

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารุ่นนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจาก เอกสาร วิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ดังนี้

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารุ่นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจาก เอกสาร วิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค
 - 1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก
 - 1.3 การดำเนินโรค
 - 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.2 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.3 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 ความหมายของภาระในการดูแล
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแล
 - 3.3 การประเมินภาระในการดูแล
 - 3.4 การพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
5. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตศึกษา
- 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแล
- 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดตามทางโทรศัพท์

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค

โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการที่แสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ ด้านสติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และการขาดแรงจูงใจ โดยอาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมักจะเกิดอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 1992)

จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่าสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factors) ซึ่งปัจจัยทุกด้านมีความสำคัญ โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังนี้ (กิตติวรรณ เทียมแก้ว, 2544)

1.1.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง (neurochemical disturbance) เช่น

1.1.1.1 สมมติฐานของdopamine (dopamine hypothesis) เชื่อว่าเกิดจากการทำงานมากเกินไปของโดปามีน โดยมีการเพิ่มของโดปามีนที่บริเวณ โดปามีนซินแนป (dopamine synapse) ในสมอง

1.1.1.2 สมมติฐานเกี่ยวกับ transmethylation (transmethylation hypothesis) เชื่อว่าการเติมเมทิลกรุป (methyl group) เข้าไปในโมเลกุลของแคทีโคลามีน (catecholamine metabolics) จะทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นมีความตั้งครีอะคจะมีแคทีโคลามีนหลังออกมาในสมองมาก

1.1.1.3 สมมติฐานความไม่สมดุลระหว่าง dopamine กับ norepinephrine (dopamine-norepinephrine imbalance) เชื่อว่าโรคจิตเภทมิได้เกิดจากการเพิ่มของโดปามีนเพียงอย่างเดียว แต่มีการขาดนอร์อิพิเนฟรินร่วมด้วย ทำให้ระดับของสารเคมีในสมองขาดความสมดุล และเกิดอาการของโรคจิตเภทได้

1.1.1.4 สมมติฐานจากภาพถ่ายทางสมอง (brain imaging) จากการศึกษาในปัจจุบันพบความผิดปกติหลายแห่งในสมองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น การกว้างขึ้นของช่องน้ำสมอง หรือมีความบกพร่องของสมองส่วนหน้า

1.1.2 ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทพบว่า พี่น้องของผู้ป่วยและบุตรที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภท มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลทั่วไป การศึกษาในบุตรบุญธรรมที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทพบว่า จะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 25 ถ้าบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทเพียงคนเดียวจะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 20 และจากการศึกษาคู่แฝดพบว่า ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนหนึ่งจะเป็นด้วยร้อยละ 70-90 และโอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะเป็นโรคนี้อีกด้วยมีร้อยละ 14

1.1.3 ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors)

1.1.3.1 ด้านความขัดแย้งในจิตใจ (intrapsychic conflict) โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้กล่าวถึงพื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์ว่า เกิดมาจากแรงผลักดันภายใน หลายอย่างเช่น แรงขับทางเพศ หรือแรงขับของความก้าวร้าว ซึ่งส่วนมากเป็นแรงขับที่ยังไม่ได้รับการขัดเกลา และเป็นแรงผลักดันที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกของมนุษย์ทุกคน สำหรับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เกิดจากบุคคลไม่สามารถจัดการตนเอง และแรงขับที่เกิดจากแรงผลักดันภายใน ที่เรียกว่าสัญชาตญาณ เป็นผลให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของตนทางจิตใจ ร่วมกับการใช้กลไกทางจิต ชนิดที่ไม่ช่วยแก้ไขปัญหา เช่น projection, denial หรือ regression จากสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ (Taylor, 1994)

1.1.3.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างมารดา กับทารกที่ผิดปกติ (defects in the mother-child relationship) ทารกแรกเกิดไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองได้ ฉะนั้นผู้เลี้ยงดูหรือมารดาเป็นผู้สนองความต้องการให้ทารกทุกอย่าง บุคคลทั้งสองจึงมีความสัมพันธ์ต่อกันเป็นความผูกพัน ความไม่ปกติเกิดจากการที่เด็กควรพัฒนามาช่วยตนเองได้ แต่เด็กไม่สามารถแยกจากมารดาได้ ต้องคอยพึ่งพาอาศัยมารดาตลอด พบได้ในกรณีที่ผู้เลี้ยงดูหรือมารดาแสดงให้เด็กเห็นว่าตนเองมีอำนาจเหนือเด็ก เด็กจึงไม่มั่นใจ ไม่เป็นตัวของตัวเอง

1.1.3.3 ด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว (double-bind communication) การที่บุคคลเติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ครอบครัวมีการสื่อสารไม่สม่ำเสมอ ไม่คงเส้นคงวา ไขว่ตรงไปตรงมา หรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่ สร้างความสับสนให้กับครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ทำให้เด็กมีความยุ่งยากในการแยกแยะความจริง เกิดความไม่ไว้วางใจ และมีท่าทางระมัดระวัง ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น

1.1.3.4 ด้านครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ (dysfunction family) เกิดมาในครอบครัวที่มีผู้ที่เลี้ยงดูหรือบิดามารดา มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น บุคลิกภาพแปรปรวน ดิถยา ดิถสุธา เชื่อว่ามีผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม

1.1.4 ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factors) เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท จากการศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี มีสองความคิดคือ เชื่อว่ากลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและระดับเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่าแต่มีคนอื่นแย้งว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วก็จะทำให้สภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง

1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก ลักษณะอาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546) ดังต่อไปนี้

1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการ ดังนี้

1.2.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ persecutory delusion และ delusion of reference ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion และ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดซึ่งมีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ

1.2.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่นๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนที่พบบ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ auditory hallucination

1.2.1.3 Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดและสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องถี่มากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.1.4 Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนไปสวามิภักดิ์สาธารณะ บางคนงู่ กิริ้องตะ โคนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

1.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

1.2.2.1 A logia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

1.2.2.2 Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

1.2.2.3 A volition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

1.2.2.4 As sociality เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

1.3 การดำเนินโรค ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นช้าๆ แรกๆ อาการจะน้อยและไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลไม่สังเกตหรือเห็นความสำคัญ และเมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธี การดำเนินโรคจึงเปลี่ยนไป ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) ได้แก่ 1) หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก 2) หายโดยกลับเป็นอีก 3) หายโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพจะต้องได้รับการช่วยเหลือ 4) เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภท 5) มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994)

1.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบมักจะมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตเช่นนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดีและอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz et al., 1989)

1.3.2 ระยะแสดงอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คืออาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการ

เคลื่อนไหว ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงเป็นพักๆ จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาร่วมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา

1.3.3 ระยะเวลาอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) จะลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) จะมีมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ได้ ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ จะเกิดระหว่าง 5 ปีแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง มีปัญหาการดำรงชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย บางครั้งจะมีอาการซึมเศร้า เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม

1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรคได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546)

1.4.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ความคุ้มครองเขาและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างที่รักษาด้วยผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ได้แก่

1.4.1.1 การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยารักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมองทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ถ้าคอยบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยากับผู้ป่วยแต่ละราย

1.4.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษายาจะเป็นชุด ชุดหนึ่งประมาณ 6-12 ครั้ง โดยแบ่งทำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจจะทำวันละครั้งหรือวันเว้นวันก็ได้ อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ กลิ่นใ้อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการมึนงง สับสน

จะหายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม ซึ่งอาการนี้จะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ทำ เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อย ๆ ดีขึ้น และหายไปภายใน 3-6 เดือน

1.4.1.3 การรักษาด้วยสิ่งแวดลอม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดลอมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกข้อมือและจำกัดบริเวณหรือพิจารณาใช้ยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในขณะนี้ต้องดูแลใกล้ชิด ตรวจสอบผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยาเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึง พิจารณายุติการผูกข้อมือหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

1.4.2 การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลาในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจโดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1.4.2.1 การรักษาทางจิตสังคม การรักษาผู้ที่เป็โรจิตเภท การใช้ยาอย่างเดียวจะไม่ได้ผลดีนัก จึงใช้ร่วมกับการรักษาทางจิตใจและสังคมได้แก่

1) จิตบำบัดประคับประคองทั้งรายบุคคลและเป็นรายกลุ่ม การทำจิตบำบัดมีจุดมุ่งหมาย เพื่อส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหของตนเองอย่างเหมาะสม และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดลอมดีขึ้น รวมทั้งแก้ไขสาเหตุของปัญหา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

2) พฤติกรรมบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยผู้รักษาจะให้แรงจูงใจ และเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (วิวัฒน์ ขณานันทน์และคณะ, 2536)

3) ครอบครัวบำบัดการทำมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high expressed emotional) ของสมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งจะลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วย (วิวัฒน์ ขณานันทน์ และคณะ, 2536) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากขาดความคิดริเริ่มไม่สนใจในการทำกิจกรรมใดๆ รวมทั้งขาดมนุษยสัมพันธ์ แยกตัวตามลำพัง ดังนั้นจึงเป็นภาระของครอบครัวอย่างมากและมักก่อให้เกิดปฏิกิริยาที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลเกิดความเครียดและเกิดความเกือหนายในการดูแลรักษา ดังนั้นในการทำครอบครัวบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ และปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เพื่อช่วยให้ครอบครัว คลายความเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

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

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.5.1 หลักการพยาบาลทั่วไป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีลักษณะตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม การพูดยาวทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนและทำให้เกิดการตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้นและสิ่งสำคัญคือ เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย (สวเนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2547)

1.5.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านสุขอนามัยของตนเอง

1.5.1.2 การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่ผู้ให้การพยาบาลควรทำคือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วย จะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้นอกจากนี้ การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search of meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือการให้

ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลายๆ ความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้น สิ่งแรกที่พยาบาลจะต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือการหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

2) การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้เช่น เห็นภาพบางภาพขณะที่พยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็น ขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้นเป็นต้น

1.5.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.5.1.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคมและการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าจะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับคนอื่นๆ โดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วยความหวาดระแวง และการหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลกๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขันและเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางด้านสังคมพื้นฐานที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

1.5.2 การใช้กระบวนการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวิชัย, 2545)

1.5.2.1 การประเมินสภาพปัญหา การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย

1) การประเมินด้านการคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

2) การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนใด มีอาการไม่แน่ใจ มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3) พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

4) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อน อย่างเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.5.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งสภาพทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม สัมพันธภาพ และอาการต่างๆ ไปที่ได้ทำในขั้นต้น โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาล จะสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น มักเกี่ยวข้องกับอาการ positive symptoms ซึ่งได้แก่อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด และอาการด้าน negative symptoms ได้แก่ อาการแยกตัว อาการความพร้อมด้านสังคม ซึ่งภาวะแปรปรวนด้านความคิดและด้านสังคม จะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุและผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

1.5.2.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรกโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

1.1) การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

1.2) การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี

1.3) การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

1.4) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ใจกว้างใจ และสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

1.5) การพัฒนาการปรับตัว การมองตนเองและการมองโลกในแง่ดี

1.5.2.4 การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วย

1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่บ้าน

2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิตเขตต่างๆ

4) การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลโดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสมใช้เทคนิคการพยาบาลดังนี้

4.1) เสริมสร้างสัมพันธภาพและความใจกว้างใจ

4.2) ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

4.3) รักษาสมคุณด้านชีววิทยา

4.4) ใช้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร

4.5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

4.6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่

เหมาะสม

4.7) ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ข้างเคียง

ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

1.5.2.5 การประเมินผล ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมิน ได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตราย และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ
- 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางชีวภาพ
- 3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้ดีขึ้น
- 4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
- 5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่น และสังคมดีขึ้น
- 6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
- 7) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด และการรับรู้ ซึ่งมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมินได้ วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล เนื่องจากโรคจิตเภทเป็น โรคเรื้อรังการพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีดังนี้ (กัลยาณี โนอินทร์, 2542)

1) เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดีเจ็บป่วย พิกัดหรือป่วยหนักเพื่อดูแลความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

2) เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน

3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสานได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4) เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

5) เป็นการบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

6) เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

7) เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก็ใช้หลักการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านดังข้างต้นซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (Pelletier, 1988; Klebnoff, 1989 อ้างถึงใน อรรถพรณ ถีอนุญธ วัชชัย, 2545)

1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้นำบัด

5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

6) ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชน ในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่องสรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีลักษณะการบริการแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้บริการที่บ้าน และในชุมชนเพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

2.2 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ได้กล่าวถึงกิจกรรมที่พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้น สามารถกระทำได้ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

2.2.1 การประเมินสภาวะผู้รับบริการ

2.2.2 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน

2.2.3 พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว

2.2.4 สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิต และการประกอบอาชีพ

2.2.5 ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม

2.2.6 การสนับสนุนให้กำลังใจ

2.2.7 การเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.2.8 การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่น ๆ

2.2.9 การประเมินผล ปรับการดูแลเป็นระยะ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ควรให้การพยาบาลตามหลักการดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยหลักการพื้นฐานของการดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Basic principles of psychosocial home care) ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 6 กิจกรรม (คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป้าหมายเพื่อเกิดกายยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาที่ถูกต้อง และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน จึงลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาและมีวิธีการแก้ไขปัญหาลดลงจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการ และการเผชิญกับภาวะวิกฤตได้

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนตามศักยภาพอย่างต่อเนื่องนอกจากนี้สิ่งที่พยาบาลควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่สำคัญคือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคมและวัฒนธรรม การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่มีประสิทธิภาพควรยึดหลักการดังนี้

1) ผู้รับบริการแต่ละรายมีสังคมและวัฒนธรรมของตน ที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว

2) วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการจะต้องรับรู้ ยอมรับ และดูแลอย่างเหมาะสม

3) การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจ และเอาใจใส่ผู้รับบริการ เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความร่วมมือของผู้รับบริการ

4) ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ

- 5) ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับความรู้ เข้าใจ โลกทัศน์ของผู้รับบริการ
- 6) การสังเกต ช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการตลอดจนสังคม และวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม
- 7) พยาบาลควรมีความสามารถในการพูดหรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้จะช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้เร็วขึ้น

สรุปได้ว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือ ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่อุปครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะได้ผลอย่างแท้จริง จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจ ความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่า มุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

2.3 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว หรือ ผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน Horowitz (1985 cited in Horowitz & Rein hard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

2.3.1 ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่น ๆ

2.3.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

Orem (1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแล ช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ยุพาพิน ศิริ โปธิงาม (2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่ น้อง

เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค ดังนั้นในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ หรืองานประจำที่ทำอยู่นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลด้วย

2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษย์ (2548) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยครอบครัว (Family care giving) เป็นกระบวนการที่สำคัญและควรให้ความสนใจเพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะที่รุนแรงและเรื้อรัง อาการอาจจะค่อยเป็นค่อยไปทำให้สังเกตได้ยากและมีอาการกำเริบซ้ำของโรคบ่อยๆ บุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะเสื่อมลงเรื่อยๆ จึงทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความยุ่งยากซับซ้อน อีกทั้งในปัจจุบันได้มีแนวทางรักษาโดยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้กลับบ้านเร็วที่สุด โดยให้อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลหรือครอบครัวในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2550) บทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะต้องดูแลและประคับประคองให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติให้นานที่สุด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้น ให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

- 1.1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย
- 1.2) การให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน
- 1.3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ
- 1.4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร
- 1.5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมฤดูกาลเทศะ
- 1.6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพ

ผู้ป่วย

- 1.7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- 1.8) การฝึกทักษะทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น
- 1.9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น
- 1.10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ
- 1.11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย

2) การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and psychological support) ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การป้องกันภาวะซึมเศร้า การป้องกันความเครียด

3) การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับค่าปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแปลงประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

4) การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ในคำปรึกษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด ทั้งในด้านการรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การเผชิญปัญหา การให้กำลังใจและกำลังใจทรัพย์ ดังนั้นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คือสามารถดูแลผู้ป่วยให้อยู่ที่บ้านและชุมชนนานที่สุด

การเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกตินั้น ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตตะ, 2541)

จอม สุวรรณโน (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

- 1) ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 2) ช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ
- 3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพจิตหาซื้อยา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยา

- 4) ช่วยเหลือด้านการเงิน
- 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน
- 6) เป็นกระตือรือร้นกับชุมชน

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น

2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู

จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้

2.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง นอกจากนี้การรับผิดชอบในหลายบทบาทเช่น การดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในครอบครัว การหารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าจากการรับบทบาทที่มากเกินไป (รุจา ภูโพนุลย์, 2535) จนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้ากับการดูแล (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540; Song, Biegel, & Milligan, 1988; Salleh, 1994; Eakes, 1995; Adamec, 1996; Hobbs, 1997) ดังเช่นการศึกษาของ

Salleh (1994) พบว่า อาการของผู้ป่วยจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้อื่น และบางครั้งมีผลให้ผู้อื่นมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ดูแลต้องกระทำแทน อีกทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วย และสิ่งของต่างๆ อีกด้วย

2.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่างๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หดห้วง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรถึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (วรกช นิธิกุล, 2535; ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราขายและความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เสรีภาพ เสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

2.5.3 ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในขณะเดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่นๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการเฝ้าดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ ประเพณีต่างๆ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (วรกช นิธิกุล, 2535; ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544; Eakes, 1995)

2.5.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องขาดงาน รวมทั้งผู้ดูแลต้องลางานหยุดงานหรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (ราชนิกร อุปเสน, 2541; Thomson et al.,

1993; Eakes, 1995) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (นมิตา ล. สกุล, 2544) ดังเช่นการศึกษาของ เพชรา อิมเอม (2531) อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล และรายได้ของสมาชิกคนอื่น ๆ ลดลง จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการเบียดเบียนผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดูแล ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ผู้ป่วยทุกคนต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการความห่วงใย เอื้ออาทร และต้องการกำลังใจจากครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความท้อแท้ในการดูแลรักษาอาการป่วยของตน ช่วยให้อาการป่วยทางจิตดีขึ้น และเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ป่วยจิตเภทก็จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

2.5.5 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล โดยเฉพาะความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ ของขลัง โขกชะตา จิตวิญญาณ การให้ความหมายของชีวิต เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตไม่มีสาเหตุเด่นชัด และอาการที่แสดงออกจะแปลกกว่าการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายทั่วไปแลในบางครั้งการให้ยาก็ไม่อาจยับยั้งการเจ็บป่วยได้ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องแสวงหาการช่วยเหลือทางจิตวิญญาณ เช่นการ ไปขอพระรดน้ำมนต์ การไปหาหมอผีทำพิธีขับไล่ผี การทรงเจ้าเพื่อให้ท่านาย บางครั้งต้องมีการประกอบพิธีกรรมต่างๆร่วมด้วย ในบางครั้งความเชื่อของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภทเองก็ขัดแย้งกัน มีความลำบากใจในการรักษาทางไสยศาสตร์กับการรักษาของแพทย์ บางรายปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อไปทำพิธีทางไสยศาสตร์ เมื่ออาการไม่ดีขึ้นก็ไม่กล้ากลับมารักษาต่อในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้น

2.6 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงเรื้อรังกำเริบซ้ำบ่อยๆเมื่อแนวทางการรักษาในปัจจุบันเน้นการจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2544) แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์รองรับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จึงเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว ตามมาอย่างมาก เช่นก่อให้เกิดความวิตกกังวลใน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพราะผู้ดูแลและครอบครัวไม่สามารถคาดหวังว่าจะหายหรือไม่ ซึ่งความรับผิดชอบของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในชุมชนหรือที่บ้านมีดังนี้ (Horowitz, 1982 cite in Davis, 1992 อ้างถึงในครุณี คชพรหม, 2543)

2.6.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในการดูแลมีหลักสำคัญ คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในตนเอง กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

2.6.1.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผมและการรักษาความสะอาดของเล็บ

2.6.1.2 การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็กๆ น้อยๆ ในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้ไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตัวเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของคนที่มียู่ อีกทั้งเบี่ยงเบนความคิดฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้งานทำก็จะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

2.6.1.3 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าตรงเวลา และให้รับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารเช้าตรงเวลาจะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารเช้าไม่มีคุณค่านอกจากไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้วอาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีการหางานด้านการเงินเพิ่มขึ้น ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่อร่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

2.6.1.4 การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมถูกกาลเทศะ

2.6.1.5 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

2.6.1.6 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจจะเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ซักดิน คายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

2.6.1.7 การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอกไม่ว่าจะเป็นทักษะในการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2.6.1.8 การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

2.6.1.9 การปฏิบัติทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

2.6.2 การประทับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆเกิดขึ้นในชีวิตเช่น ว่างานขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสียภาพลักษณ์ของตนเองเป็นต้น โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวประกอบอาชีพ มีรายได้ค่าจุนครครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุดการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย

2.6.2.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ หรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบ โยนให้กำลังใจผู้ป่วยให้คำชมเชย เมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นสำเร็จ แม้จะเป็นเพียงกิจกรรมเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.6.2.2 การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

2.6.2.3 การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อจะให้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

2.6.2.3 การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่ง ประโยชน์ที่จำเป็น

2.3.2.4 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในค่ารักษาพยาบาลตลอดทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

3. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของภาวะในการดูแล ภาวะตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) หมายถึง ธุระที่หนัก การงานที่หนัก หรือหน้าที่ที่ต้องรับเอา ส่วนภาวะในทางสุขภาพ หมายถึงภาวะการดูแล (burden of care) Mills (1962 cited in Fadden et al., 1987) ผู้เริ่มศึกษาภาวะในทางสุขภาพ กล่าวว่า ภาวะ หมายถึง ผลกระทบทางลบที่เกิดจากการกระทำบทบาทผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย สอดคล้องกับ Grand & Sains (1963 cited in Vitaliano et al., 1991) ซึ่งยอมรับผลกระทบที่เกิดจากการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยทางจิต ว่ามีผลกระทบด้านลบหรือเป็นภาวะของครอบครัว

Honig & Haminton (1966 cited in Jones, 1996) ให้ความหมายของภาวะโดยอธิบายในเชิงของผลกระทบที่เกิดจากการดูแลว่ามี 2 มิติ คือ ภาวะเชิงปรนัย (objective burden) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับสถานการณ์การดูแล เช่น ขาดความเป็นอิสระ และสูญเสียรายได้ของครอบครัว เป็นต้น ส่วนภาวะเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อประสบการณ์การดูแล เช่น ความวิตกกังวล ความตึงเครียด หรือความรู้สึกอับอาย เป็นต้น ซึ่งให้ความหมายสอดคล้องกับ Thomson & Doll (1982), Montgomery et al. (1985) และ Provencher (1996) ซึ่งได้ให้ความหมายภาวะของผู้ดูแลว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเคียดแค้นของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากงานความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาวะเป็น 2 มิติ คือ ภาวะเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทักษะคิด ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ ส่วนภาวะเชิงปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น ความเป็นอิสระลดลง

Thomson & Doll (1982), Lefley (1993), Cook et al. (1994) และ Montgomery et al. (1985) ให้ความหมายของภาระว่าเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึง ความยากลำบาก ความหนัก กดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจาก ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งภาระ เป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มี ความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับกิจกรรม การดูแลโดยตรง มีการ รบกวน และเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่นความมีเวลาส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงิน มากขึ้น มีความเป็นอิสระลดลง สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวลดลงปัญหาหน้าที่การงานและ ปัญหาสุขภาพ ส่วน ภาระด้านอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ การดูแล เช่นความรู้สึก เกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ

George & Gwyther (1986) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลเป็นความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ที่เกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ Feddersen (1990 อ้างถึงใน ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) ให้ความหมายของภาระว่าเป็นสภาพ ปัญหาในสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้ดูแลจะต้องอดทนต่อสภาพปัญหานั้น ประกอบด้วย ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ความเหนื่อยล้า ปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ปัญหาทางด้านสังคม และปัญหาทางการเงิน

Tesler et al. (1982 cited in Jones, 1996) ได้ให้ความหมายของภาระที่แตกต่างออกไป โดย เสนอในแนวคิดเกี่ยวกับภาระชื่อ Tesler's concept of caregiver burden แบ่งภาระออกเป็น 2 ด้าน คือ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ซึ่งภาระนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลและ พฤติกรรมของผู้ป่วยโดยประเมินผลของภาระตามสถานการณ์ของผู้ดูแลได้ 4 มุมมอง คือ

มุมมองที่ 1 พฤติกรรมของผู้ดูแลที่ส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัย ได้แก่ การประเมินตาม สถานการณ์ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับงานของผู้ดูแล

มุมมองที่ 2 พฤติกรรมของผู้ดูแลส่งผลให้เกิดภาระเชิงปรนัย ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ต้องทำ ตามสถานการณ์ในการดูแล

มุมมองที่ 3 พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัยจากการประเมินสถานการณ์ ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรบกวนของผู้ป่วย

มุมมองที่ 4 พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาระเชิงปรนัยจากการที่ผู้ดูแลมีภาระหน้าที่ ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ต้องทำเนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก

เพ็ญพักตร์ อุทิส (2544) ให้ความหมายว่า ภาระดูแลคือ ความเครียดหรือภาระที่เป็นผลมา จากการตอบสนองหลายมิติของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ดูแล มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การดูแล

แบ่งเป็น 1) ภาวะเชิงอัตวิสัย เป็นภาวะที่เป็นรูปธรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อชีวิตส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงบทบาทความมากน้อยของกิจกรรมการดูแล 2) ภาวะเชิงจิตวิสัย เป็นความคิดความรู้สึกหรือความกลุ้มใจอันเป็นผลมาจากการรับรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ การให้การดูแล ซึ่งมักแสดงออกโดยทัศนคติและอารมณ์

จะเห็นได้ว่าได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับภาวะในรูปแบบที่เหมือนและแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละคนและเหมาะสมกับงานวิจัยนั้นๆ สำหรับแนวความคิดภาวะของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา คือ แนวความคิดภาวะของผู้ดูแล (caregiver burden) ของ Montgomery et al. (1985) โดยให้ความหมายของภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเคียดแค้น ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาวะของผู้ดูแลเป็น 2 ด้านได้แก่ 1) ภาวะเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ปฏิกริยาทางอารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแล และ 2) ภาวะเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมร่วมในสังคม หน้าที่การงาน และภาวะสุขภาพ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาวะหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

3.2.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา อาจมีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลได้ ดังเช่นการศึกษาของ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะในการดูแล และภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ครั้งแรกหลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะในการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ร้อยละ 27 และร้อยละ 17 ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ส่วน Oberst et al. (1989) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการรักษากับภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบำบัด พบว่าระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการรักษาทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะในการดูแลมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาทั้งสองกรณีมีความขัดแย้งกัน จึงไม่อาจสรุปทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลกับความรู้สึกเป็นภาวะได้

3.2.2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรงได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน และคนใกล้ชิด อาจมีฐานเริ่มมาจาก มีความสนใจร่วมกัน จึงมีความสัมพันธ์ต่อกันในหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล ภายใต้สถานการณ์แต่ละอย่าง การช่วยเหลือเกื้อกูลที่ได้รับจากกัน จึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelves, 1986)

3.2.3 รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985) Montgomery et al. (1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาระของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าครอบครัวที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย

3.2.4 อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้การรับรู้ภาระต่างกัน (Lefley, 1987; Cook et al., 1994) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย เช่นเดียวกับ การศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีภาระในการดูแลน้อย (Montgomery et al., 1985)

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

3.2.6 การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา เช่น การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร แก่ผู้ดูแลช่วยลดภาระเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหาได้ (Montgomery et al., 1985)

3.2.7 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (นิศากร แก้วพิลา, 2545; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อตรงต่อการรับรู้ภาระ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ผู้ดูแลในครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะจะทำให้เกิดความรู้ มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) ทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง เป็นผลให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง Montgomery et al. (1985)

3.2.8 ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

3.2.8.1 พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่พฤติกรรมที่น่ากลัวหรือแปลกประหลาดของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ใช้บ่งชี้ภาระของผู้ดูแล (Maurin & BOYD, 1990; Fadden et al., 1987 อ้างถึงในทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) พฤติกรรมที่รุนแรงหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระได้ เช่น ในประเทศอินเดียมีการศึกษาเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบซึ่งผู้ป่วยไม่สนใจตนเอง เฉย เฉื่อยชา ไม่ค่อยพูด กับกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก ได้แก่ผู้ที่แสดงอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีท่าทีแปลกๆ ก้าวร้าว พบว่า ภาระไม่แตกต่างกันมากในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยชนิดที่มีอาการทางบวกมีภาระที่มีอยู่จริงต่ำกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ Raj et al. (1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โปเรตสซิก (Potaszik et al., 1984 อ้างถึงใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) โดยได้ทำการสอบถามครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 43 ราย พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเดือดร้อนในระดับสูงของญาติ ได้แก่ อาการของผู้ป่วย เช่น การแยกตัวออกจากสังคม การหลงผิด และ Tessler et al., 1987 อ้างถึงใน ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) ได้กล่าวไว้ว่าระดับความเจ็บป่วยและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเป็นตัวทำนายภาระผู้ดูแลได้ นอกจากนี้จำนวนพฤติกรรม ที่เป็นปัญหาซึ่งคงอยู่ในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษายาวนาน มีผลต่อภาระเช่นกันหากผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมหรือ อาการทางจิตหลายอาการจะทำให้ผู้ดูแลเป็นภาระมาก (Salles, 1994)

3.2.8.2 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาในประเทศมาเลเซียเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับภาระของครอบครัว พบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาระเพียงเล็กน้อย (Salich, 1994)

3.2.8.3 จำนวนผู้ป่วยในการดูแลหากผู้ป่วยในการดูแลมากยิ่งเท่าไรก็ทำให้ผู้ดูแลมีภาระมากขึ้น

3.3 การประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง นอกจากนี้การรับผิดชอบในหลายบทบาท เช่น การดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในครอบครัว การหารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าจากการรับบทบาทที่มากเกินไป (รุจา ภูโพนุลย์, 2535) จนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้ากับการดูแล (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; Song, Biegel, & Milligan, 1988; Sallch, 1994; Eakes, 1995; Adamcc, 1996; Hobbs, 1997) ดังเช่นการศึกษาของ Sallch (1994) พบว่า อาการของผู้ป่วยจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้อื่น และบางครั้งมีผลให้ผู้อื่นมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ดูแลต้องกระทำแทน อีกทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเองผู้ป่วยและสิ่งของต่างๆอีกด้วย

3.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่างๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรถึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (วรภช นิธิกุล, 2535; ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นดราม่า และความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เศร้า โศก เสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความ

ปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกกับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

3.3.3 ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านอื่นๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง (จูไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการเฝ้าดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ ประเพณีต่างๆ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (วรกช นิธิกุล, 2535; ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; มนตรี อมรพิเชษฐกุลและ พรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544; Eakes, 1995)

3.3.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องขาดงาน รวมทั้งผู้ดูแลต้องลางานหยุดงานหรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541; Thomson et al., 1993; Eakes, 1995) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (นมิตาล. สกุต, 2544) ดังเช่นการศึกษาของ เพชรา อิมเมม (2531 อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล และรายได้ของสมาชิกคนอื่นๆ ลดลง

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหา และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังที่กล่าวมาข้างต้นเป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการเบียดเบียนผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดูแล ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ผู้ป่วยทุกคนต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการความห่วงใย เอื้ออาทร และต้องการกำลังใจจากครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความท้อแท้ในการดูแลรักษาอาการป่วยของตนช่วยให้อาการป่วยทางจิตและเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ดังนั้นหากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้จะส่งผลให้

ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ป่วยจิตเภทก็จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการประเมินภาระในการดูแลจากหลากหลายแนวคิด ดังนี้

การประเมินภาระในการดูแลของ Oberst (1991) ได้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดกระทำดูแลว่าควรสนใจทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความต้องการในการดูแล และความยากลำบากในการดูแล แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ

1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแลซึ่งมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแล วัดจากความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม

2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) หมายถึง กิจกรรมการดูแลซึ่งมีปริมาณความต้องการในการดูแล (demand) วัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม

Oberst (1991) ได้สร้างแบบวัดการดูแล (Caregiver Burden Scale: CBS) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เพื่อวัดภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการกับความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984 cited in Oberst et al., 1989) ในประเทศไทย สายพิณเกษมกิจวัฒนา (2536) เป็นผู้แปลแบบวัดภาระการดูแลของ Oberst (1991) เป็นภาษาไทยและได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากพยาบาลผู้ชำนาญการ จากนั้นนำข้อคำถามบางข้อ ไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อไป

การประเมินภาระในการดูแลของ Montgomery et al. (1985) โดยแบ่งภาระในการดูแลเป็น 2 มิติ คือ

1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึก ทักษะคิด ปฏิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือยร้อน อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ

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

Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติดังกล่าวข้างต้น ในประเทศไทยแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆ ได้ จึงทำให้เห็นภาระในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้นการที่จะนำเครื่องมือมาใช้ควรพิจารณาให้

เหมาะสมกับภาระในการดูแลในมุมมองที่ต้องการประเมิน เพื่อที่จะให้การประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกศึกษาภาระในการดูแลโดยใช้วิธีการประเมินตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งมองภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) และภาระเชิงปรนัย (objective burden) เนื่องจากเป็นการมองภาระที่ชัดเจนครอบคลุมมากที่สุด และมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

3.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรมีบทบาทในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ดังนี้

3.4.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุดเช่น พฤติกรรมนำบัดต่างๆ การฝึกให้ผู้ดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหว (Elloit, 1998)

3.4.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลเพื่อลดภาระการดูแล แบ่งออกเป็น

3.4.2.1 การให้ความรู้ (education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545) และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวัง และการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สี่ขของความพึงพอใจ และเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ (Kasuya, 2000) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดภาระการดูแลได้ เช่น ครุณี คชพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มประคองและจิตศึกษาสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

3.4.2.2 กลุ่มสนับสนุน (support group) เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาระการดูแลจากการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน (Dunkin et al. อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545) นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แหล่งประโยชน์ และวิธีการแก้ปัญหา Howe & Howe (1987 cited in Cook, 1999) ได้ศึกษาผลของการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุนต่อภาระการดูแลของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ (The Effect of Support group Participation on Caregiver

Burden Among Parent of Adult Off Spring with Severe mental illness) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีภาระการดูแลที่ลดลง

3.4.2.3 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การทำครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับ การแทรกแซงการรักษาผู้ป่วยหรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้ และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ศรีราที, 2545)

3.4.2.4 การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (develop family strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต และต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักของทุกวัน รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกรักของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจ และเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระในการดูแล

3.4.2.5 การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (involving caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรค หรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลของการรักษาผู้ป่วยต่อผู้ดูแล (Elliot, 1998) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมเป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณ โน, 2541) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแล และผลลัพธ์ของการดูแลในทางบวก (Kramer, 1993 อ้างถึงใน จอม สุวรรณ โน, 2541) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือ การมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การร่วมวางแผนการรักษา และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและผลลัพธ์ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างทีมการรักษาและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษานี้จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และความรู้สึกรักของการมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์และเป้าหมายของการมีส่วนร่วมคือ ผู้ดูแลพบกับความต้องการของตนเอง (Mohr, 2000)

สรุป บทบาทของพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมี 2 แนวทางคือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล ซึ่งผู้ศึกษามีความสนใจที่ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยการใช้ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว ได้รับความรู้เรื่อง โรคจิตเภท และข้อมูลอื่นๆ ทั้งจากพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวด้วยกัน ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง Montgomery et al. (1985) พร้อมกับการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อรับฟังปัญหา ให้ความรู้เพิ่มเติมให้กำลังใจ กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับยุคสมัยนับเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยผู้ดูแล

และสมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัว ชุมชนและสังคม มุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation)

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989) สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่าง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีป้องกันการป่วยซ้ำได้ วิธีการนี้มักนิยมใช้ก่อนหรือร่วมกับการทำครอบครัวบำบัด (family therapy)

การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (network) Anderson et al. (1980) ซึ่งในที่นี้หมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไข้ปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือและสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย

การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบโดยแบ่ง ดังนี้ (Williams, 1989)

1) การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psycho education) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ฝึกทักษะ สามารถดูแลตนเองได้

2) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการ

แก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสมและมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัว ในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวถือว่าการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเย็บขาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การปรับประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey, 1989) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษารูปแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความเป็นมิตรระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional over involvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อยสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวพัฒนาขึ้นโดย Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย

1) การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัว เพื่ออนาคตที่ดีกว่า

2) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

3) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้

จากผลการวิจัยดังกล่าว ทำให้ผู้รักษาดังข้อสันนิษฐานว่า ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อากา และอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ความไม่รู้และไม่เข้าใจของครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากโรคของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด และกลับเป็นซ้ำอีก ดังนั้น รูปแบบของการบริการจึงให้จัดในรูปแบบของโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัว โดยมุ่งเน้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิต สาเหตุของโรค การรักษา การพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา (problem solving skills) การอยู่ในสังคม (social skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) แก่ครอบครัว

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พัฒนาขึ้นโดย Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย

1) การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้าง ความหวังให้กับครอบครัว เพื่ออนาคตที่ดีกว่า

2) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

3) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper et al., 1992) ดังนี้

- 1) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
 - 2) การช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย
 - 3) การจัดการในเรื่องการใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย
 - 4) รับฟังครอบครัว และช่วยเหลือในการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม
 - 5) ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับโปรแกรมการรักษาสำหรับผู้ป่วย
 - 6) ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
 - 7) ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์
 - 8) การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยทางจิต การรักษา การประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม
 - 9) การวางแผนการช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว
 - 10) การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว
 - 11) ส่งเสริมครอบครัวในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมสอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัวของสมาชิกในครอบครัว
 - 12) การลดความสับสน ความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว
- จากแนวคิดดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษา ดังนี้
- ผู้ป่วย ได้แก่ 1) ช่วยสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ 2) ลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล 3) ลดปริมาณการใช้จ่าย 4) พัฒนาทักษะทางสังคมและการติดต่อสื่อสาร 5) ช่วยเพิ่มรายได้ และโอกาสในการประกอบอาชีพ 6) สร้างความแข็งแกร่งให้กับครอบครัว 7) ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว
- ครอบครัว 1) เป็นการเตรียมทักษะในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ 2) พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต 3) พัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด 4) ลดความรู้สึกเป็นตราบาปและการแยกตัว 5) ลดความตึงเครียด 6) พัฒนาสัมพันธภาพภายในครอบครัว
- ผู้รักษา 1) พัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ภายในชุมชนและการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย 2) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่หลากหลาย และวิธีการรักษาพยาบาล 3) ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย 4) สามารถลดการดูแลในภาวะวิกฤตได้ 5) พัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว
- จะเห็นได้ว่า เมื่อได้รับการประคับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ในการเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อม ๆ กัน กลายเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาล

ภายใน 1 ปีแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาอีกด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง

5. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ในการศึกษาค้นคว้าและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งพัฒนาโดย จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิด ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาได้นำมาสร้างเป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ในทุกกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้นและผู้ศึกษาได้เพิ่มกิจกรรมการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษา กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) ซึ่งพัฒนาโดย จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) โดยการที่ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว และพยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อม และมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอัตราและปริมาณลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ซึ่งพัฒนาโดย จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว (psychoeducation programs) จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอัตรานัยและปรนัยของผู้ดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย เพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ซึ่งพัฒนาโดย จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการให้ความรู้ครอบครัว เรื่องการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) มาใช้ในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระภาระทั้งด้านอัตรานัยและปรนัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งพัฒนาโดย จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) มาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะ

เผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน ทีประพิน สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอัตนัยได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมซึ่งพัฒนาโดย จิราพร รักรการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544) และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ในการแก้ไขปัญหาก็ที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Thompson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ทีประพิน สุขเขียว, 2543) ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระด้านปรนัยลดลง

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วัน ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์นาน 20 นาที การติดตามทางโทรศัพท์พบว่าสามารถช่วยประคับประคองด้านจิตใจ เป็นการจัดสิ่งร่ำใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา (Mcintosh & Worley, 1994) เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาใช้โทรศัพท์ ในการกระตุ้น การแนะนำ การเสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจและเป็นที่ยปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ส่งผลต่อการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง

จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ สูงกว่าก่อนการได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้วพบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย สูงกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัฒนาคูทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พวงสร้อย วรกุล, นันทิกา ทวิชาชาติและพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย (2551) ร่วมกันศึกษาผลของโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้เจตคติที่มีต่อโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 91 ราย ดำเนินการโดยทีมจิตแพทย์ในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประกอบด้วยการให้ความรู้โดยวิธีการสอน การอภิปรายเป็นกลุ่ม และการฝึกทักษะการสื่อสาร ผล การศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และเจตคติก่อนและสิ้นสุดโครงการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 และน้อยกว่า 0.01 ตามลำดับสรุปได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับ โรคจิตเภท ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของความรู้และเจตคติของผู้ดูแล กระบวนการที่ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทน่าจะช่วยเพิ่มความรู้ ปรับเปลี่ยนเจตคติ และส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทได้

Lai- Yu Cheng (2002) ศึกษาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม 32 คน กลุ่มทดลอง 32 คน ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ด้านจิตใจความรู้สึกภาระใน

ครอบครัว ความเข้าใจในการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Ran (2003) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยมีกลุ่ม Family intervention n = 126 กลุ่ม Drug group n = 103 กลุ่ม Control group n = 97 พบว่ากลุ่ม Psychoeducation มีอัตราการกลับซ้ำ 16.3 % (P = < 0.05) กลุ่ม Drug group มีอัตราการกลับซ้ำ 37.8% (P = < 0.05) กลุ่ม Control group มีอัตราการกลับซ้ำ 61.5 % (P = < 0.05)

Reinares et al. (2004) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน เพื่อประเมินผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนและประเมินภาระของผู้ดูแล โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนสุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวน และทักษะการเผชิญความเครียด ผลการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสามารถเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค และสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระทั้งภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยได้

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล

เขาวลัทธิ กลิ่นหอม (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งของการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชในครอบครัวนั้น มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวระดับปานกลางทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล

ทานตะวัน เข้มบุญเรือง (2540) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว ภายหลังจากการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

รัชนิกร อุปเสน (2541) ได้ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทครอบครัว ที่อาศัยในเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 10 คน เป็นชาย 3 คน หญิง 7 คน อายุระหว่าง 51-60 ปี และเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อความหรือประโยคที่แสดงออกถึงกิจกรรม ความรู้สึกนึกคิดของญาติผู้ดูแลต่อประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงถึงบทบาท และภาระที่เกิดขึ้น

จากการให้การดูแล ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา โดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและสรุปนำเสนอในเชิงปริมาณ ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบทบาทผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านตามการดูแลที่จำเป็น โดยทั่วไป ส่วนการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยญาติผู้ดูแลแสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือ และบทบาทผู้จัดการดูแล และยังพบว่า ในบางครั้งญาติผู้ดูแลไม่แสดงบทบาทใด ๆ ส่วนภาระในการดูแลที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของญาติผู้ดูแล พบภาระในเชิงรูปธรรมคือ ในด้านการพักผ่อน สุขภาพกาย สุขภาพจิต และภาวะเศรษฐกิจ ส่วนในด้านปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ และความรู้สึกเป็นภาระในเชิงนามธรรม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ศิริรณภา นันทพงษ์ (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายด้าน ด้านการได้รับการช่วยเหลือ และคำแนะนำต่างๆ สูงกว่าด้านอื่นๆ แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พบมากที่สุดได้แก่บุคลากรด้านสุขภาพ บิดามารดา และพระหรือนักบวชตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตอื่นๆ

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

ครุณี คชพรหม (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มปรับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับกลุ่มปรับประคองและจิตศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ภาวะเชิงประนัยและภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททดลองภายหลังได้รับกลุ่มปรับประคองและจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าภาวะเชิงประนัยและภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกลุ่มปรับประคองและจิตศึกษา มีภาวะเชิงประนัยและภาวะเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สกาวรัตน์ ภูษา (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินหรือการตอบสนอง การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านแหล่งประโยชน์และบริการ โดยเข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ในเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะการดูแลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กลุ่มทดลองมีปัจจัยในการบำบัดเกิดขึ้นดังนี้คือ การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การระบาย การให้ข้อมูล ความเกื้อกูล การได้รับความจริงของชีวิต และความหวัง

สมคิด ศรีราวี (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ภาวะการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

Hatfield (1979) ได้สำรวจสภาพความเดือดร้อนของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 89 คน เพื่อประเมินความต้องการของครอบครัว และวิธีเผชิญปัญหา ผลการศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดแก่ครอบครัว ร้อยละ 65 ครอบครัวมีความวิตกกังวล ร้อยละ 30 การเจ็บป่วยก่อให้เกิดความยุ่งยากกับบรรดาพี่น้อง ร้อยละ 27 ทำให้ชีวิตในสังคมของครอบครัวยุ่งเหยิง ร้อยละ 20 และครอบครัวมีความรู้สึกเศร้าเสียใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย ร้อยละ 22 นอกจากนี้ยังพบว่า เพื่อน ญาติ

และบุคลากรทางวิชาชีพ และการได้รับการสอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจ และควบคุมการเจ็บป่วยได้

Pai and Kapur (1981) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตเภทครั้งแรก จำนวน 54 คน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งรับการรักษาในโรงพยาบาลตามปกติ อีกกลุ่มหนึ่งให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยร่วมด้วย หลังจากนั้นติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการรู้มีภาระในการดูแลน้อยกว่าและมีการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้น

Jones (1996) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระเชิงปรณัยและภาระเชิงอัตนัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง โดยศึกษาถึงทดลองระยะยาว (Longitudinal quasi-experimental study) ศึกษามากกว่า 3 ปี ระหว่างปี ค.ศ. 1991-1994 จำนวน 514 ราย โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระงานที่หนัก แต่ผู้ดูแลก็ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น คือผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความขัดแย้งกันเกี่ยวกับความต้องการที่มากเกินไปของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอึดอัดใจ ส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัยสูงขึ้น และพบว่าภาระเชิงอัตนัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลมากกว่าพฤติกรรมของผู้ป่วย และภาระเชิงอัตนัยเป็นภาระเชิงระบบมากกว่าภาระเชิงจิตวิสัย

Francell (1998) ได้ศึกษาการรับรู้ภาระของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 86 ครอบครัว โดยการแบ่งเป็นกลุ่มย่อยและสัมภาษณ์ (focus group) เกี่ยวกับประสบการณ์ของภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการป่วยทางจิต ผลการศึกษาพบว่า แนวทางที่จะช่วยลดภาระครอบครัว คือ การให้ความรู้กับครอบครัว (family education) เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการจัดการกับภาวะวิกฤต และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทีมรักษา (inclusion of family in the treatment team) และการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

Magliano et al. (1998) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 236 ราย ซึ่งอาศัยอยู่ใน 5 ประเทศของทวีปยุโรป ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาระ อธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับรู้ภาระในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมและมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ และได้แนะนำว่าควรมุ่งเน้นการปฏิบัติกับครอบครัวเพื่อเพิ่มการสร้างเครือข่ายทางสังคม และการลดความรู้สึกเป็นดราม่า

Dyck, Short & Vitaliano (1999) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 70 ราย ผลการศึกษาพบว่า ทรัพยากรในครอบครัวซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยทำนายภาระ

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาระ อธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับรู้ภาระในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

Lim & Ahn (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเกาหลี จำนวน 57 ราย งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การเผชิญความเครียด และภาระของผู้ดูแลในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นั่นคือผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งรูปแบบของปฏิบัติการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวคือการใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาระเชิงอัตนัย นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลและเพศของผู้ดูแล ยังมีผลต่อการเผชิญความเครียดทางบวกของสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงและผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจะมีการเผชิญความเครียดในทางบวกมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อย ซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนี้ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้ภาระของผู้ดูแลอีกด้วย สำหรับอายุของผู้ดูแลนั้นพบว่าไม่มีผลกระทบต่อภาระของผู้ดูแลเพียงเล็กน้อย

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการติดตามทางโทรศัพท์

รัชนี ศรีศิริธัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายในผู้ป่วยเพศชายหลังจำหน่ายเดือนกันยายน 2544 โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย มีคะแนนการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Mcintosh & Worley (1994) ศึกษาการติดตามการดูแลทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคจิต จำนวน 127 คน โดยติดตามภายใน 72 ชั่วโมง หลังจำหน่ายออกโรงพยาบาล และติดตามซ้ำภายใน 2-3 สัปดาห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลที่ต่อเนื่อง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากการติดตามภายใน 15 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 12 เท่านั้น ซึ่งลดลงจากเดิม

Hunter (2000) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ในการประทับประคอง จิตใจในผู้ที่มีอาการทางจิตเรื้อรัง ในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 21 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 11 คนและกลุ่มทดลอง 10 คน เพื่อช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา กระตุ้น ชักซ้อม ชี้นำในพฤติกรรมให้แรงเสริมเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม พบว่ากลุ่มทดลอง ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำตลอดระยะเวลาที่ทดลอง 60 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 8 คน

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

- พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ
- ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม
- พุดคุยให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

- ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ และการรักษา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

- ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

- ให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ และอาการ และวิธีการจัดการกับความเครียดพร้อมทั้งสาธิตตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

- ให้ความรู้ในเรื่องการสื่อสารในครอบครัว
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนและวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5

ภายใน 3 วัน

- สอบถามปัญหา แนะนำการดูแลหลังการให้โปรแกรมและเพิ่มเติมความรู้ในส่วนที่ครอบครัวยังขาด
- กระตุ้น เสริมแรง สร้างกำลังใจ ให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป

ภาระการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชน

1. ภาระเชิง
อัตนัย
(Subjective
burden)

2. ภาระเชิงปร
นัย
(Objective
burden)