd McGill และ Falloon ได้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานช่วงละสัปดาห์นาน 3 เดือน ช่วงละ 2 สัปดาห์ นาน 6 เดือน และการติดตามผลในแต่ละเดือน เป็นเวลา 15 เดือน สำหรับงานของ Zelitch นั้น ใช้การให้การศึกษาทงจิตแก่พ่อแม่ผู้ป่วยครั้งละชั่วโมงครึ่งตลอด 8 สัปดาห์ ในโครงการของ Mclean กับคณะก็ทำกลุ่มให้การศึกษาทงจิตโดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลที่ได้จากรูปแบบต่าง ๆ เหล่านี้มีน่านาประการรวมทั้งการปรับปรุง การหน้าที่ทางสังคม การสร้างระบบการสนับสนุนทางสังคม สำหรับผู้ป่วยนอกและครอบครัวที่เป็นระบบมากขึ้น การช่วยให้พ่อแม่สามารถสวมบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ และช่วยให้คนไข้ปรับตัวเข้ากับชีวิตครอบครัวได้

รูปแบบการให้การศึกษาทงจิตของ Boyd, McGill และ Falloon ตลอดจนรูปแบบของ Zelitch ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการสมมนาปฏิบัติการต่างรูปแบบเหล่านี้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ เช่น การเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค การรักษาพยาบาล ทักษะการติดต่อสื่อสารและกลวิธีทางพฤติกรรม สัญญาณแสดงให้เห็นภาวะทรุดกลับของโรคอิทธิพลความกดดันของสิ่งแวดล้อม และความกดดันในครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วย ตลอดจนการค้นหัจจัยที่เป็นสมมุฐานของการเจ็บป่วย ในช่วงเวลาของการถาม-ตอบ ก็จะมีการใช้สื่อโสตทัศนูปกรณ์ต่าง ๆ แผ่นพับและเอกสารต่าง ๆ เป็นเครื่องมือในการศึกษาด้วย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย