



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง“ผลการใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน”ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากทฤษฎีและรวบรวมเอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำเสนอในเรื่องต่อไปนี้ คือ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการพยาบาล
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 1.2 สาเหตุ
 - 1.3 ลักษณะอาการ
 - 1.4 การรักษา
 - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. แนวคิดเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ
3. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและบทบาทของพยาบาลจิตเวช
 - 3.1 การจำแนกอาการเตือน
 - 3.2 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา
 - 3.3 การใช้ยาที่ถูกต้อง
 - 3.4 บทบาทพยาบาลจิตเวชเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
5. สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการพยาบาล

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รู้จักกันมานาน ในปี ค.ศ.1986 Emil Kraepelin ได้เริ่มจำแนกโรคทางจิตเวช และเรียกโรคจิตเภทว่า Dementia praecox เพราะเข้าใจว่าเป็น โรคสมองเสื่อมก่อนวัยอันควร ต่อมาใน ค.ศ. 1991 Eugen Bleuler จึงได้ตั้งชื่อโรคนี้ใหม่ว่า Schizophrenia และใช้คำนี้มาจนปัจจุบัน โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด จากอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทอยู่ระหว่าง 0.1-0.4 ต่อประชากร 1,000ราย (พิเชษฐ อุคมรัตน์, 2547) เป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตรา 1-5% ของจำนวนประชากร (Garry M.Vickar,M.D.,F.R.C.P.C., 2009) พบได้ทุกสังคม ทุกวัฒนธรรม ทุกศาสนา ทุกเพศ (Jablensky, 1987)โรคจิตเภทเกิดในทั้งเพศชายและหญิง (Tri-city community Mental Health Center, 2007, online) โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติทั้งทางด้าน ความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม (พิเชษฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) เป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปไม่หายขาด ทำให้มีการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่หลายๆด้าน เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การทำหน้าที่ทางสังคม (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) ผู้ป่วยร้อยละ 50-70 จะมีอาการและป่วยซ้ำได้อีกหลังจากการรักษาภายใน 1 ปี (Linstrom และBringefor, 2000) ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก (วัฒนารณ์ พิบูลธาลักษณ์, 2549)

ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามความหมายของ ICD -10 เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่นแต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะส่วนใด (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ ความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาวน์ปัญญา มักก็อยู่ แม้ว่าการสูญเสียของการรู้ (cognition) บ้างเมื่อป่วยนาน ICD -10 ได้บรรยายถึงอาการสำหรับการวินิจฉัยไว้เป็นข้อๆ และกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) เป็นโรคที่พบได้มากที่สุดอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช พบในประชากรทุกกลุ่ม ทุกสังคม ทุกวัฒนธรรมและทุกศาสนา จัดเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขเพราะมีอัตราการกลับป่วยซ้ำสูงเนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่ มักมีการดำเนินโรคเรื้อรังและกำเริบได้บ่อย (สุภาวดี บุญชู, 2551)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคจิตเภทมี 2 เกณฑ์ ได้แก่ เกณฑ์ของสมาคมจิตเภทอเมริกัน (DSM –IV- TR) และ เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD -10) โดยทั้งสองเกณฑ์นี้มีความคล้ายคลึงกันในการวินิจฉัยโรคจิตเภทคือ ผู้ป่วยต้องมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้อารมณ์ และพฤติกรรมที่เห็นได้ชัดเจนอย่างน้อยหนึ่งเดือนขึ้นไป โดยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการและอาการหลงผิดที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะแปลกประหลาดไม่เหมาะสม (สุภาวดี บุญชู, 2551) แต่ก็ยังมีบางส่วนที่แตกต่างกันบ้างนอกจากการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยที่อาจแตกต่างกันได้แล้ว ยังตระหนักด้วยว่าอาการของคนไข้แต่ละอาการ อาจมีความหมายแตกต่างกันออกไปตามวัฒนธรรมและศาสนา (อดิญา โพธิ์ศรี, 2551) การแบ่งกลุ่มย่อย การจัดกลุ่มย่อยนั้นพิจารณาจากอาการที่แสดงออกมาเด่นชัดในช่วงเวลาหลังสุดที่ได้ประเมินอาการ เนื่องจากอาการของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ตามระยะเวลาที่เป็น ดังนั้น กลุ่มย่อยของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอาจเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ตามเกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM – IV โรคจิตเภทแบ่งออกตามลักษณะอาการทางคลินิกได้ออกเป็น 5 กลุ่ม คือกลุ่ม Paranoid เป็น โรคจิตเภทที่พบมากที่สุด โดยมีลักษณะสำคัญคือ หมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดตั้งแต่หนึ่งเรื่องขึ้นไป หรือมีอาการหูแว่วเกิดขึ้นบ่อยๆและไม่มีอาการต่อไปนี้เป็นอาการเด่น เช่น อาการพูดจาสับสน พฤติกรรมวุ่นวาย โรคจิตเภทกลุ่มย่อย Paranoid นี้ ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกในขณะที่ยุ่ก่อนข้างมากกว่ากลุ่มย่อยอื่นๆมาก โดยเฉพาะในแง่ของการทำงานและการเข้าสังคม

1) กลุ่ม Disorganized (Hebephrenic) มีลักษณะอาการสำคัญคือ ความคิดกระจัด กระจายไม่เป็นไปในทางเดียวกัน มีการแสดงออกทางคำพูดหรือท่าทาง เช่นพูดจาสับสน พฤติกรรมวุ่นวายไม่เป็นเรื่องเป็นราว การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ระยะอาการของโรคครั้งแรกผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต่ำกว่ากลุ่ม Paranoid โดยจะมีอายุระหว่าง 15 ปีถึง 25 ปี ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มนี้มักมีอาการอยู่ตลอด

2) กลุ่ม Catatonic ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มนี้เดิมเคยพบบ่อย อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนี้พบกลุ่มนี้ได้ไม่มากนักเนื่องจากรักษาด้วยยาช่วงหลังมีประสิทธิภาพมากขึ้น อาการเด่นของกลุ่มนี้คือ การรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างมาก ร่วมกับการเคลื่อนไหวทางร่างกายลดลง (Catatonic stupor) มีการซัดขึ้นต่อคำสั่งทุกคำ ต้องได้รับการประเมินอาการอย่างละเอียด เนื่องจากอาการนี้พบได้ในโรคทางจิตเวชกลุ่มอื่นๆและโรคทางกายอีกหลายๆโรค

3) กลุ่ม Undifferentiated ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าตามเกณฑ์ในข้อ A. ของ DSM – IV แต่จะมีลักษณะอาการต่างๆไม่เข้าเกณฑ์สำหรับกลุ่ม Paranoid, disorganized หรือ catatonic บางครั้งแพทย์อาจติดตามอาการของผู้ป่วยในระยะหนึ่ง อาจเห็นอาการได้ชัดเจนขึ้นว่าอาการของผู้ป่วยน่าจะอยู่กับกลุ่มย่อยอื่นๆ

4) กลุ่ม Residual ผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีอย่างน้อยหนึ่งครั้งที่มีอาการ โรคจิตครบตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเภทของ DSM – IV และในปัจจุบันไม่มีอาการ โรคจิตให้เห็นชัดเจนแล้ว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ เช่น มีอาการในกลุ่มอาการด้านลบหรือมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A. ใน DSM – IV อยู่สองอาการหรือมากกว่า แต่อาการไม่รุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีอาการเช่นนี้ไปเรื่อยๆหลายปีหรือ อาจเป็นแค่ระยะหนึ่ง โดยที่อาการอยู่ในช่วงคาบเกี่ยวระหว่างอาการกำเริบที่รุนแรงกับช่วงที่อาการสงบ

1.2 สาเหตุ

ปัจจุบันยึดตามหลักทฤษฎี Stress diathesis model หมายถึง คนที่ป่วยเป็นจิตเภทนั้นมีแนวโน้มทางชีววิทยาที่จะป่วยเป็นจิตเภทอยู่แล้วเมื่อมาพบกับความเครียดต่างๆซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยทางชีววิทยา กรรมพันธุ์ จิตวิทยา สังคมหรือสิ่งแวดล้อม ก็มีโอกาสดังกล่าวได้ โดยแบ่งสาเหตุการเกิดโรคดังนี้ (ปราชญ์ บุญวงศ์โรจน์และคณะ, 2547)

1.2.1 สาเหตุทางร่างกาย (Biological factors) แบ่งเป็น

1) สาเหตุที่เกิดจากการที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนต่างๆ ได้แก่

1.1) Limbic system มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สมาธิ การแสดงออกทางอารมณ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.2) Frontal cortex มีหน้าที่เกี่ยวกับควบคุมการเคลื่อนไหว ความตั้งใจสติปัญญาขั้นสูง เช่น การวางแผนแก้ปัญหา

1.3) Basal ganglia มีหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหวทำงานร่วมกับ Cerebellum Frontal cortex และ Thalamus ในการควบคุมความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การประมาณการเคลื่อนไหวให้เป็นไปอย่างราบเรียบ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาค้นพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระดับ monoamine oxidase ต่ำใน blood platelet แต่ไม่เป็นที่ยืนยันแน่ชัด จากการศึกษาค้นคว้าด้านกายวิภาคของผู้ป่วยจิตเภทด้วย CT scan บางรายพบว่ามี การขยายของ lateral ventricles บางรายพบว่ามี ปริมาณของ salcal fluid volume เพิ่มขึ้น บางรายพบว่ามี การฝ่อของ anterior vermis ของ cerebellum ซึ่งยังไม่มีการยืนยันที่แน่นอน เหมือนโรคทางกายอื่นๆ

2) สารเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) (เพชรี คันธสาขบัว, 2544) โดยมีสมมุติฐานการเกิดโรคดังนี้

2.1) สมมุติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการในโรคจิตเภทเนื่องจากยา chlorpromazine และยารักษาโรคจิตตัวอื่นๆ ลดการทำงานของโดปามีน ยาที่มีผลลดการทำงานของโดปามีนทุกตัวสามารถลดอาการทางบวกของโรคจิตเภท

นอกจากนี้ยังพบว่ายาที่เป็น dopamine agonists และ amphetamine ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วย แผลง สมมุติฐานเหล่านี้ทำให้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของระบบประสาทว่าการหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการทางบวก แต่สำหรับการเกิดอาการทางลบแล้วพบว่า อาจเกี่ยวข้องกับการทำงานที่ลดลงของโดปามีนในสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) นอกจากอาการทางด้านลบแล้วการทำงานของโดปามีนจะทำให้ความสามารถในการเรียนรู้และความจำลดลง

2.2) สมมุติฐานซีโรโทนิน (Serotonin hypothesis) ซีโรโทนินมีบทบาทในการเกิดโรค จิตเภทโดยพบว่า serotonin receptor มีจำนวนมากในสมองส่วน neocortical areas และยาที่มีผลกระตุ้น receptor เหล่านี้จะมีผลยับยั้ง dopamine receptor และยับยั้งการหลั่งโดปามีนซึ่งทำให้เกิดอาการด้านลบได้

3) กรรมพันธุ์ การศึกษาพันธุกรรมของโรคจิตเภทพบว่า ญาติ (บิดามารดา พี่น้อง บุตร) เป็นโรคนี้อัตราร้อยละ 7-16 คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 70-90 ส่วนคู่ที่เกิดจากไข่คนละใบ มีโอกาสเป็นโรคนี้อัตราร้อยละ 14

1.2.2.สาเหตุทางจิตวิทยาและสังคม (Psychosocial factors)

1) ปัจจัยทางครอบครัว มีทฤษฎีกล่าวว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion:HHE) จะมีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีลักษณะการสื่อสารดังนี้ Criticism ดำหนิติเตียน วิพากษ์วิจารณ์ มีความเกลียดชัง ไม่เป็นมิตร Over involvement ควบคุมผู้ป่วยและทำเหมือนกับว่าผู้ป่วยเป็นทารก (สุชาติ พหลภคย์, 2547)

2) ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเกิดจากบุคคลไม่สามารถจัดการตนเองและแรงขับที่เกิดจากแรงดันภายในที่เรียกว่าสัญชาตญาณเป็นผลให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของตนทางจิตใจร่วมกับการใช้กลไกทางจิตชนิดที่ไม่ช่วยแก้ไขปัญหา เช่น projection, denial หรือ regression จากสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ (Talor, 1994) นอกจากนี้การที่บุคคลเติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ครอบครัวมีการสื่อสารไม่สม่ำเสมอ ไม่คงเส้นคงวา ไม่ตรงไปตรงมาหรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่ สร้างความสับสนให้กับครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเติบโตทำให้เด็กมีความยุ่งยากในการแยกแยะความจริง เกิดความไม่ไว้วางใจและมีท่าทางระมัดระวังขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น รวมถึงบุคคลที่เกิดมาในครอบครัวที่มีผู้เลี้ยงดูหรือบิดามารดามีปัญหาสุขภาพจิต เช่น บุคลิกภาพแปรปรวน ดุด่า ดุดุรา เชื่อว่ามีผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองร่างกายและจิตใจ (จิราพร รักการ, 2549)

3) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic factors) เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท จากการศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี มีสองความคิด คือ เชื่อว่ากลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและระดับเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่มีคนแย้งว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วก็จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง (จิราพร รักษการ, 2549)

จากสาเหตุดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะมีบุคลิกภาพ โน้มเอียงไปในทางที่จะเจ็บป่วยอยู่แล้วคือ ไม่ชอบเข้าสังคม พูดน้อย เก็บตัว ไม่มีเพื่อน ไม่ไวใจบุคคลอื่น หวาดระแวง และอารมณ์แปรปรวนง่าย (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536) และจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมและครอบครัวอย่างมาก โดยทั่วไปผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการนานไม่เกิน 2 ปี มีโอกาสรักษาให้ดีขึ้น แต่โอกาสที่จะกลับเป็นซ้ำก็มีเช่นกัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

ระบาดวิทยา

อุบัติการณ์อยู่ระหว่าง 0.1-0.4 ต่อประชากร 1,000 ราย (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547) ข้อมูลจากการศึกษาความชุกของ Keith SJ และคณะสำรวจความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.1990-1992 ได้มีการศึกษา National Comorbidity Survey (NCS) โดยสัมภาษณ์ประชากร 8,098 ราย พบว่า ความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตที่ไม่ใช่โรคจิตทางอารมณ์ (nonaffective psychosis) เท่ากับร้อยละ 0.7 ส่วนในประเทศอังกฤษได้มีการศึกษาเมื่อเดือนเมษายนและกันยายนปีค.ศ.1993 ก็พบว่าความชุกในช่วง 6 เดือนของโรคจิตที่ไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพทางร่างกาย (functional psychosis) ในคนอายุ 16-64 ปีที่อาศัยอยู่ในบ้านของตัวเอง มีความชุกเพียงร้อยละ 0.4 เท่านั้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) โรคจิตเภทเกิดในทั้งเพศชายและหญิง (Tri-city community Mental Health Center, 2007, online)

1.3 ลักษณะอาการ

ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) และกลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) อาการด้านบวกมักพบในระยะที่มีอาการกำเริบ จะแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม อาการที่พบบ่อยคือ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ส่วนอาการด้านลบมักพบในระยะหลังของโรค เช่นอาการแยกตัว ไม่สนใจตนเอง (มานิช หล่อตระกูล, 2544)

กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม สามารถเกิดขึ้นในช่วงใดของโรคก็ได้ ตั้งแต่ช่วงระยะอาการนำไปจนถึงช่วงที่มีอาการ โรคจิตระยะเฉียบพลันและช่วงระยะหลงเหลืออาการ อาการบวกได้แก่

อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมแปลกประหลาด (พิเชษฐ อุคมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) แนวคิดของ Jacksonian ถือว่ากลุ่มอาการลบเป็นการลดลงของหน้าที่ปกติ เช่นการลดลงของพลังงานและแรงจูงใจ และการลดลงของการแสดงออกทางอารมณ์ อาการลบเหล่านี้พบได้บ่อยและเป็นอาการซึ่งคงอยู่นาน อาจเกิดได้ตั้งแต่ช่วงระยะอาการนำของโรคจิตเภท โดยอาการนี้อาจจะนำมานานก่อนที่จะมีอาการ โรคจิต (พิเชษฐ อุคมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) อาการด้านลบได้แก่ พุดน้อย ใช้เวลาคิดนานก่อนตอบ การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง สีหน้าเฉยเมย ไม่สบตาคู่สนทนา ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546)

จำแนกอาการที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทไว้ 8 กลุ่มดังนี้

1) บกพร่องในรูปแบบของความคิด (Disturbances in form of thought) เช่น มีกระแสคำพูดไม่ต่อเนื่อง ข้อความขาดความสัมพันธ์กัน (looseness of associations) ทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้พูดพูด ข้อความที่พูดขาดคุณภาพและมีการใช้หลักภาษาผิด (poverty of content) หรือบางครั้งมีการใช้ภาษาที่แปลกๆ ไม่ใช่ภาษาพูดที่บุคคลใช้ในการสื่อสารกัน โดยทั่วไป (neologisms) และอาจพบผู้ป่วยมีการใช้คำพูดบางคำซ้ำๆหรือเป็นความคิดเดิมๆ (preservation) ร่วมกับการหยุดพูดไปกระตันหัน (blocking) เหมือนนึกไม่ออกว่าจะพูดอะไรต่อไป

2) บกพร่องในเนื้อหาของความคิด (Disturbances in content of thought) ข้อมูลส่วนนี้ประเมินจากเนื้อหาที่ผู้ป่วยพูดออกมา มีเนื้อหาที่แสดงถึงความนึกคิดที่หลงผิด (delusion) ความคิดหลงผิดทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจในสิ่งต่างๆตามจริง (lack of insight)

3) บกพร่องในด้านการรับรู้ (Disturbances in perception) เป็นอาการสำคัญที่บ่งชี้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ที่ผิดปกติหรือที่เรียกว่าอาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้สิ่งต่างๆ โดยไม่มีสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งต่างจากการแปลผล (illusion) เพราะการแปลผล มีสิ่งเร้าจริงแต่ผู้ป่วยแปลหรือเห็นเป็นอย่างอื่น เช่น ผู้ป่วยเห็นสายน้ำเกลือแล้วบอกว่าเป็นงูมาพันอยู่ที่ข้อมือ การรับรู้ผิดปกติพบได้ทางระบบประสาทการรับรู้ทั้ง 5 ระบบได้แก่

3.1) ระบบการรับเสียง ผู้ป่วยบอกว่าได้ยินเสียงคนมาเรียก เสียงคนมาด่าว่า เรียกว่าอาการประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination) เป็นอาการทางจิตที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภท

3.2) ระบบการรับภาพ ผู้ป่วยบอกว่าหรือทำท่าที่เห็นว่าเห็นภาพบางอย่าง โดยไม่มีภาพจริงๆเรียกว่าประสาทหลอนทางตา (Visual hallucination)

3.3) ระบบรับความรู้สึกทางผิวหนัง ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีบางสิ่งบางอย่าง เช่น แมลงตัวเล็กๆมาเดินไต่อยู่ตามตัวหรือตามผิวหนัง เรียกว่าประสาทหลอนทางผิวหนัง (tactile hallucination)

3.4) ระบบการรับกลิ่น ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าได้กลิ่นบางอย่าง ส่วนมากเป็นกลิ่นแปลกๆ ที่ไม่เคยได้กลิ่นมาก่อน เรียกว่าประสาทหลอนทางกลิ่น (olfactory hallucination)

3.5) ระบบการรับรส ผู้ป่วยรู้สึกว่าลิ้นของตัวเองได้รับรสแปลกๆ ส่วนมากเป็นรสที่ตนเองไม่พอใจ เรียกว่าประสาทหลอนทางการรับรส (Gustatory hallucination)

4) การบกพร่องในด้านอารมณ์ (Disturbances in affect) มีการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับเหตุการณ์ (inappropriate affect) มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมา มาก (labile) ไม่แสดงออกของอารมณ์ ไม่แสดงความรู้สึก สีหน้าเรียบเฉย (blunt หรือ flat affect) หรือมีอาการไร้อารมณ์ (apathy)

ข้อควรระวังในการรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้ คือ ต้องแยกแยะระหว่างอาการที่เกิดขึ้นจริงกับอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา Neuroleptic เพราะยาในกลุ่มนี้มีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยมีท่าทีเฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ (masked face) และเดินตัวแข็งๆ

5) บกพร่องในการรับรู้ตนเอง (Disturbances in sense of self) หรือสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (loss of ego boundaries) ผู้ป่วยจะแสดงให้เห็นจากการกระทำที่ไม่เหมาะสมหรือแปลก การแก้ปัญหาต่างๆของผู้ป่วยไม่อาจทำนายได้ ผู้ป่วยทำกริยาเหมือนเอกลักษณ์ต่างๆของผู้อื่นที่อยู่รอบตัวมาผสมรวมเป็นกริยาของตนเอง ในบางครั้งผู้ป่วยอาจพูดบางสิ่งๆที่เหมือนว่าผู้ป่วยเป็นอีกคนหนึ่งที่ไม่ใช่คนเดิม (depersonalization) โดยตัวผู้ป่วยก็ไม่เข้าใจและไม่รู้ตัวเหมือนผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในความเป็นจริง

6) บกพร่องในการเสริมสร้างกำลังใจ (Disturbances in volition) ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างไม่เป้าหมาย ไม่กระตือรือร้น ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังผลักดัน ไม่รู้ว่าแต่ละวันควรทำหรือต้องทำอะไรบ้าง อาการเหล่านี้มีผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ในการทำงานและการจัดสรรเวลาสำหรับกิจกรรมสันทนาการต่างๆ อาการเหล่านี้เกิดร่วมกับความรู้สึกที่เรียกว่าสองจิตสองใจ (ambivalence) ในลักษณะเข้าไปเผชิญหรือหลีกเลี่ยง (approach avoidance) มีความรู้สึกสองอย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน มีผลให้ผู้ป่วยสับสนตัดสินใจไม่ได้ ไม่รู้ว่าควรทำอะไร

7) บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพ (Disturbances in relationship) ผู้ป่วยจะค่อยๆสูญเสียความสนใจต่อสิ่งต่างๆรอบตัว ความรู้สึกโดดเดี่ยวทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว (withdrawal) โดยแยกตัวออกจากสังคมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สร้างโลกขึ้นมาเองในจินตนาการ ตอบสนองความต้องการทางจิตใจให้ตนเองด้วยความฝันหรือจินตนาการ (fantasy) เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยจะยิ่งปรับตัวเข้ากับผู้ป่วยยากและมีความคิดแบบ autistic คือคิดหรือกำหนดสิ่งต่างๆด้วยตนเอง โดยไม่สนใจต่อกฎเกณฑ์หรือความเป็นจริงในสังคมรอบตัว

8) บกพร่องในด้านการเคลื่อนไหว (Disturbances in motor behavior) อาจเป็นแบบเคลื่อนไหวหรือมีการกระทำมาก (overactivity) และแบบไม่ยอมเคลื่อนไหวหรือไม่ต้องการทำ

อะไร (inactivity) มีการกระทำทางเสรีเมแปลกๆ (bizarre mennerisms) บางรายตื่นตื่นก้าวร้าว (aggressive) บางรายนั่งเฉยๆ โยกตัวไปมาเป็นจังหวะ (pacing and rocking)

การดำเนินโรค ลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 3 ระยะ (American Psychiatric Association, 1994) คือ

1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ สัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานแย่ง เก็บตัว ละเลยเรื่องสุขภาพอนามัยหรือการแต่งกาย ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน

2) ระยะแสดงอาการชัดเจน (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิต ส่วนใหญ่มีอาการด้านบวก คืออาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร อารมณ์และพฤติกรรม การเคลื่อนไหว

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายระยะเริ่มมีอาการหรืออาจเสื่อมลงมากกว่าแต่อาการไม่รุนแรงเท่าระยะแสดงอาการชัดเจน มักมีการป่วยซ้ำระหว่าง 5 ปีแรก หลังการวินิจฉัยโรคเมื่อมีความกดดันทางจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงที่พบก่อนการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับ ผิดปกติ แยกตัว วิตกกังวล

ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่านและมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้งและแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (บังเอิญ ทองสมนึก, 2551)

1.4 การรักษา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกัน การรักษาจึงต้องใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกัน เพื่อจะช่วยให้ผลการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และแต่ละวิธีจะมีส่วนช่วยรักษาและเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคโดยกลไกที่ต่างกัน (เสวิกุล จำสนอง, 2546)

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลกรณีต่อไปนี้ (มานิช หล่อตระกูล, 2548)

- ผู้อื่น
- 1) มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
 - 2) มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
 - 3) ควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
 - 4) มีปัญหาในการวินิจฉัย
 - 5) การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัว
- ลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆที่มีปัญหานอกเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 เดือน

1.4.2 การรักษาคับขย การรักษาคับขยรักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ ส่วนใหญ่ปัญหาจากการขาดยา (มาโนช หล่อตระกูล และ ประโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

การรักษานั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง

1) ระยะเวลาควบคุมอาการ (Acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (Sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการของโรคจิตของยานั้น ต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไปคือ chlorpromazine 300-500 มก./วัน หรือ haloperidol 6-10มก./วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการรุนแรงมาก อาจให้ benzodiazepine ขนาดสูงร่วมไปด้วย หากหลังจาก 2 สัปดาห์แล้วอาการโรคจิตยังไม่ดีขึ้นจึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา

2) ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้ว (Stabilization phase) ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน การลดขนาดเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้ อาจทำให้อาการกำเริบได้

3) ระยะเวลาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อยๆลดขนาดจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยาที่ใช้โดยเฉลี่ยประมาณ 100 - 300 มก.ของ chlorpromazine ต่อวัน ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา อาจใช้ยาชนิดประเภท long acting ระยะเวลาในการรักษานั้น ส่วนใหญ่ที่เห็นว่าที่เห็นว่าเป็นผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้น หลังจากอาการของโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาไปตลอด

1.4.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ไม่ได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วย การรักษาด้วยไฟฟ้าจะนำมาใช้เมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีอาการเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (catatonia) ผู้ป่วยไม่รับประทานอาหารและน้ำ และกรณีที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสารสื่อประสาทเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา วิธีการรักษา ผู้รักษาจะวางขั้วไฟฟ้าลงบนขมับทั้งสองข้างของผู้ป่วยแล้วจึงปล่อยกระแสไฟขนาดต่ำพอที่จะทำให้ผู้ป่วยชักได้ เป็นเวลาอย่างน้อย 25-30วินาที การรักษาจะทำประมาณ 6-12 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1-2 วัน ในระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน พบได้บ่อยใน 1-2 ชั่วโมงหลังการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545)

1.4.4 การรักษาทางจิตสังคม

1) จิตบำบัดแบบประคับประคอง อาจเป็นการรักษาจิตบำบัดแบบรายบุคคล (Individual Psychotherapy) หรือจิตบำบัดแบบกลุ่ม (Group Psychotherapy) เพื่อประคับประคองให้กำลังใจและดำเนินการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2) พฤติกรรมบำบัดเพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยการให้แรงจูงใจเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสม แนะนำแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

3) ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์เพื่อให้การทำหน้าที่ครอบครัวดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจในการทำกิจกรรมใดๆ รวมทั้งขาดมนุษยสัมพันธ์ แยกตัวอยู่ตามลำพัง ดังนั้นจึงเป็นภาระของครอบครัวอย่างมากและมักก่อให้เกิดปฏิกิริยาที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลเกิดความเครียดและเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล ดังนั้นในการทำครอบครัวบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ความคับข้องใจและปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เพื่อช่วยให้ครอบครัวคลายความเครียดและมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

4) กลุ่มบำบัดเป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึก มีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ปัญหา ให้คำแนะนำแก่กันเป็นการฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

5) นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยส่งเสริมการรักษาประกอบด้วย การทำกิจกรรมต่างๆ การจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองแก่ผู้ป่วย (จุฬาลักษณ์ ชำของ, 2547)

6) สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นกลวิธีการรักษาชนิดหนึ่งที่ไม่ใช่ยาแต่เป็นการให้ข้อมูลชนิดการสอนที่มีโครงสร้างชัดเจนและเป็นระบบ โดยข้อมูลที่ให้เป็นรายละเอียด

เกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งรวมทั้งประเด็นทางอารมณ์ด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการ สอนสุขภาพจิตศึกษาสามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นได้ (พิเชฐ อุคมรัตน์, 2552)

ในการดูแลและรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องผสมผสานการรักษาที่มีหลายๆวิธีเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการทางด้านลบ ในส่วนการดูแลรักษาควรเน้นกิจกรรมด้านจิตสังคม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ (อติญา โพธิ์ศรี, 2551) ซึ่งการดูแลรักษาในปัจจุบันมุ่งเน้นที่ การจัดการกับสาเหตุ โดยให้ผู้ป่วยคงอาการในภาวะปกติมากที่สุดด้วยการรักษาด้วยยา ร่วมกับการ บำบัดทางจิต (วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2549)

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.5.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภททั่วไป

ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ครอบครัวและชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและ สังคมโดยรวม หรือที่เรียกว่า การพยาบาลองค์รวม

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย ควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือการทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความสนใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้วยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคลครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วยคือการช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู (Recover or

Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวิถีภาวะทางอารมณ์ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้

1) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติพยาบาลคือ

2) พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (commitment) ต่อการปฏิบัติพยาบาลเป็นเบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสิ่งสำคัญ (compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรมชาติ เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (conscience)

3) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์การเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบายและสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักตนเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิ เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้ และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ (Therapeutic Relationship) พยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกลงในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติพยาบาลอย่างเต็มขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้

- 1) วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการและองค์ความรู้ทางการพยาบาล
- 2) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ
- 3) กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการและครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริหารการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้
- 4) ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆที่ตามมา
- 5) ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคูณค่าของผลลัพธ์อื่นๆที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือการมีสุขภาพที่ดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข สิ่งสำคัญของการพยาบาลคือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทุกคน ในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้าน กาย จิต สังคมและวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกัน ไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท คือ

- 1) บทบาทผู้เล็งดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไขและมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน
- 2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย
- 3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัด โอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆ เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทาน หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล ในสังคมที่บ้านและชุมชน
- 4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับ

ความรู้สึกต่อตนเองใหม่ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) ผู้ให้ความรู้ / ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครูหรือผู้สอน ให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างถาวร

6) ผู้ชำนาญทางคลินิก พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อ มีปัญหาเฉพาะอย่าง

การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล จะต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยใน ด้านต่างๆกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากปัญหาที่ได้จากการประเมิน จำแนก ปัญหาที่ได้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้มีระยะสั้นหรือระยะยาว และเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลา ในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อนหลังของปัญหา การวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

1) ประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่างๆของผู้ป่วยประเมินความ คิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่วไปของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

2) การวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลจะแม่นยำตรงแค่ไหน ขึ้นอยู่กับความ ถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็น แนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปการวินิจฉัย ทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการ โดยทั่วไปของ ผู้ป่วยจิตเภท

3) การวางแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้น และ แผนการพยาบาลระยะยาว ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลบางข้อจำเป็นและต้องแก้ไขในเวลา อันสั้น ปัญหาบางปัญหาต้องใช้เวลา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการพยาบาลเป็นแผนระยะ สั้นและแผนระยะยาว เพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

4) การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาใน โรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความ

ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและคนอื่นๆในชุมชน การมี Clinical pathway จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้น สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

5) การประเมินผลการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีต่อเนื่องจากปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ ตัวอย่างเช่น ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ปัญหานี้ควรได้มีการแก้ไขก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่าย ถ้าสาเหตุของปัญหาเกิดจากความไม่สมดุลทางด้านชีวเคมีในร่างกาย ภายหลังจากการได้รับยารักษาในระยะหนึ่ง ภาวะประสาทหลอนควรหมดไป การรับรู้ผิดๆที่ปรากฏให้เห็นได้ด้วยอาการประสาทหลอนควรลดลง มีน้อยครั้งลง และไม่มีอาการประสาทหลอนในที่สุด

กล่าวโดยสรุปว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และด้านต่างๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกๆด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ ในสังคม สิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยควรได้รับ ทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวัง และการเพิ่มเติมเทคนิคที่เหมาะสมในการดูแล

2) การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา เป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวยุติเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย หรือครอบครัวยุติไม่สามารถทำหน้าที่ได้ สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วมคือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วย การสนับสนุนความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

3) การเป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว พัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีคิดความรู้สึกลดตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

4) การเป็นผู้ประสานประโยชน์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมงานสุขภาพและเป็นผู้ประสานกับแหล่งทรัพยากรในชุมชน เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว

5) การเป็นผู้แทนสังคม เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว พัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสม เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมทั้งในครอบครัวหรือสังคม

6) การเป็นผู้ชำนาญการทางเทคนิค เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปรึกษาประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหา

1.5.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมชุมชนได้อย่างมีความสุข โดยมีรูปแบบการพยาบาล ดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคลซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพสามารถปฏิบัติได้หลายรูปแบบ โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม บทบาทของพยาบาลในการดูแลมีดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1.1) ด้านการปฏิบัติกรพยาบาลให้การพยาบาลโดยตรงโดยการประเมินภาวะสุขภาพคัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดระบบการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคนสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ ประสานงานกับพยาบาลแพทย์บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมปรึกษาวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย

1.2) ด้านบริหารจัดการ ให้การดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานเป็นทีม เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นตัวแทนของผู้ป่วย ในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

1.3) ด้านการให้ความรู้โดยทำหน้าที่ในการให้ความรู้สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว ทักษะชีวิต การให้ความรู้และแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

1.4) ด้านการเป็นที่ปรึกษา เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตสำหรับครอบครัวผู้ป่วย และแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการ

1.5) ด้านการวิจัยพยาบาลต้องติดตามงานวิจัยใหม่ๆที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาลนำมาปรับใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจะต้องทำการวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผล การวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

1.6) จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษารอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

1.7) บทบาทของผู้บำบัด โดยวิธีทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งวิธีการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัดพัฒนาความเข้าใจในครอบครัวซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัด

2) การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

พยาบาลจิตเวชเมื่อมาปฏิบัติงานในชุมชน เป็นพยาบาลจิตเวชชุมชน ย่อมมีบทบาทแตกต่างเพิ่มเติมจากบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่เดิมในโรงพยาบาลจิตเวช กิจกรรมการพยาบาลมักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช เป็นรายบุคคลและเป็นรายกลุ่ม แต่ในการปฏิบัติงานในชุมชน บริการให้กับคนหลายลักษณะ ทั้งที่เป็นผู้ป่วย เป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและประชาชนทั่วไป พยาบาลจะต้องประสานร่วมงานกับบุคลากรหลายอาชีพ ไม่เฉพาะทีมจิตเวชเท่านั้น เพราะเหตุผลนี้ความรู้ความสามารถของพยาบาลจิตเวช จึงควรจะเหนือกว่าพยาบาลจิตเวชทั่วไป หรือจัดเป็นผู้ชำนาญเฉพาะ (Specialis)

บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน

1) บทบาทของผู้บำบัดขั้นต้น (Primary Therapist) หมายถึงการให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยซึ่งมีอาการไม่รุนแรงและไม่ซับซ้อน หรือเป็นการบำบัดเพื่อการส่งต่อผู้ที่มีความชำนาญมากกว่า โดยใช้รูปแบบการบำบัดอย่างย่อ (Short term therapy)

2) บทบาทของผู้บริหารเรื่องยา (Drug Administrator) นอกจากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชนับได้ว่าเป็นเป็นผู้รับการศึกษาอบรมเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่นในทีมจิตเวช ความจริงในงานนี้ไม่ได้ช่วยให้พยาบาลดีขึ้นในแง่วิชาชีพ แต่เท่าที่ผ่านมา จะพบว่าเป็นงานซึ่งพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ให้เวลามากกว่าการพยาบาลอื่นๆ และบางครั้งละเลยการให้การพยาบาลบางชนิดที่พยาบาลควรตัดสินใจทำด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาสงบจิต (Tranquilizer) ให้ผลดีอย่างมากแก่ผู้ป่วยทางจิต และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ดังนั้นในปัจจุบันพยาบาลจิตเวชอาจได้รับมอบหมายให้รับหน้าที่มากกว่าเดิม และอาจเป็นที่ปรึกษาของบุคลากรอื่น ที่ยังขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ในเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วยจิตเวช

1) บทบาทนักวิชาการสุขภาพจิต (Mental Health Educator) พยาบาลจิตเวชถูกจัดให้เป็นผู้รอบรู้เรื่องสุขภาพจิต จึงเป็นผู้ที่จะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและประชาชนทั่วไปในชุมชน ด้วยเทคนิคต่างๆทางการพยาบาลจิตเวช

2) บทบาทของผู้แทนหน่วยงานสุขภาพจิต (Mental Health Community Worker) เมื่อองค์กร หน่วยงานในชุมชน มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหา

ทางจิตเวช พยาบาลควรให้ความร่วมมือ ประสานประโยชน์ โดยทำหน้าที่เสมือนตัวแทนจากหน่วยบริการสุขภาพจิต

3) บทบาทของผู้บริหารงานสุขภาพจิต (Mental Health Administrator) พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ควรมีบทบาทในระดับของผู้วางแผนและกำหนดนโยบาย โดยมีความสามารถวิเคราะห์ ประเมินปัญหา กำหนดจัดลำดับความสำคัญและแผนการแก้ปัญหา จะต้องรู้จักกำหนดการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ที่มีการควบคุมและดำรงไว้ซึ่งบรรยากาศของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

4) บทบาทผู้นิเทศและผู้ให้คำปรึกษา (Supervisor and Consultant) พยาบาลจิตเวช มีหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การสนับสนุน ประคับประคอง สอนบุคลากรอื่นให้เข้าใจงานของจิตเวชชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามทิศทางที่มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน ทั้งในรูปแบบการให้คำแนะนำและช่วยปฏิบัติ เมื่อปัญหาทางสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชยุ่งยากเกินความสามารถของพยาบาลทั่วไป

5) บทบาทพยาบาลจิตเวชในสถาบัน (Role of Psychiatric Nurse) พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นพยาบาลจิตเวชในสถาบันอีกบทบาทหนึ่งที่จะต้องรับในบางสถานการณ์ที่พยาบาลจิตเวชจะต้องลงมือปฏิบัติ โดยเฉพาะในบางปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน

1.5.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ความเป็นมาของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้าน คือ การให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้เจ็บป่วยที่บ้าน ร่วมกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่จะช่วยให้เกิดภาวะสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ลักษณะของการให้บริการประกอบด้วยการสอน แนะนำความรู้ การฝึกหัดการปฏิบัติในเรื่องการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันจึงมีความพยายามในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาใช้ โดยมีความเชื่อว่า หากเราทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถปรับตัวอยู่กับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของเขาได้ จะถือว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งเป็นผลมาจากพื้นฐานของการเข้าใจ การยอมรับและสัมพันธ์ภาพที่ดีทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพจิตเป็นผู้ประสานความรู้ ความเข้าใจและให้คำปรึกษา

ความหมายและความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งจัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เพื่อรักษาพยาบาล ป้องกันและควบคุม รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันความพิการและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมการสอน การแนะนำ ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน (Rovinski & Zostockl, 1989 อ้างถึงในอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกันและเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุน การช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและมีคุณค่าต่อสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีความสำคัญยิ่งด้วยเหตุผลดังนี้

1) เป็นการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านอย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านบุคคลและเทคนิคการดูแล มีการผสมผสานเทคนิควิธีการวิทยาศาสตร์ให้สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีพยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพระดับวิชาชีพเป็นผู้นำการปฏิบัติ

2) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการปรับตัวกับบุคคลในครอบครัวและในชุมชนจากการติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษาหลายครั้งพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนหายดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้แล้ว เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเดิม สิ่งแวดล้อมเดิม พฤติกรรมของคนในครอบครัวเช่นเดิม ในเวลาไม่นานผู้ป่วยก็ต้องกลับมารักษาซ้ำอีก

3) การรักษาทางจิตเวชผู้ป่วยจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากญาติเป็นสิ่งจำเป็น เช่นการรับประทานยา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมักเกิดจากขาดยาเป็นประจำ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมักจะรีบหยุดยาเองเร็วเกินไป จนทำให้อาการกำเริบขึ้น

4) ความเบื่อหน่ายของครอบครัว ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานๆ และต่อเนื่อง มักเกิดความรู้สึกเป็นภาระที่เหนื่อยหน่าย เครียด ความอดทนลดลง ทำให้มีความขัดแย้งกันในครอบครัวได้เสมอ

5) ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพจิตและการเผชิญภาวะวิกฤต จากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน ทำให้ทราบว่า การช่วยเตรียมความพร้อม โดยการให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการเผชิญภาวะวิกฤต ความรู้เรื่อง โรคจิต โรคประสาท การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้อง การให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆแก่ญาติ จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจกัน และสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตร่วมกันได้ดีขึ้น

การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้ (Horowitz, 1982 อ้างใน ครุณี คชพรหม, 2542)

1) การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1.1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

1.2) การให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยทำงานเล็กๆน้อยๆภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้ไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตัวเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

1.3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ขัดขืน ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายต้องจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และติดต่อกับโรงพยาบาลเดิมเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

1.4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงเวลาและรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงเวลา จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่า นอกจากไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว อาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระทางด้านการเงินเพิ่มขึ้น ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย รับประทานผักผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

1.4) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนแปลงเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆเหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมถูกกาลเทศะ

1.5) การพักผ่อนนอนหลับผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวันผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

1.6) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจจะเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ขุดดิน คายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

1.7) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

1.8) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

1.9) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ไหว้พระ

1.10) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2) การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and Psychological support) ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆเกิดขึ้นในชีวิต การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การป้องกันภาวะซึมเศร้า การป้องกันความเครียด

3) การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

4) การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำปรึกษาพยาบาลตลอดทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

Finkelman (1997 อ้างถึงในอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ได้กล่าวถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านว่าแบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ

- 1) The intergraded Home and Service Center Model เป็นรูปแบบการดูแลที่เน้นการผสมผสานระหว่างบ้านกับศูนย์บริการ
- 2) The Congregate Service Model เป็นรูปแบบการดูแลที่อาศัยบริการชุมชนร่วมกันในการดูแลตนเอง
- 3) The Home Care Model เป็นรูปแบบการดูแลที่บ้าน โดยตรง โดยคนในบ้านดูแลกันเอง
- 4) The Institutional Care Model เป็นรูปแบบการดูแลที่จัดโดยสถาบันใดสถาบันหนึ่งจัดตั้งขึ้นเพื่อให้การบริการ

จากแนวคิดดังกล่าวพอสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านควรมีลักษณะดังนี้

- 1) เป็นรูปแบบที่อาศัยการทำงานร่วมกันเป็นทีมของบุคลากรวิชาชีพเป็นความร่วมมือทั้งฝ่ายโรงพยาบาล ศูนย์บริการชุมชน องค์กรเอกชน ครอบครั้ว ให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน พยาบาลเป็นผู้นำ วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผลและปรับปรุงแผนงาน
- 2) กิจกรรมการดูแลควรสอดคล้องกับสภาพสังคมและวัฒนธรรมพื้นบ้านที่จะเป็นไปได้อย่างจริง
- 3) ผู้รับบริการมีอิสระในการเลือกการดูแลที่เหมาะสมกับตน เป็นการดูแลที่เน้นการพึ่งตนเอง
- 4) เป็นการดูแลที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณค่าการตระหนักถึงตนเอง คุณค่าทางมนุษยศาสตร์ การคงไว้ซึ่งความสุขสบาย ความสำเร็จในการทำงานในระดับสูง ความเจริญงอกงามส่วนบุคคล การอยู่รอด และความสำเร็จในชีวิต
- 5) เป็นการปฏิบัติดูแลที่เน้นความเข้าใจ การยอมรับและการแสดงต่อผู้มีปัญหาและครอบครั้วด้วยความเข้าใจและเห็นใจ ถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่บ้าน และมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครั้วมีความมั่นคงและอยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดี

หลักการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยทั่วไปการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านควรเน้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังนี้ (Klebnoff, 1989; Pelletier, 1988 อ้างถึงในอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

- 1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสภาพดีเช่นเดิม พื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
- 2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล

- 3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน
- 4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ป่วยกับผู้บำบัด
- 5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถได้รับในโรงพยาบาล
- 6) ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
- 7) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
- 8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การให้ยา การรับประทานยา การมีกิจกรรมมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่อง หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้นเป็นการผสมผสานแนวคิดเชิงทฤษฎีการดูแลหลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงแนวคิดด้านครอบครัว ควบคู่หลักการดังนี้

1) ให้ความสำคัญที่ความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลัก โดยมีการศึกษาและประเมินความต้องการ ทำความรู้จักและความเข้าใจผู้รับบริการในเบื้องต้น เพื่อกำหนดแนวทางได้ถูกต้องเหมาะสม

2) สร้างสัมพันธภาพ ศรัทธา และความเชื่อถือไว้วางใจ

3) ให้ข้อมูลข่าวสารทั้งความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลและการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัย รวมถึงความรู้ด้านทักษะวิชาชีพ

4) ช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ แสดงความรู้สึกรู้สึกเห็นใจ เข้าใจ (Empathy) รวมทั้งสื่อสารต่อผู้รับบริการด้วยความเมตตาเอื้ออาทร (Compassion)

5) ให้อำนาจแก่ผู้รับบริการในการตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหาและแผนการดูแล ใช้ศาสตร์และศิลป์ในการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม โดยดำเนินถึงองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ สังคมและวัฒนธรรม กฎหมายและจริยธรรมทางวิชาชีพ และเน้นที่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางการดูแล

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยทั่วไปจะเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ดี ลดการกลับเป็นซ้ำ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณค่า ปฏิบัติอาชีพการงานได้ (Pelletier, 1991:23 อ้างถึงในอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พอสรุปได้ดังนี้

- 1) เป็นการพัฒนาสัมพันธภาพและความร่วมมือของผู้ให้บริการด้านสุขภาพทั้งหมด
- 2) เป็นการเตรียมการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติในการให้การพยาบาลจิตเวช
- 3) เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ
- 4) มีการจัดเตรียมการดูแลที่กว้างขวาง มีหลายทางเลือกที่อยู่ในระบบของโรงพยาบาลหรืออยู่ในชุมชน
- 5) มีการเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาของโรงพยาบาลมาสู่บ้าน
- 6) มีการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นการให้ยาและการรับประทานอาหาร
- 7) การดูแลตนเอง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะทางสังคม วิธีการแก้ปัญหาส่วนบุคคล
- 8) ช่วยลดอาการแสดงและเพิ่มความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองและการควบคุมตนเอง

ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การดูแลที่บ้านเป็นการให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในระบบบริการสาธารณสุขเรื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้มีความพยายามมาเป็นเวลานานแล้ว แต่ไม่ค่อยประสบผลสำเร็จเนื่องจากข้อจำกัดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับของชุมชน ดังนั้นองค์ความรู้ในหลักการและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ให้การพยาบาลจำเป็นต้องมีความเข้าใจระบบครอบครัวและพลวัตรครอบครัวจึงสามารถนำครอบครัว ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้

การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยจะต้องมีการดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวของตนเอง โดยทั่วไปแล้วมักจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด แต่ในบางภารกิจยังต้องอาศัยผู้ดูแลหรือญาติช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ ดังนั้นบทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

- 1) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามคำสั่งแพทย์ ไม่ควรเพิ่มหรือหยุดยาเอง
- 2) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาให้สม่ำเสมอตรงตามที่แพทย์นัดทุกครั้ง เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ชอบการดูแลตนเองไม่ดีพอ
- 3) ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดูสับสน วุ่นวาย คือ ไม่ยอมกินยา ไม่ยอมมาพบแพทย์ ในกรณีนี้ญาติควรจะมาติดต่อบอกเล่าอาการของผู้ป่วยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลทราบ ซึ่งญาติจะได้รับคำแนะนำเพื่อนำไปช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

4) หมั่นสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย ถ้าพบความผิดปกติ เช่น พุดพรีาเพื่อเชื้อ พุดคนเดียว เอะอะอาละวาด หงุดหงิด ฉุนเฉียว หัวเราะหรือยิ้มคนเดียว เหม่อลอย หลงผิด ประสาทหลอน หวาดกลัว ควรรีบพาไปพบแพทย์ทันที

5) จัดทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยทำโดยเฉพาะเวลากลางวัน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยคิดมาก ฟุ้งซ่าน แต่ไม่ควรใช้วิธีการบีบบังคับมากเกินไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ

2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบจนต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อนภายใน 28 วัน หลังจากที่แพทย์ได้วินิจฉัยให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเดือนหนึ่งๆ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

การป่วยซ้ำเป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หลังจากที่พฤติกรรมนั้นๆหยุดไประยะเวลาหนึ่ง การป่วยซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้า (<http://johnrecover.faithweb.com/relapse.html>, 2000)

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกได้จากการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรม ซึ่งพบได้บ่อยในระยะ ก่อนเริ่มอาการ (Burno van Meijel, 2003) จะเห็นว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรม ตั้งแต่ช่วงระยะก่อนเริ่มอาการซึ่งจะมีอาการเตือนล่วงหน้าทำให้เกิดการกลับคืนของอาการทางจิตที่ไม่พึงประสงค์จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (สุนิสสา พันธุ์สงวนสุข, 2550)

2.2 อุบัติการณ์และความชุกของการป่วยซ้ำ

การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีอัตราสูงอยู่แม้ว่าจะให้การดูแลทั้งทางด้านชีววิทยาและทางจิตสังคมอยู่ก็ตาม (Linszen et al, 1998) อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปีแรกของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต โดยมีอัตราเฉลี่ย 42 % ของจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท (Christine Rummel-Kluge, 2006) มีการศึกษาถึงอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษามีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 60-80 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 15-40 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้ความรู้และการเสริมทักษะทางสังคมแก่ครอบครัว มีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 0-20 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาการป่วยซ้ำเมื่อหยุดยาร้อยละ 80 และป่วยซ้ำในขณะที่รับการรักษาในขณะที่รับการรักษาด้วยถึงร้อยละ 70 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่าระยะเวลาที่อยู่บ้านของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่แสดงถึงการประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการอยู่ชุมชน (วัฒนภรณ์ พิบูลธาลักษณ์, 2549)

2.3 ปัจจัยการป่วยซ้ำ

มีการศึกษาพบว่ามากกว่า 50% ของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำนี้เนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมรับประทานยา ซึ่งการไม่ยินยอมในการรักษานี้สัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรับประทานยาและอาการข้างเคียงจากยา (Christine Rummel-Kluge, 2006)

ในผู้ป่วยจิตเภทการป่วยซ้ำมักมีอาการเด่นชัดที่เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ในผู้ป่วยบางราย การป่วยซ้ำทำให้มีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ มีพยาธิสภาพที่ถาวร จากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การป่วยซ้ำมักมีปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่กระตุ้นให้มีอาการป่วยซ้ำเสมอ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2550) ได้แก่

1) ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ คือการไม่รู้สาเหตุและผลกระทบจากการป่วยซ้ำ มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารไม่ถูกต้องหรือไม่รู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ได้รับสารอาหาร ไม่ครบถ้วน นอนหลับไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา

2) ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม คือการมีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งที่อยู่รอบๆตัวเราได้แก่ มีปัญหาด้านการเงิน ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย มีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ไม่สามารถทำงานได้ ไม่มีที่ปรึกษา ไม่ทราบแหล่งที่ให้ข้อมูลต่างๆ ไม่พูดคุยและไม่ส่งสิ่งกับผู้อื่น อยู่คนเดียว ไม่ติดต่อกับญาติพี่น้องเพื่อน

3) ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ได้แก่ การที่เราไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมรุนแรง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ได้รับการรักษาไม่เพียงพอเนื่องจากขาดยาหรือลดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอตามแผนการรักษา คิดว่าตนเองไม่มีค่าไม่มีความหมาย เป็นคนไร้ค่า มีการแสดงออกที่เปลี่ยนไปจากเดิม มีความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจ

จากการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ (เพชร คันธสาขบัว, 2544) พบว่ามีปัจจัยที่จำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำคือ

1) การเตรียมการเผชิญปัญหา ในผู้ป่วยจิตเภทการเตรียมการเผชิญปัญหาเป็นความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำหรืออาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเตรียมเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้

2) การใช้จ่ายที่ถูกต้อง เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการ

ใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

3) สถานภาพสมรส การมีคู่สมรสไม่ได้แสดงถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ ตรงข้ามกับการไม่มีคู่สมรสกลับทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความตระหนักถึงการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ดีกว่าอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่แต่งงานมีครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้นทำให้มีความเครียดซึ่งส่งผลต่อการป่วยซ้ำได้ร่วมกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่มี/ไม่อยู่กับคู่สมรสแต่อยู่กับครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆเพิ่มขึ้น ใช้ประโยชน์จากเครือข่ายทางสังคมและแหล่งประโยชน์ในระบบสังคม ดังนั้นลักษณะของครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่นับเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการป่วยซ้ำ และจากการที่เริ่มป่วยตั้งแต่ยังอายุน้อย อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้แต่งงาน

4) การแสดงอารมณ์ของครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำ เป็นการอธิบายถึงลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นานโดยไม่มีอาการป่วยซ้ำ แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ที่ครอบครัวมีการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยสูงกว่า สาเหตุของการแสดงอารมณ์ของครอบครัวสูง ได้แก่ ความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่มองเห็นไม่ชัดเจน ทำให้ญาติมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยสูงเมื่อไม่สมหวังญาติจะรู้สึกโกรธและวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้เกิดการแสดงอารมณ์สูงในญาติได้ ญาติที่รู้สึกผิดอาจอุทิศตนให้ผู้ป่วยอย่างมากก่อให้เกิดสภาพของการมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป พบบ่อยในญาติที่เป็นบิดามารดามากกว่าญาติที่เป็นสามีภรรยา และเป็นลักษณะเดิมของญาติหรือเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว

5) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่เชื่อว่าสามารถป้องกันการมีอาการมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก ครั้ง โดยรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้นๆเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อแบบแผนการรักษาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำตลอดจนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2.4 ผลกระทบจากการป่วยซ้ำ

1) ผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย โดยการป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ยัง

พบว่าภาวะเสี่ยงจะเกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากมีการป่วยซ้ำครั้งที่สอง ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำด้วย (Sandock and Sandock, 2000)

2) ผลกระทบต่อครอบครัว สำหรับครอบครัวนั้น มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก ทำให้รู้สึกเป็นภาระ ส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวไม่ดี เกิดความตึงเครียดเป็นสาเหตุของการแสดงอารมณ์สูง (เพชรี คันธสาขบัว, 2548) ครอบครัวสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีหลายครอบครัวที่ต้องขาดการสนับสนุนจากสังคม โดยเฉพาะจากทีมสุขภาพ เนื่องจากพวกเขาไม่รู้สึ้อับอายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงพยายามแยกตัวออกจากสังคม และบางครั้งไม่กล้าพาผู้ป่วยมารักษา (Ip & Mackenzie, 1998) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเรื้อรังมากขึ้น

3) ผลกระทบต่อสังคม ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน เมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวง (สุนิสสา พันธุ์สงวนสุข, 2550)

4) ผลกระทบต่อประเทศ การป่วยซ้ำเป็นผลกระทบของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งผู้ป่วย แพทย์และระบบบริการสุขภาพจิต การวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ ทำให้ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ในแต่ละปีจะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2550)

3. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและบทบาทของพยาบาลจิตเวช

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การป่วยซ้ำเป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หลังจากที่มีพฤติกรรมนั้นๆ หยุดไประยะเวลาหนึ่ง การป่วยซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้า (<http://johnrecaver.faihw.com/relapse.html>, 2000) ดังนั้นพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการกระทำเพื่อไม่ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมี 3 ปัจจัย ได้แก่ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง (วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2549)

3.1 การจำแนกอาการเตือน (Recognize of Early Warning Signs)

การจำแนกอาการเตือน คือ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแยกแยะอาการทางจิตทั้งด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม ที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการเตือนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการรับรู้อาการเตือนที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาทันทีเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆในอนาคต (disability, handicap) นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถป้องกันอุบัติการณ์การป่วยซ้ำได้ ถ้าสามารถตรวจพบอาการที่บ่งบอกการกลับเป็นซ้ำได้รวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทพึงตระหนักว่าอาการเตือนนี้มีลักษณะเฉพาะในผู้ป่วย แต่ละคน (individualised) และมีความจำเพาะ (specific) สามารถพบอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 3 ระดับ (Meijel, et al., 2003) ดังนี้

- 1) ระดับปกติหรือคงที่: รู้ตัวเองว่าอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย มีความคิดวิตกกังวล เพิ่มขึ้นพักผ่อนน้อยลง แต่ยังคงควบคุมและจัดการได้
- 2) ระดับปานกลาง: มีความคิดฟุ้งซ่าน หมกมุ่นทางกิจกรรมด้านศาสนา ไม่หลับ (ตั้งแต่ 1 คืน) ระวังคนรอบตัว ไม่รับประทานอาหาร
- 3) ระดับรุนแรง: มีความคิดกลัวหวาดระแวง คิดว่าตนเองติดต่อสื่อสารกับสิ่ง ศักดิ์สิทธิ์ได้ ประสาทหลอน

ลักษณะอาการเตือน Brichwood,et al. (1989) พบว่าอาการเตือนที่ผู้ป่วยและญาติสังเกตได้ ก่อนที่จะมีการป่วยซ้ำ จำแนกตามลักษณะอาการเป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านวิตกกังวลหรือกระวนกระวาย (Anxiety / Agitation) เช่น เจ็บปวดทางกาย นอนหลับยาก ตึงเครียด กลัวหรือวิตกกังวลและขาดสมาธิ
- 2) ด้านซึมเศร้าหรือแยกตัว (Depression/ Withdrawal) เช่น อ่อนเพลีย หดแรงแงิบแยกตัว ไม่อยากอาหาร รู้สึกไร้ค่าหรือหมดหวัง เศร้าหรือซึมเศร้า อาการสูญเสีย
- 3) ด้านขาดการยับยั้งตนเอง (Disinhibition) เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าวรุนแรงไม่เป็นมิตร
- 4) ด้านการเริ่มมีอาการทางจิต(Incipient psychosis) เช่น พูดหรือหัวเราะคนเดียว พูดจาไม่ต่อเนื่องหรือเหลวไหล รู้สึกว่าคนอื่นหัวเราะเยาะหรือพูดถึง รู้สึกว่าตนเองถูกจ้องมอง

ฐปนัท ศรีธรรมาธิคุณและธนา นิลชัย โกวิทย์ (2543) จำแนกอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภทที่พบได้ทั่วไป เป็น 4 ด้าน ได้แก่

- 1) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Mood Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ กลัว วิตกกังวล มีความตึงเครียดสูง บางรายหงุดหงิด หรือก้าวร้าวง่ายกว่าปกติ
- 2) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (Behavior Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีความอยากรับประทานอาหารน้อยลง แยกตัวจากสังคมและบ่อยครั้งที่พบว่ามีปัญหาการนอน

3) การเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ (Cognitive Changes) พบว่าผู้ป่วยจะมีสมาธิแยกลง มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ หมกมุ่นกับเรื่องบางเรื่องมากผิดปกติ

4) พบอาการทางจิต (Psychotic Symtoms) เช่นหูแว่ว พูดคนเดียว ชี้อสังสัย หวาระแวงหรือมีความรู้สึกว่าคุณถูกควบคุมอยู่

การจัดการกับอาการเตือน การจัดการกับอาการเตือนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (Brichwood, et al., 2000) ได้แก่

1) ระดับปกติหรือคงที่ ประกอบด้วย การทำจิตใจสงบ เช่น ฝึกโยคะ การทำสมาธิ การรับบริการจากศูนย์บริการทางสุขภาพจิต การพูดคุยปรึกษากับคนที่ไว้วางใจ จัดการกับความคิด เช่น เมื่อคิดอะไรให้จดบันทึกไว้ อะไรคือความคิดที่เด่นชัด สามารถอธิบายหรือมีมุมมองอย่างอื่นหรือไม่ จัดการกับปัญหา/ความเครียด ได้แก่ เขียนปัญหาที่เกิดขึ้น เขียนแนวทางการจัดการที่เป็นไปได้ เลือกวิธีในการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด

2) ระดับปานกลาง ประกอบด้วย รับประทานยาที่เพิ่มขึ้นตามที่แพทย์สั่งไว้ การผ่อนคลาย เช่น การนับเลขถอยหลัง การคิดทางบวก การนึกถึงธรรมชาติ การรับบริการจากศูนย์บริการทางสุขภาพจิตเป็นประจำทุกวัน การไปพบแพทย์เพื่อพิจารณาเพิ่มการรักษาด้วยยา

3) ระดับรุนแรง ควรไปปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

จากการทบทวนถึงลักษณะอาการเตือนสามารถจำแนกได้เป็นอาการที่เป็นอาการทางจิตและอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต โดยอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตสามารถระบุได้มากกว่าอาการที่เป็นอาการทางจิต อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อยคือ การนอนหลับถูกรบกวน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้าบ่อย ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกไม่สบายปวดศีรษะ ท้องผูกและระหว่างที่มีอาการผู้ป่วยมักจะต่อต้านหรือมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายแยกตัวเอง ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเล็กน้อยๆค่อยๆเป็นมากขึ้นเรื่อยๆจนกระทั่งมีอาการทางจิตรุนแรง อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่เกิดขึ้นในระยะแรกเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตแต่เป็นอาการแสดงที่ส่งสัญญาณให้รู้ว่ากำลังจะมีอาการทางจิตเกิดขึ้น ได้แก่ นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีสมาธิ ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนมีอาการป่วยซ้ำเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ก็ได้ เป็นอาการที่มีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล(Herz and Melville, 1980 ; Heinrichs and Carpenter, 1985 ; Brichwood, et al., 1989 ; ดวงจันทร์ บัวกลี, 2549; สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2550)

สิ่งสำคัญในการรับรู้อาการเตือนของการป่วยซ้ำคือ การสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงซึ่งบ่งบอกถึงอาการเริ่มแยกลงเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่ผ่านมา ซึ่งในการรับรู้อาการเตือน ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีความรู้ทั่วไปของโรคจิตเภทลักษณะของอาการเตือนที่เกิดขึ้น มีแนวทางในการสังเกตอาการเตือนและมีการวางแผนที่จะปฏิบัติเพื่อให้ตนเองหลีกเลี่ยงสถานการณ์อันส่งผลต่อการเกิด

อาการเตือนได้ การรับรู้อาการเตือนให้ได้อย่างรวดเร็วที่สุดหมายถึง แต่ละคนสามารถใช้วิธีทางบวกและแสวงหาแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือเพื่อลดผลกระทบหรือป้องกันการป่วยซ้ำให้เหลือน้อยที่สุด การกำหนดแนวทางการปฏิบัติตั้งแต่ในระยะแรกจะช่วยลดความรุนแรงของอาการ ทำให้ระยะเวลาของการป่วยซ้ำสั้นลงและลดการเกิดอาการเช่นเดียวกันในอนาคต (Royal Brisbane Hospital, 2003) นอกจากนี้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการติดตามอาการของตนเองมีประโยชน์มากในการป้องกันการป่วยซ้ำ (Hewitt and Brichwood, 2002)

3.2 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา

การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา คือ ความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ เป็นการจัดการกับความเครียดอย่างหนึ่งที่เป็นทักษะทางสังคม และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆหลายปัจจัย รวมถึงปัจจัยด้านระบบประสาทและปัจจัยด้านจิตสังคม และการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถเผชิญปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Antai-Otong, 1995) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานเมื่อเริ่มมีอาการทางจิต และสามารถหาวิธีจัดการกับความทุกข์ทรมานนั้น โดยการค้นหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการรักษาทางจิตเวช รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (Baker, 1995)

3.3 การใช้ยาที่ถูกต้อง

การใช้ยาที่ถูกต้องคือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

ยาโรคจิตมีความสำคัญอย่างมากต่อการรักษาโรคจิตเภท ยาโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีข้อดีที่เหนือกว่ายาโรคจิตกลุ่มเดิมเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษาอาการด้านลบและยังช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น Tardive dyskinesias, Extrapyrarnidal syndrome แต่ผู้ป่วยที่ได้รับยาด้าน โรคจิตกลุ่มใหม่พบมีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดคือน้ำหนักตัวเพิ่ม แต่เนื่องจาก โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานานอีกทั้งยังเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จึงทำให้พบปัญหาของการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีรายงานพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราความไม่ร่วมมือในการใช้ยาประมาณร้อยละ 20-89 (เฉลี่ยร้อยละ 50) ผลกระทบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการป่วยซ้ำ เพิ่มการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (สมพร บุษราทิจ, 2551) การป้องกันการป่วยซ้ำจึงนับเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ โดยการมารับยาต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเอง โดยไม่ปรึกษาทีมบุคลากร การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร่วมกับการสังเกตอาการของตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง และการคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Johnstone and Geddes, 1994) เมื่อผู้ป่วยรับรู้อาการเตือนได้ด้วยตนเอง ทำให้สามารถรับรู้ถึงภาวะที่ผิดปกติ ใช้ความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งทราบข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ ร่วมกับมีความรู้และทักษะการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง นับเป็นการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่สำคัญ นับว่ามีความสำคัญมากต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (วัฒนภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2549)

3.4 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

1) เนื่องจากการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำควรให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจตรงกัน สามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ (เพชร คันธสายบัว, 2544)

1.1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแล

1.2) การประเมินด้านการคิด มีความผิดปกติระดับใด อาการหลงผิดประสาทหลอน ความคิดโดนปองร้าย มีหรือไม่ความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือระมัดระวังเพียงใด

1.3) การรับรู้ของผู้ป่วย ระดับการรับรู้ของผู้ป่วย อาการประสาทหลอน ระยะเวลาที่เกิดและการตอบสนอง เพื่อกำหนดแนวทางช่วยเหลือ

1.4) พฤติกรรมของผู้ป่วย มีการแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร อาการย้ำคิดย้ำทำ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอนต้องได้รับการช่วยเหลือ

1.5) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจอย่างเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

2) การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งสภาพทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ

3) การวางแผนการพยาบาล การวางแผนระยะสั้นและระยะยาวเน้นหลักการดังนี้

3.1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรง

3.2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต

แนวทางในการป้องกันเพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทลง ซึ่งสามารถป้องกันได้ 3 ระยะ คือ

1) ระยะก่อนการมารับการรักษาซ้ำเป็นระยะของการป้องกันผู้ป่วยกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้

1.1) สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล ในขณะที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์

1.2) สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายกลุ่ม โดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ป่วย

1.3) การให้สุขภาพจิตแบบมวลชน เช่น การใช้เสียงตามสาย

2) ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีการป้องกันโดยมีการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

ภายหลังการประเมินปัญหา และสาเหตุของการป่วยซ้ำอย่างละเอียด เพื่อป้องกันการกลับมารับการรักษาซ้ำอีกและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวบำบัดแบบประคับประคองซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละครอบครัวจิตใจ สังคมเตรียมความพร้อมด้านการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนและการฝึกงาน มีการติดตามดูแลด้านสุขภาพจิตและการรักษาด้วยยา การหาสิ่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อและชุมชนของผู้ป่วย

บทบาทการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1) บทบาทผู้ปฏิบัติที่ให้การพยาบาลโดยตรง (APN's Role:Direct Clinical Practice) คือ จะต้องเป็นผู้ให้การปฏิบัติการทางคลินิก ซึ่งเป็นการพยาบาลโดยตรงระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย มีลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ และมีความโดดเด่น โดยมีคุณลักษณะ 5 ประการของ Direct Clinical Care ดังนี้ (ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ, 2549)

1.1) การให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ลึกกว่าระดับพื้นฐาน

1.2) ทำบทบาทในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

1.3) ใช้ความรู้ ทักษะ ในการพิจารณา และตัดสินใจทางคลินิก

1.4) ใช้ Research evidence เป็นแนวทางในการปฏิบัติ

1.5) ใช้วิธีการ approach เกี่ยวกับสุขภาพและการจัดการกับความเจ็บป่วย

2) บทบาทในการให้ความรู้ (Education for APN) ให้ความรู้กับผู้ป่วย ครอบครัว นักศึกษา และบุคลากรอื่น เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น ต้องมีความรู้ความชำนาญและทักษะในงานของตน และมีการสร้างเครือข่ายระหว่างผู้ที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง

3) บทบาทการเป็นผู้วิจัย/ใช้ผลงานวิจัย (Researcher Competencies for APNs) ผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ต้องมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการวิจัย และมีส่วนร่วมในการวิจัย ติดตามงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

4) บทบาทด้านการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) การเป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นที่ปรึกษา เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิต และใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาที่ดีจะต้องมีความชำนาญเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้ขอรับคำปรึกษาจะขอรับคำปรึกษาจะขอความช่วยเหลือในการแก้ปัญหา โดยเชื่อว่าปัญหานั้นอยู่ในขอบเขต ความเชี่ยวชาญของผู้ให้คำปรึกษา

5) บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) การปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ ต้องมีการพัฒนางานให้เกิดสิ่งใหม่ๆ ที่ดีขึ้นกว่าเดิม และเกิดประโยชน์ต่อการทำงาน พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความชำนาญและตัดสินใจในระดับที่ยากขึ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ทั้งร่างกายจิตใจ และสังคมที่ยากขึ้น

6) บทบาทด้านการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical Role in APN) การปฏิบัติการพยาบาล และการปฏิบัติโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในการปฏิบัติการพยาบาลมักจะประสบปัญหาเชิงจริยธรรมเสมอ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาบทบาทด้านจริยธรรม

7) บทบาทด้านการประสานความร่วมมือ (Collaboration Pole in APN) บทบาทประสานความร่วมมือบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย มีการเลือกทีมงานที่เหมาะสมและเลือกบุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ความเชี่ยวชาญเพื่อนำไปสู่การวางแผน

8) บทบาทในการประเมินผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation of nursing outcome) บทบาท APN จะต้องเป็นผู้นำให้เกิดการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2549) โดยมีการวางแผนกำหนดวัตถุประสงค์เลือกเครื่องมือที่นำมาใช้ มีแบบการประเมิน ถ้ามีความผิดพลาดหรือประสบผลสำเร็จควรนำมาปรับปรุงแก้ไข

9) บทบาทด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (Quality Assurance) การประกันคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงสุดและคุ้มค่า คือสามารถเป็นที่ปรึกษาโครงการประกันคุณภาพในระดับองค์กร ปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาล โดยจะต้องมีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาล ระบุปัญหาและแก้ไขข้อบกพร่อง

4. สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นการกำหนดแบบแผน ลักษณะ รูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งรวมถึงการควบคุมจัดการด้านอารมณ์ให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองร่วมกับสมาชิกในครอบครัวสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิตได้ (Christine Rummel-Kluge, 2006)

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) หมายถึงกระบวนการในการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต และเรื่องราวที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการปรับตัว เพื่อปรับเปลี่ยน ความคิด พฤติกรรมรวมถึงเจตคติและทักษะของบุคคลในการจัดการกับปัญหาอันนำไปสู่การจัดการกับภาวะสุขภาพที่ดีและเหมาะสม เป็นกระบวนการที่เป็นองค์รวม เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีของบุคคล ครอบครัวและชุมชน (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553)

การให้สุขภาพจิตศึกษามีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบสำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (network) (Anderson, Hogarty, and Reiss, 1980) รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษามีลักษณะแตกต่างกัน โดยมีรูปแบบต่างๆดังนี้ (Williams, 1989)

1) การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ฝึกทักษะและสามารถดูแลตนเองได้

2) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่ม ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไข

ปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม มีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างสัมพันธที่ดีในครอบครัว

ลักษณะและรูปแบบของการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตที่กล่าวมา จะกระทำในลักษณะใดก็ตามขึ้นอยู่กับเนื้อหาและจุดมุ่งหมายในการให้ความรู้ ผู้สอนสามารถออกแบบการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับผู้เรียนและสิ่งที่ต้องการให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ สำหรับการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วย ส่วนใหญ่ มักใช้การให้ความรู้แบบไม่เป็นทางการ ซึ่งต้องคำนึงถึงความพร้อมและความต้องการเฉพาะเรื่องของผู้ป่วยอยากเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้มักใช้ร่วมไปกับการดูแลและให้คำปรึกษาสนับสนุนไปด้วย

โดยสรุปลักษณะการให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสภาพทางจิตและเป็นกระบวนการ อาจกระทำได้ในลักษณะทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ อาจจัดขึ้นเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ มีลักษณะที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ในการสร้างเสริมสุขภาวะที่ดี โดยการให้ความรู้ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาซ้ำของโรค การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาอย่างเหมาะสม จัดการกับอาการข้างเคียงของยา การรับประทานยาต่อเนื่องและการเตรียมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง และสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ใช้ยาอย่างเหมาะสม และลดการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพ

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีคุณค่าทางหนึ่งก็คือ การวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต พบว่ามีลักษณะในเชิงจิตศึกษาอย่างมีโครงสร้าง หลายลักษณะถูกสร้างขึ้นมาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านการศึกษาและการประคับประคอง เช่น กลุ่มพัฒนาทักษะการปรับแก้ความเครียด กลุ่มพัฒนาการสื่อสาร กลุ่มสอนเรื่องยาและอาการแสดงของโรค เป็นต้น ผลลัพธ์ของกลุ่มเหล่านี้พบว่าช่วยให้ความร่วมมือในการรักษามีมากขึ้น เพิ่มทักษะในการปรับแก้ความเครียดของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวให้มีความเข้าใจต่อกันมากขึ้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

4.2 สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation)

ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท มักจะมองครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น แนวคิดเรื่อง double blind communication โครงสร้างครอบครัวแบบ schism และ skew ตลอดจนความสัมพันธ์ที่เรียกว่า pseudomutualism

แต่การศึกษาในระยะหลังๆ กลับมุ่งเน้นในด้านที่มองครอบครัวของผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่มิบทบาทอย่างมากในอันที่จะร่วมมือกับบุคลากรผู้รักษา เพื่อเป็นการลดความตึงเครียดอันก่อให้เกิด

ความวิตกกังวลของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้ ได้มีการพัฒนารูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (family oriented psychoeducational intervention) ขึ้นมา โดยให้ความสำคัญกับครอบครัวว่าเป็นชุมพลที่ต้องการความรู้ (education) การฝึกฝน (training) และการประคับประคอง (support) มากกว่าที่จะมองครอบครัวว่าเป็น pathogenic unit การให้สุขภาพจิตศึกษา ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งแต่การรักษาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษา ซึ่งจะช่นระยะเวลาการเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลลงได้ Dixon LB, Lehman AF (1995) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้ความรู้และเสริมทักษะทางสังคมแก่ครอบครัว อาจไม่พบอัตราการกลับเป็นซ้ำ หรือพบได้ประมาณร้อยละ 20 สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัว

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

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Anderson เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแลผู้ป่วย (Anderson et.al., 1980) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล (อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2553) การให้สุขภาพจิตศึกษาถือเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งที่การรักษาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคองและการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษา ซึ่งจะช่นระยะเวลาการเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลลงได้ ในการดูแลประกอบด้วย (จิราพร รักการ, 2549)

1) การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวเพื่ออนาคตที่ดีกว่า และสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวยังสามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้ (ละเอียบ รอดจันทร์, 2542)

2) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) คือการที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้บ้าง การให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้ดูแลทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยจนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553)

3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท (problem solving skills) คือการที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือการที่ผู้วิจัยชี้ให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ การสนับสนุนของครอบครัวจะช่วยส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ เมื่อครอบครัวได้รับการประคับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจึงเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทำให้สามารถลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก (Harter, 1988 อ้างในอรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553)

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นรูปแบบการให้บริการด้านความรู้แก่ครอบครัว โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูลความรู้เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา จัดความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งรวมถึงการประคับประคองไปด้วย (Anderson et.al., 1980) สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีการป้องกันการป่วยซ้ำได้ วิธีการนี้มักนิยมใช้ก่อนหรือร่วมกับการทำครอบครัวบำบัด (จิราพร รักการ, 2549)

สรุปได้ว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หมายถึงรูปแบบการให้ความรู้กับผู้ป่วยหรือญาติรวมถึงสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วย การจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วย เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถให้กับญาติและเป็นการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งหากพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษามักจะเป็นการจัดการกระทำเกี่ยวกับญาติ หรือสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลครอบครัวผู้ที่มีปัญหาการดูแล

5. สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et.al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยนำมาสร้างเป็น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การสร้างสัมพันธ์ภาพเริ่มจากการแนะนำตัวเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อการสร้างความคุ้นเคยไว้ใจ พร้อมกับบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ถามเรื่องปัญหาพฤติกรรมสุขภาพในครอบครัว หรือปัญหาอื่นในครอบครัว เพื่อร่วมกันค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น (จิราพร รักการ, 2549) มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธ์ภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิก จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ ได้แก่ ความหมายของการป่วยซ้ำ ปัจจัยจำแนกการป่วยซ้ำ และผลกระทบจากการป่วยซ้ำ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การ จำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง ผลดีของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ได้แก่ผลดีต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการใช้ยา การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ในเรื่องของปัญหาการใช้ยาที่ถูกต้อง ได้แก่ ความรู้สีก่อนหน้าการรับประทานยาตลอดชีวิต อาการข้างเคียงของยาส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาทำให้ตนเองรู้สึกว่าเป็นคนป่วยตลอดเวลา และการปรับเพิ่ม ลด หายยาเอง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องสำคัญ ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบได้บ่อย

ซึ่งปัญหาของการจำแนกอาการเตือน ได้แก่ ขาดทักษะและความรู้ในการจำแนกอาการเตือน การปฏิเสธอาการเตือนที่เกิดขึ้น และขาดแหล่งสนับสนุนในการช่วยจำแนกอาการเตือน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ก็จะทำให้ผู้ป่วยทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการแก้ปัญหาที่มีได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค เพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหาที่มีได้ จะทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาและความเครียด สามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความตึงเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาก็ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือซึ่งกันและกันดี รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายในการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง และยังทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกแยกออกจากสังคมชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขสุขที่ 21 วัฒนาดุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน ซึ่งได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจากผู้วิจัยและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ภาระ

ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัย ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วัฒนาภรณ์ พิบูลธาลักษณ์ (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมสร้างขึ้นตามแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ร่วมกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ

เพชร คันธสายบัว (2544) ได้ศึกษาการวิเคราะห์หัตถ์แปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็น โรคจิตเภทและมารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 มีทั้งหมด 5 ตัวแปรและมีน้ำหนักในการจำแนกตามลำดับดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรส การแสดงอารมณ์ของครอบครัวและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีการเตรียมเผชิญปัญหา มีพฤติกรรมการใช้ยาดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำกว่า ไม่มี/ไม่อยู่กับคู่สมรสมากกว่า และมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ สูงกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้วพบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วยสูงกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นงลักษณ์ ทรงลำเจียก (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิต

ศึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง 20 คน ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson พบว่าค่าคะแนนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งโดยรวมและรายด้านคือภาระเชิงประนัยและภาระอัตรนัยหลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

Bandura (1997) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองพบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง คือ คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง และพิจารณารายด้าน พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการจำแนกอาการเตือนด้านการดูแล ตนเองในการเตรียม เภสัช ยา ปัญหา และด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง แตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง คือพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง

Brichwood, et al (1989)ศึกษาการทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพัฒนาการฝึกคิดตามอย่างเป็นระบบ พบว่าอาการเตือนแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) อาการวิตกกังวลหรือวุ่นวาย 2) อาการซึมเศร้าหรือแยกตัว 3) อาการสูญเสียการควบคุมตนเอง 4) อาการเริ่มมีความผิดปกติทางจิต อาการเตือนที่ระบุได้มากที่สุดคือ อาการวิตกกังวลหรือวุ่นวายและอาการซึมเศร้าหรือแยกตัว

Brichwood, et al (2000)พัฒนาแนวทางในการจำแนกและจัดการกับอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำของแต่ละคนเรียกว่า Back in the saddle(BITS) โดยกล่าวถึงการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ 5 ขั้นตอนได้แก่ดังนี้คือ 1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ 2) การระบุสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำ 3) การพัฒนาแนวทางจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ 4) การฝึกคิดตามอาการเตือน และ 5) การอธิบายสัญญาณเตือนของการกลับป่วยซ้ำและจัดการกับการกลับป่วยซ้ำ

Herz, et al. (2000) ศึกษาโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย การให้ความรู้จิตศึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ วิธีระบุอาการนำและสังเกตพฤติกรรม ทั้งแบบรายครอบครัวและกลุ่มครอบครัว สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน และเดือนละ 1 ครั้ง จนครบ 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่า เมื่อมีการติดตามผลในเดือนที่ 18 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการป่วยซ้ำหรือได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Meijel, et al. (2006) ได้ศึกษาโปรแกรมสนับสนุนทางจิตสังคมต่อการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช โดยพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการจากโรงพยาบาล

กลางวัน ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจากสถานพยาบาลจิตเวช 3 แห่ง จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน โดยโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการป่วยซ้ำแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะเตรียมความรู้เกี่ยวกับการจำแนกอาการเตือน ระยะประเมินระดับอาการเตือน และระยะจำแนกอาการเตือน โดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้แรงเสริมสนับสนุนทางสังคม คือ ให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองพบว่า การติดตามอัตราการป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 ปี พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 12.5 น้อยกว่ากลุ่มที่ป่วยซ้ำร้อยละ 26.2 ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .12

Zheng Li and David Arthur ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ครอบครัวแก่ผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลใหญ่ในประเทศจีน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวจำนวน 101 คน ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วเป็นเวลา 3 เดือนและ 9 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการ การทำหน้าที่ พฤติกรรมทางจิตสังคม การกลับเป็นซ้ำและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้ความรู้ครอบครัวไปนั้น มีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 9 เดือนแล้ว และพบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง

Lai Yu Cheng (2002) ศึกษาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุม 32 คน กลุ่มทดลอง 32 คน ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ด้านจิตใจ ความรู้สึภาระในครอบครัว ความเข้าใจในการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

Ran et al. (2003) ทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของประเทศจีน โดยการทำสู่มในครอบครัว ที่มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 326 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ทั้งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว, กลุ่มที่ 2 รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีสัมพันธภาพดีขึ้นในครอบครัวญาติมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วย ส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เหมาะสมกับการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Kennedy, Schepp and O'Comer (2000) ศึกษาการจัดการอาการแสดงกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 18-55 ปี จำนวน 60 คน ในหน่วยผู้ป่วยระยะแรกเริ่มและระยะเรื้อรัง ของโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ในแปซิฟิกฝั่งตะวันตกเฉียงเหนือ เป็นการศึกษาเชิง

พรรณนา เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง 4 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ ได้แก่ การรับรู้ในตนเอง การจำแนกอาการแสดง การจัดการอาการแสดงด้วยตนเอง และการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองและรูปแบบการเผชิญความเครียด พบว่า การจำแนกอาการแสดงกับการจัดการอาการแสดงด้วยตนเอง และการจัดการอาการแสดงกับการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการอาการแสดงด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กัน การรับรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรใดๆ สามารถสรุปได้ว่า การจำแนกอาการแสดงในผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวข้องกับ การป้องกันการป่วยซ้ำ ให้ผู้ป่วยสามารถหาแนวทางในการจัดการอาการแสดงได้ด้วยตนเอง และป้องกันการป่วยซ้ำไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของAnderson,Hogerty,and

Reiss. (1980)ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว

-สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ

-ชี้แจงวัตถุประสงค์และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม

-ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรม

ป้องกันการป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการดูแลตนเองในการใช้ยาทางจิตเวช

-ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

-ให้ความรู้เรื่องการใช้ยารักษา โรคจิต ผลข้างเคียงของยาและการดูแลเบื้องต้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

-ให้ความรู้เรื่องการสังเกตและจำแนกออาการเตือน

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ประสิทธิภาพ

-ให้ความรู้เรื่องความเครียด วิธีการจัดการกับความเครียด

-สาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

-ให้ความรู้ในเรื่องของการสื่อสารในครอบครัว

-ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

- การจำแนกออาการเตือน
- การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา
- การใช้ยาที่ถูกต้อง