

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาคำอธิบายโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความวารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคจิตเภท
 - 1.1 สาเหตุของโรคจิตเภท
 - 1.2 ระบาดวิทยา
 - 1.3 อาการของโรค การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคจิตเภท
 - 1.4 ผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.7 การบริการพยาบาลและบทบาทพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. แนวคิดกระบวนการกลุ่ม
 - 3.1 ความหมายเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม
 - 3.2 แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram
 - 3.3 การจัดกิจกรรม โดยใช้กระบวนการกลุ่ม
4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษา
 - 4.1 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษา
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่ม
 - 4.3 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
5. บทบาทพยาบาลในการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่ม
6. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่ม

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษา
ด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด มีอัตราการป่วยซ้ำสูง เป็น
ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในสมอง อาการสำคัญ คือ มีความผิดปกติในการคิดร่วมกับความผิดปกติของ
อารมณ์ มีความผิดปกติในการรับรู้ พฤติกรรม การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องทาง
หน้าที่การงานและสังคม (Gubman & Tessler, 1987 อ้างในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.1 สาเหตุของโรคจิตเภท ปัจจุบันยึดตามหลักทฤษฎี Stress diathesis model หมายถึง คนที่
ป่วยเป็นจิตเภทนั้นมีแนวโน้มทางชีววิทยาที่จะป่วยเป็นจิตเภทอยู่แล้ว เมื่อมาพบกับความเครียด
ต่างๆซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยทางชีววิทยา กรรมพันธุ์ จิตวิทยา สังคมหรือสิ่งแวดล้อม ก็มีโอกาสมาก
เป็นโรคจิตเภทได้ โดยแบ่งสาเหตุการเกิดโรคดังนี้ (ปราชญ์ บุญขวงศิริโรจน์ และคณะ, 2547)

1.1.1 สาเหตุทางร่างกาย (Biological factor)

1.1.1.1 สาเหตุที่เกิดจากการที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนต่างๆ ได้แก่

1) Limbic system มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สติ การแสดงออกทาง
อารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2) Frontal cortex มีหน้าที่เกี่ยวกับควบคุมการเคลื่อนไหว ความตั้งใจ
สติปัญญาขั้นสูง เช่น การวางแผนแก้ปัญหา

3) basal ganglia มีหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมการเคลื่อนไหวทำงาน
ร่วมกับ Cerebellum Frontal cortex และ Thalamus ในการควบคุมความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การ
ประสานการเคลื่อนไหวให้เป็นไปอย่างราบเรียบ

1.1.1.2 สารเคมีในสมอง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทใน
สมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) โดยมีสมมุติฐาน
การเกิดโรคดังนี้

1) สมมุติฐานโดปามีน (Dopamine hypothesis) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิด
อาการในโรคจิตเภทเนื่องจากยา chlorpromazine และยารักษาโรคจิตตัวอื่นๆลดการทำงานของ โด
ปามีน ยาที่มีผลลดการทำงานของโดปามีนทุกตัวสามารถลดอาการทางบวกของโรคจิตเภท
นอกจากนี้ยังพบว่ายาที่เป็น dopamine agonists เช่น amphetamineทำให้เกิดอาการทางจิตของผู้ป่วย
แย่งลง สมมุติฐานเหล่านี้ทำให้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง การทำงานของระบบประสาท
ว่าการหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการทางบวก แต่สำหรับการเกิดอาการ

ทางลมแล้ว พบว่าอาจเกี่ยวข้องกับการทำงานที่ลดลงของโดปามีนในสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) นอกจากอาการทางด้านลบแล้วการทำงานที่ลดลงของโดปามีนจะทำให้ความสามารถในการเรียนรู้และความจำลดลง (ชนศักดิ์ เทียกทอง, 2550)

2) สมมุติฐานซีโรโตนิน (Serotonin hypothesis) ซีโรโตนินมีบทบาทในการเกิดโรคจิตเภท โดยพบว่า Serotonin receptor มีจำนวนมากในสมองส่วน ncocortical areas และยาที่มีผลกระตุ้น receptor เหล่านี้จะมีผลยับยั้ง dopamine receptor และยับยั้งการหลั่งโดปามีน ซึ่งทำให้เกิดอาการด้านลบได้ (ชนศักดิ์ เทียกทอง, 2550)

1.1.1.3 พันธุกรรม (Genetic factor) จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภท พบว่าพี่น้องของผู้ป่วยและบุตรที่มีบิดา มารดาเป็นโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลทั่วไป สำหรับการศึกษานี้ในบุตรบุญธรรมพบว่า บุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่วนการศึกษาในกลุ่มแฝดพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงถึงร้อยละ 40-50 บุคคลที่มีทั้งบิดามารดาป่วยมีโอกาสเกิดโรค ร้อยละ 40 และบุคคลที่มีบิดาหรือมารดาป่วยมีโอกาสป่วยร้อยละ 12 (Kaplan & Sadock, 1995)

1.1.2 สาเหตุทางจิตวิทยาและสังคม (Psychosocial factor)

1.1.2.1 ปัจจัยทางครอบครัว มีทฤษฎีกล่าวว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion : HHE) จะมีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีลักษณะการสื่อสารดังนี้ Criticism ดำหนิติเตียน วิพากษ์วิจารณ์ มีความเกลียดชัง ไม่เป็นมิตร Over involvement ควบคุมผู้ป่วย และทำเหมือนกับว่าผู้ป่วยเป็นทารก (สุชาติ พหลภาคย์, 2547)

1.1.2.2 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) พบความผิดปกติ เช่น ความผิดปกติของการเรียนรู้ และความผิดปกติของระบบครอบครัว เป็นต้น ในปัจจุบันปัจจัยทางจิตสังคมถูกนำมาใช้วางแผนการรักษาหลังจากป่วยมากกว่าที่จะคำนึงถึงในแง่ของสาเหตุ โดยในแง่ของครอบครัวพบว่าสภาพครอบครัวที่มีผลต่อการกำเริบของโรค ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อยๆนั้น ครอบครัวมีสัมพันธภาพไม่ดี มีการติดต่อสื่อสารที่ล้มเหลว แสดงบทบาทไม่เหมาะสม มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ได้แก่ การดำหนิ การวิพากษ์ การวิจารณ์ มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียในด้านการพัฒนาจิตใจ และพบอีกว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต อยู่

เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่คงอยู่ในสภาพเดิม หรือการที่สังคมบีบบังคับทำให้คนเป็น โรคจิตมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; มาโนช หล่อตระกูล, 2546)

1.1.2.3 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture factor) สังคม และสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการ โรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสภาพเดิมหรือการที่สภาพสังคมบีบบังคับทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

กล่าวโดยสรุป ปัจจุบันโรคจิตเภทยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด โดยสาเหตุของโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งแต่ละปัจจัยอาจมีบทบาทในผู้ป่วยแต่ละราย ไม่เท่ากัน

1.2 ระบาดวิทยา

1.2.1 อุบัติการณ์ 0.1 – 0.5 ต่อ 1,000 ความชุก 2.5 – 5.3 ต่อ 1,000

1.2.2 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (lifetime prevalence) 7.0 – 9.0 ต่อ 1,000

1.2.3 หญิงและชายพบได้พอกัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง

1.2.4 อายุพบในช่วง 15 – 54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น

1.3 อาการของโรคการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคจิตเภท

1.3.1 ลักษณะอาการทางคลินิก แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทยอเมริกัน (American psychiatric association, 1994; Boyd, 2005; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ดังนี้

1.3.1.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptom) ลักษณะอาการด้านบวกที่สำคัญ ได้แก่ มีการแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิดและคำพูด (Disorganized thought and speech) คือ ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม มีอาการหลงผิด (Delusion) คือ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริงและเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น มีอาการประสาทหลอน (Auditory hallucination) คือการมีการรับรู้ทั้ง ๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส โดยอาการหูแว่วเป็นอาการประสาทหลอนชนิดที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท และมีการแสดงออกในด้านพฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเป็นผลมาจากความคิดหลงผิด มีอาการประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลก ๆ ของผู้ป่วย

1.3.1.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptom) คือ ลักษณะอาการด้านลบที่สำคัญได้แก่ มีลักษณะการแสดงพฤติกรรมน้อยลง มีปัญหาในด้านการแสดงออกของอารมณ์ คือ มีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก ไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ (Affective flattening) พูดน้อยลง (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เรื่องเรียน เก็บตัวไม่แสดงออกเฉยเมย

1.3.2 การดำเนินโรค สามารถแบ่งได้เป็น 2 ช่วงตามระยะเวลา ได้แก่ การดำเนินโรคระยะต้น และการดำเนินโรคระยะยาว โดยการดำเนินโรคในระยะต้นประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะก่อนป่วย ระยะอาการนำและระยะอาการโรคจิต (ทวิชชัย ตีพพานาจ, 2552)

1.3.2.1 ระยะอาการก่อนป่วย เป็นช่วงระยะเวลาก่อนที่จะมีอาการใดๆของโรคเกิดขึ้น ในระยะนี้เกือบทั้งหมดจะมีลักษณะที่ประกอบด้วยการมีความบกพร่องเล็กน้อยๆที่ไม่ชัดเจนของ cognitive function ได้แก่ ระดับเชาวน์ปัญญา (IQ) ความใส่ใจ (attention) ความจำที่เกี่ยวข้องกับการพูด และ motor skill ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคม และการศึกษาล่าเรียน

1.3.2.2 ระยะอาการนำ เป็นระยะที่นำมาก่อนที่จะเกิดอาการโรคจิต (pre psychotic state) ในระยะนี้บุคคลนั้นๆ จะมีลักษณะทั้งทางด้านพฤติกรรม และประสบการณ์ เบี่ยงเบนไปจากปกติที่เป็นอยู่เดิม อาการผิดปกติเริ่มเกิดขึ้นหลังเข้าสู่วัยรุ่นถึงต้นวัยผู้ใหญ่ ระยะนี้อาจกินเวลาดังแต่ไม่กี่สัปดาห์จนถึงหลายปี ซึ่งการทำงานที่บกพร่องอย่างชัดเจน และเพิ่มขึ้นเป็นลำดับไม่ว่าจะเป็นด้านการเรียน การทำงาน หรือการดำเนินชีวิตในสังคม อาการในระยะนี้เป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง และไม่มีอาการโรคจิต เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้า และวิตกกังวล แยกตัวจากสังคม มีการเปลี่ยนแปลงทาง cognition ทำให้มี distractibility ง่ายกว่าเดิมและมี attention แ่ลง นอกจากนี้ idea of reference หรือมีกระบวนการคิด (thought process) และเนื้อหาความคิด (thought content) ที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติแต่ยังไม่ถึงขั้นที่มีอาการหลงผิด (sub delusional changes)

1.3.2.3 ระยะเกิดอาการโรคจิต ระยะนี้จะเริ่มในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยระดับความรุนแรงของอาการต่างๆของโรคทั้งกลุ่มอาการบวก กลุ่มอาการลบ อาการด้าน cognition และอาการด้านอารมณ์มีความแตกต่างกัน ได้มากในผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อเกิดอาการโรคจิตขึ้นแล้ว และโรคมีอาการมากขึ้นก็มักพบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยแย่งลงอย่างมาก การแย่งลงของโรคเกิดขึ้นในช่วง 10 ปีแรกของการป่วย หลังจากนั้นอาการทางคลินิกค่อนข้างจะคงที่

1.3.3 การพยากรณ์โรค โรคจิตเภทมีผลลัพธ์ของการรักษาที่แตกต่างกันอย่างมาก กล่าวคือ มีตั้งแต่การฟื้นตัวกลับมาอย่างสมบูรณ์ไปจนถึงความเรื้อรังของอาการของโรค และภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้

ลักษณะต่าง ๆ ที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคที่ดีและไม่ดีของผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะ	พยากรณ์โรคดี	พยากรณ์โรคไม่ดี
- อายุที่เริ่มป่วย	อายุน้อย	อายุมาก
- ใจจืดกระดุน	มีชัดเจน	ไม่มี
- ลักษณะการเริ่มต้นเกิดโรค (on set)	เฉียบพลัน(acute)	ค่อยเป็นค่อยไป(insidious)
- ประวัติการทำงานทางสังคม และทางเพศเมื่อก่อนป่วย	ดี	แย่
- อาการ/พฤติกรรมที่พบ	อาการความผิดปกติทาง อารมณ์ (โดยเฉพาะอาการ ซึมเศร้า)	พฤติกรรมแยกตัว(withdrawn) ออทิสติก
- สถานภาพสมรส	แต่งงาน	โสด หย่า หม้าย
- มีประวัติสมาชิกในครอบครัว	ป่วยเป็นโรคทางอารมณ์	ป่วยเป็นโรคจิตเภท
- ระบบสนับสนุน (support system)	ดี	ไม่ดี
- อาการสำคัญ	มีอาการกำเริบน้อย	อาการลบ, มีอาการและ อาการ แสดงของโรคทาง ระบบ ประสาท
- ประวัติการดำเนินโรค	มีอาการกำเริบน้อย	มีอาการกำเริบหลายครั้ง ไม่มี อาการสงบเลย ในช่วง 3 ปี

1.4 ผู้ป่วยจิตเภท โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต ส่วนมากเริ่มเป็นในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สามารถพบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง ลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและหาวิปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ตันติผลาชีวะ , 2545)

1.4.1 ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งตามการดำเนินโรคออกเป็น 3 ระยะ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ได้แก่

1.4.1.1 ระยะเวลาเริ่มมีอาการ(Prodromal)ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม เริ่มแรก ส่วนใหญ่เก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง อาจหันไปสนใจเรื่องทางด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือไสยศาสตร์ บางคนมุ่งไปสนใจเรื่องบางอย่าง เช่น สะสมของต่างๆ ทั้งๆที่เดิมไม่เคยสนใจมาก่อน หากเป็นนักเรียนจะมีผลการเรียนต่ำลง ครูอาจรายงานว่าเด็กมักเหม่อลอยไม่สนใจเรียน มีความคิด คำพูด หรือพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ยังไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน การสนใจตัวเองเริ่มลดลง เช่น ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย มีการใช้ถ้อยคำ หรือสำนวนแปลกๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือนถึงเป็นปี ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน เมื่อมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้นมาทันที

1.4.1.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยบางคนมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการก็เริ่มมากขึ้นเรื่อยๆจนถึงขั้นอาการกำเริบเลย ส่วนใหญ่อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ ในระยะนี้ความผิดปกติจะมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด พบว่าคนที่ป่วยโรคจิตเภทมักมีอาการในระยะกำเริบที่พบได้บ่อยๆ ดังนี้

1) อาการหลงผิด (Delusions) ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริงและเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมีความเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยก็ไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน

2) อาการประสาทหลอน (Hallucinations) คือ การมีการรับรู้ต่างๆที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อย คือ เสียงแว่ว ผู้ป่วยมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราว และขณะที่ได้ยินก็รู้ตัวดีตลอด ลักษณะที่พบบ่อย คือ เสียงคนคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย ประสาทหลอนที่พบบรองลงมา คือ ภาพหลอน อาจเป็นคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ส่วนใหญ่จะเห็นรายละเอียดชัดเจน และมักมีหูแว่วร่วมด้วย

3) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นความคิดแปลกๆของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น ไม่อาบน้ำหลายวันติดๆกัน กลางคืนไม่นอน ชอบเดินไปมา หรือทำท่าทางแปลกๆ บางครั้งก็ตะโกนโวยวายหรือหัวเราะขึ้นมา แต่งตัวแปลกๆ บางคนควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน โดยเฉพาะเมื่อญาติขัดใจหรือเข้าไปห้ามไม่ให้ทำอะไรบางอย่าง ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนให้ญาติ จนต้องพามาพบแพทย์

4) อาการด้านอารมณ์ อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางคนมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะคิกคักคนเดียว ทั้งๆที่ไม่มีเรื่องที่น่าขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการ โรคจิตดีขึ้น

1.4.1.3 ระยะอาการทุเลา (Stabilization phase) เป็นระยะที่อาการต่างๆ ในช่วงที่กำลังทุเลาลง อาการหลงผิดหรือประสาทหลอนลดน้อยลง พูดฟังรู้เรื่องมากขึ้น ระยะนี้ นานประมาณ 6 เดือนหลังจากที่เริ่มมีอาการกำเริบ บางรายอาจนานกว่านี้

1.4.1.4 ระยะอาการคงที่ (Stable phase) เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มคงที่ หรือหากจะมีก็ไม่น่ารุนแรงเท่าในระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางคนอาจไม่มีอาการเลย ในขณะที่บางคน อาจมีอาการแสบคัน หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว อาจมีความคิดแปลกๆ หลงเหลืออยู่บ้าง บางครั้งรู้สึกกระแวงแต่ไม่ปักใจเชื่อ

1.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีสาเหตุจากปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน การรักษาจึงมักใช้วิธีการหลายอย่างร่วมกันไป โดยที่แต่ละวิธีก็มีส่วนช่วยรักษาอาการ และเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคโดยกลไกต่างกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ได้มาหาจิตแพทย์เอง แต่ถูกพามารักษาโดยญาติหรือบุคคลอื่น จะมีบ้างก็เป็นส่วนน้อยที่ผู้ป่วยมารับการรักษาเองตั้งแต่ต้น การซักประวัติส่วนใหญ่จึงมักได้จากญาติผู้ป่วย โดยที่ข้อมูลจากผู้ป่วยเองอาจเชื่อถือไม่ค่อยได้ หรือบางครั้งเรื่องที่เล่าก็เป็นอาการหลงผิดของผู้ป่วย ผู้รักษาจำเป็นต้องวินิจฉัยให้ได้โดยเร็วและวางแผนการรักษาทันที หากการวินิจฉัยยังไม่แน่นอน ก็ต้องประเมินความเสี่ยงในการที่ผู้ป่วยจะ ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือต่อผู้อื่น ปัญหาแรกที่ต้องตัดสินใจก็คือการที่จะรับผู้ป่วยไว้รักษา ในโรงพยาบาลหรือไม่ หากเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ไม่รวมมือในการรักษา และมีความเสี่ยงในการที่จะ ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นก็ต้องพิจารณารับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจแบ่งได้ดังนี้

1.5.1 Biological treatments การรักษากลุ่มนี้ ได้แก่การรักษาด้วยวิธีการใดๆ ที่กระทำต่อร่างกายโดยใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ ในอดีตเคยมีวิธีการที่นำมาใช้หลายอย่าง แต่ในปัจจุบันนี้มีเพียงการรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้าเท่านั้นที่ใช้กันอยู่ สำหรับการผ่าตัดสมอง เพื่อรักษาอาการทางจิต (psychosurgery) มีทำกันอยู่บ้างเป็นบางแห่งซึ่งไม่มากนัก

1.5.1.1 การใช้ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs) เป็นวิธีการรักษาที่จำเป็นที่สุดใน active phase ของโรคจิตเภท สามารถรักษาอาการที่สำคัญต่างๆ เช่น ประสาทหลอน และหลงผิด ให้หายได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ โดยกลไกการออกฤทธิ์เชื่อว่าไปยับยั้ง postsynaptic dopaminic receptors ในสมองยารักษาโรคจิตเป็นตัวช่วยให้ผู้รักษาสามารถพูดคุย และสร้างสัมพันธ

ภาพกับผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น การให้ยาในขนาดต่างๆเมื่ออาการของโรคสงบแล้วเพื่อเป็น maintenance treatment ยังช่วยป้องกันการกลับเป็นอีกได้ด้วย

1.5.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในโรคจิตเภทแม้ว่ายังมีการถกเถียงกันมาก และไม่ได้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปแต่จิตแพทย์ส่วนใหญ่ก็ยอมรับว่าเป็นการรักษาที่มีประโยชน์มาก และบางครั้งก็ขาดไม่ได้เลย หากต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้อัตราการหาย (remission rate) ในกลุ่มที่ใช้การรักษานี้ดีกว่ากลุ่มที่ใช้ยารักษาเท่านั้น อย่างไรก็ตามการรักษานี้ก็ไม่ควรที่จะนำมาใช้เป็นการรักษาอันดับแรกในโรคจิตเภท นอกจากมีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจนเท่านั้น

1.5.2 Psychosocial treatments การรักษาในกลุ่มนี้ใช้วิธีการทางจิตเป็นสำคัญ โดยเน้นที่การพูดคุยทั้งกับตัวผู้ป่วยโดยลำพังและเป็นกลุ่ม การพูดคุยกับญาติ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ตลอดจนนำหลักการของพฤติกรรมบำบัดมาประยุกต์ใช้ด้วย ซึ่งโดยทั่วไปการรักษาทางใจมักใช้ควบคู่ไปกับการให้ยารักษาโรคจิต การรักษาในกลุ่มนี้ได้แก่

1.5.2.1 Individual psychotherapy จิตบำบัดรายบุคคลในโรคจิตเภทมีข้อจำกัด และไม่สามารถทำได้ในทุกระยะของโรค บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่พูดเลยหรือพูดนอกเรื่องจนไม่สามารถสื่อสารกันได้ การรักษาจึงต้องใช้วิธีการที่แตกต่างไปจากแบบที่ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคจิต การรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง เน้นที่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วย พยายามดึงผู้ป่วยให้กลับสู่โลกของความเป็นจริง ช่วยแก้ไขหน้าที่ของ ego ที่บกพร่อง เสริมสร้าง ego ที่อ่อนแอให้เข้มแข็งขึ้น ให้รู้จักใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสมเปลี่ยนแปลงแก้ไขกลไกทางจิตที่เป็นพยาธิสภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ป่วยอาจเรียนรู้วิธีการเลียนแบบ ego ของผู้รักษา บางครั้งผู้รักษาอาจใช้คำแนะนำแบบตรงไปตรงมา ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการคิดอย่างมีเหตุผล คล้ายกับเป็นการสอนเด็กให้เติบโตขึ้นอย่างเหมาะสมซึ่งโดยมากผู้ป่วยก็มีการถดถอยไปสู่สภาวะเหมือนเด็กอยู่แล้ว

การพูดคุยถึงเรื่องที่เป็นอาการหลงผิดของผู้ป่วย ไม่ควรไปโต้แย้งกับผู้ป่วยจนเกินควรเพราะไม่เกิดประโยชน์ และไม่ควรพูดอะไรที่เป็นการสนับสนุนความคิดของผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงการถกเถียงเรื่องเหล่านี้จนกว่าอาการผู้ป่วยจะทุเลาโดยฤทธิ์ของยาเสียก่อน หากผู้ป่วย พูดถึงสิ่งใดที่ผู้รักษาเห็นว่าไม่เกิดประโยชน์ที่จะไปโต้แย้งด้วยก็อาจรับฟังไว้เฉยๆ หากผู้ป่วยพูดนอกเรื่องผู้รักษาก็อาจเตือนได้ ผู้รักษาไม่จำเป็นต้องไปตอบคำถามของผู้ป่วยทั้งหมด เพราะบ่อยครั้งก็เป็นการถามโดยไม่มีจุดหมายหรือไม่ได้ต้องการคำตอบจริงจัง ผู้รักษาควรเข้าใจว่าผู้ป่วยต้องการอะไร และพูดถึงเรื่องนั้นมีความหมายอย่างไร ซึ่งจะเป็นประโยชน์กว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการวางแผนอนาคตอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งที่ควรทำเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ควร

สนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตให้เหมือนปกติมากที่สุด ทั้งด้านการเรียน การงาน ครอบครัวและสังคม

1.5.2.2 Family therapy การรักษาผู้ป่วยโรคจิต ต้องยึดหลักในการที่จะให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ญาติผู้ป่วย นอกจากจะให้ประวัติและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยให้ผู้รักษาได้เห็นปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ตลอดจนพยาธิสภาพของครอบครัว อันมีส่วนเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยผู้รักษาจะเข้าใจ psychodynamics ได้ชัดเจนขึ้น

การทำครอบครัวบำบัด มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสม และสร้างสรรค์ความสัมพันธ์ที่ผิดปกติควรได้รับการแก้ไข เช่น ควบคุมผู้ป่วยมากเกินไปหรือปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเครียด การพบผู้ป่วยและญาติร่วมกัน จะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันดีขึ้น และเรียนรู้ที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม มีการแสดงออกของอารมณ์ในลักษณะที่ไม่เป็นอันตรายต่อกัน

1.5.2.3 Group therapy จิตบำบัดแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น การเข้าสังคม การแก้ปัญหา การคิดโดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง วิธีการส่วนใหญ่เป็นแบบประทับประคองไม่ใช่จิตวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งหรือมุ่งแก้ไขถึงระดับจิตไร้สำนึกแต่อย่างใด รูปแบบที่ใช้อาจทำได้หลายแบบ เช่น กลุ่มพูดคุยแก้ปัญหา กลุ่มฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) กลุ่มสนทนาการ ฯลฯ

1.5.2.4 Milieu therapy การรักษาโดยอาศัยสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ การงานและสังคมให้ผู้ป่วย เป็นการป้องกันการเสื่อมของบุคลิกภาพ ซึ่งในสมัยก่อนมีเกิดขึ้นมากจากการอยู่โรงพยาบาลนานๆ โดยขาดการกระตุ้น วิธีการทำได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยให้ดีไม่ว่าจะเป็นหอผู้ป่วยในหรือโรงพยาบาลกลางวัน ให้มีบรรยากาศดีไม่ดูเหมือนห้องขัง บุคลากรผู้รักษามีการทำงานเป็นทีม มีการแบ่งหน้าที่กันทำและประสานงานกัน มีการประชุมปรึกษา และวางแผนการรักษาร่วมกัน โดยมีจิตแพทย์เป็นหัวหน้าทีม มีการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยเป็นหลายรูปแบบ กิจกรรมกลุ่มแต่ละอย่างมีจุดมุ่งหมายในการช่วยเหลือผู้ป่วย ในแง่มุมต่างกันออกไป แต่โดยส่วนรวมแล้วจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้นทั้งด้านสังคม การงาน และการช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่แยกตนเองออกจากสังคม หรือเป็นภาระแก่ครอบครัวมากเกินไป ผู้ป่วยหลายรายที่มีอาการเรื้อรังและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาแล้ว การรักษาด้วยวิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางดีขึ้นได้เป็นอย่างมาก หรืออย่างน้อยก็ช่วยไม่ให้เกิดการเสื่อมของบุคลิกภาพต่อไปอีก

การรักษาทั้งหมดที่กล่าวมานี้ เรามักให้ร่วมกันไปในผู้ป่วยโรคจิตเภททุกราย เพราะผลการวิจัยพบว่าการรักษาที่ให้ร่วมกันทั้งทางกายและทางใจ ได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียวซึ่งเป็นเครื่องแสดงให้เห็นว่าสาเหตุของโรคจิตเภทนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องมีความเข้าใจ และมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิดการรับรู้ด้านการสื่อความหมาย และด้านสังคม

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้มีผู้ให้ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชไว้หลายท่าน ดังนี้

Evan (1992) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(Mental health and psychiatric nursing) เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งซึ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ทั้งด้านการดูแลรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบน และเจ็บป่วย โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ ในศาสตร์ทางการพยาบาลด้านจิตใจ และที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก และสามารถประยุกต์ความรู้สึก ความเข้าใจดังกล่าวในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการเฉพาะราย

Leininger (1994 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) กล่าวถึงการพยาบาลว่าเป็นกระบวนการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนส่งเสริม และการเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้อื่นเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ทั้งในครอบครัวและชุมชนด้วยความเอาใจใส่ โดยมีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ ซึ่งต้องมีองค์ความรู้ที่หลากหลายทั้งทางวิชาการ และความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม โดยการดูแลและตอบสนองความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ทั้งในการดำเนินชีวิตและความตายที่พึงพอใจของบุคคล

พยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นพยาบาล จิตเวชจึงต้องมีความเข้าใจ และมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทาง ในการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนีพันธ์, 2542)

1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงจิตสังคม และจิตวิญญาณ

2) คำนึงถึงครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อ การตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลต่อชุมชนด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแลบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการ ฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค(Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ ((Health Protection)

ในสภาพการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าในการบริการควบคู่กันไปในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมีเสริมจากแนวการพยาบาลที่มีอยู่เพื่อให้เกิดการพยาบาลแบบ องค์รวมที่สมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1) การแลกเปลี่ยนข้อมูล และ การให้การศึกษแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and Education) เพื่อให้ผู้รับบริการนำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษา และการปฏิบัติอันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเอง และต่อการรักษาสุขภาพของตนเอง

2) การให้ผู้รับบริการร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะตัวผู้ป่วยเองเท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเองเป็นอย่างไรและควรเลือกอะไร สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3) การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาลต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) ในการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับผู้รับบริการ โดยเป้าหมายที่ตั้งได้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมและผู้รับบริการ รับผิดชอบ

4) พยาบาล และผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมาย (working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์ และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

โดยสรุป การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล จะต้องคำนึงถึงการดูแล ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทจะต้องร่วมประสานงานกันระหว่างผู้มารับบริการ ซึ่งก็คือผู้ป่วยและผู้ดูแล พยาบาล และทีมผู้รักษาซึ่งเป็นผู้ให้บริการในทุกๆด้าน ทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน การร่วมตัดสินใจ และ กำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาล นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน แต่อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติการให้การพยาบาลตามปกติในปัจจุบันยังมีการแยกส่วนกัน ไม่ได้ครอบคลุมถึงทั้ง ร่างกายและจิตสังคม แม้จะมีกิจกรรมการบำบัดทางจิตอย่างที่ว่ามาข้างต้นก็ยังไม่มีความคงที่ สม่าเสมอ และไม่ครอบคลุมถึงในผู้ป่วยทุกคน นอกจากนี้การให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ ครอบครัวยังมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นการบำบัดรักษาและการพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้ ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือให้ ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด

ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (อรพรรณ ลีอนุชวณิช, 2549)

1) การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการ วิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่ จะนำไปสู่การ วางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1.1) การประเมินสภาพร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การ ดูแล และการเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร การพักผ่อน พยาบาล ใช้ ทางการสังเกต การสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูแลสุขภาวะทางด้านร่างกาย

1.2) การประเมินด้านการคิด ผู้ป่วยมีความคิดผิดปกติ หลงผิดประสาทหลอน หรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือ เร่งด่วน และระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

1.3) การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการทางประสาทหลอน เกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนใด มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือ ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.4) พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมี อาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง ระบายผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการ หลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

1.5) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัวปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้อง ใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ เพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วย

2) การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพทางร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ

ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ร่างกายสทกรก ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยของตน, ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหาร และระแวงว่ามียาพิษ, เสี่ยงต่ออันตรายจากอุบัติเหตุจากการหลงผิดและประสาทหลอน, พฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย, แยกตัว เนื่องจากไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น, ไม่สามารถสื่อสารได้ดีเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง และสับสนวุ่นวายจากการหลงผิด และประสาทหลอน

3) การวางแผนการพยาบาล การวางแผนระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

3.1.1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ ดังนี้

3.1.1) การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน

3.1.2) การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อนหลับนอน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

3.1.3) การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3.1.4) ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) ต้องกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ การป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้าน และภาวะสับสนมีนงง

3.1.5) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ วางใจ และสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์ และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

3.1.6) พัฒนาการปรับตัว การมองตน และมองโลกในทางที่ดี

3.2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมถึงเป้าหมาย และการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วย

3.2.1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และการดูแลที่บ้าน

3.2.2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

3.2.3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้เคียง เช่น ศูนย์สุขภาพจิต สถานีอนามัย โรงพยาบาลใกล้เคียง เป็นต้น

3.3) กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล ทุกแผนการพยาบาล ควรระบุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

4) การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยใช้เทคนิคการพยาบาลดังนี้

4.1) เสริมสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ

4.2) ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับ เสนอแนะ และส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

เหมาะสม

4.3) รักษาสมดุลด้านชีววิทยา

4.4) ชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร

4.5 ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

4.5.1) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม

เหมาะสม

4.5.2) ระมัดระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียงในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

5) การประเมินผลในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

5.1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตราย และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะ 'ไม่รู้สติ'

5.2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางชีวภาพ

ทางชีวภาพ

5.3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ได้ดีขึ้น

5.4) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้พัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น

5.5) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น

5.6) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวช โรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของโรคเกิดจากด้านร่างกาย และ จิตสังคม การดูแลรักษาต้องผสมผสานระหว่างการดูแลรักษาทางด้านร่างกาย คือ การใช้ยา และการรักษา

ด้านจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทต้องสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตได้ และเนื่องจาก โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการพยากรณ์โรคจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำให้ทราบแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกัน การป่วยซ้ำ

1.7 การบริการพยาบาลและบทบาทพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ ในอดีต

การบริการสุขภาพเป็นการรักษาไข้ (disease oriented) มากกว่ารักษาคอนซึ่งเป็นปัญหามานาน ปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยนให้เกิดการรักษาคอนมากกว่ารักษาไข่นั้นคือ การดูแลแบบองค์รวม พยาบาลในฐานะผู้ให้บริการ (care provider) ต้องเป็นผู้ส่งเสริม สนับสนุน สร้างสุขภาพและการป้องกัน การคัดกรอง การดูแลรักษาขั้นต้น จัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน การฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดูแลตนเองได้ หรือการดูแลให้ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ช่วยพิทักษ์สิทธิ์ ให้รับการดูแลที่ถูกต้องจากวิชาชีพต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการดูแลในชุมชน การดูแลสุขภาพจิตต้องเน้นการบำบัดทางการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยจุดเน้นของการบำบัดและการฟื้นฟู ก็คือการดำรงชีวิตเพราะต้องคิดถึงองค์รวมเพื่อชีวิตที่ปกติสุข

1.7.1 ระบบการบริการพยาบาลและบทบาทในระดับปฐมภูมิ การพยาบาลจิตเวชในระดับปฐมภูมิจะเป็นการให้บริการเกี่ยวกับการช่วยเหลือและบำบัดในชุมชนแก่ผู้ป่วยทางจิตและผู้ใช้บริการในกลุ่มเสี่ยง การจัดโปรแกรมป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตในโรงเรียนและกลุ่มอื่นในชุมชน เพื่อให้ระบบบริการทางสุขภาพจิตและ จิตเวชในระดับปฐมภูมิ มีความสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพใหม่ตามความต้องการของสังคม ผู้ให้บริการจะต้องให้การดูแลโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีการดูแลที่ยาวนาน เน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การวินิจฉัย และการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต มีกลวิธีที่จะส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองทั้งทางกายและสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงจะมีขอบเขตการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมบทบาททั้งทางตรงและทางอ้อม โดยบทบาททางตรง (direct) ได้แก่ การปฏิบัติการดูแล การวินิจฉัย ตัดสินใจในการปฏิบัติการทางคลินิก การให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การบำบัดทางจิต ส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม การบริหารจัดการกับปัญหาทางยาของผู้ป่วย การเฝ้าที่ปรึกษา รวมทั้งการ ส่งต่อผู้ป่วย บทบาททางอ้อม (Indirect) ได้แก่ บทบาทในการจัดการรายกรณี การใช้ผลงานวิจัยเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้มีจริยธรรม และมี

ทักษะในการจัดการ หรือเปลี่ยนแปลงระบบบริการเพื่อให้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ และความต้องการของสังคม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

1.7.2 ระบบการบริการพยาบาลและบทบาทในระดับตติยภูมิ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับนี้จะครอบคลุมถึงงานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค และงานฟื้นฟูสภาพ มีพยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางทางการพยาบาลจิตเวช หรือปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ให้การดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีบทบาทในการประสานทีมสหวิชาชีพเข้ามาร่วมดูแลและรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลตามความจำเป็นและบริบทของโรงพยาบาล จัดการส่งเสริม ป้องกันด้านสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ป่วย ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนที่จัดอยู่ในกลุ่มปกติ จัดให้มีระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วยโดยการสื่อสารปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยรวมทั้ง ส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นให้แก่ชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อให้ใช้ข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (กรมสุขภาพจิต, 2551)

1.7.3 ระบบการบริการพยาบาลและบทบาทในระดับตติยภูมิ งานบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการ คัดกรอง ประเมินอาการทางจิตเวช และภาวะแทรกซ้อนทางกายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน มีการประเมินเพื่อการรับการรักษาอย่างรวดเร็ว มีทีมสหวิชาชีพร่วมประเมินผู้ป่วย ประเมินภาวะสุขภาพและสมรรถนะ ประเมินความเสี่ยงด้วย SAVE คัดกรองภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย รวมทั้งการตรวจชันสูตรตามแผนการรักษาของแพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามกระบวนการดูแล

1.7.3.1 ผู้ป่วยระยะวิกฤติ ฉุกเฉิน เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีระบบประเมินสุขภาพและสมรรถนะโดยกำหนดเป้าหมายในการดูแล 7 วัน ค่าคะแนนต้องลดลงอย่างน้อย 1 ระดับ

1.7.3.2 ระยะเร่งรัดบำบัด / บำบัดระยะยาว เน้นการบำบัดด้วยกลุ่มกิจกรรมบำบัด โดยทีมสหวิชาชีพ และกลุ่มกิจกรรมบำบัดเชิงลึกเฉพาะด้านเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วย เช่น การจัดการกับอาการหูแว่ว และการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับประทานยา

มีกระบวนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง มีกระบวนการประเมิน วินิจฉัย และวางแผนร่วมกันในทีมสหวิชาชีพตั้งแต่รับใหม่ถึงจำหน่าย เน้นการมีส่วนร่วม ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชน

บทบาทพยาบาลจิตเวชในระดับตติยภูมิ เน้นการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วย ผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและรุนแรง ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษาพยาบาล สืบค้นข้อมูล การ

ป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ การฟื้นฟูสภาพ พัฒนาคุณภาพชีวิต แก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต และผลกระทบจากความเจ็บป่วยทางจิตที่ซับซ้อนและรุนแรง ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตซ้ำ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2544)

โรงพยาบาลนภลัยเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก ตรวจรักษาโดยจิตแพทย์ เปิดให้บริการในวันอังคาร (สัปดาห์เว้นสัปดาห์) ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม นั้นจะเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

1) ผู้ป่วยอาการกำเริบรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ะอะอะอาละวาด ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น

2) ผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชระยะแรก บางรายไปรับการรักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลจิตเวช บางรายมารับยาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลนภลัย ผู้ป่วยระยะนี้ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ เช่น อาการหูแว่ว หวาดระแวง มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง

3) ผู้ป่วยเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชเป็นระยะเรื้อรัง รับยาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลนภลัย บางรายมีความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยเหลืองานบ้านได้ แต่บางรายยังมีอาการหลงเหลือ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีปัญหาในเรื่องการดูแลตนเอง

สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภลัย มีพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษา 1 คน ให้การดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนภลัย ซึ่งเป็นลักษณะของงานผู้ป่วยนอก มีดังนี้

1) ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช และมารับการรักษาต่อแบบผู้ป่วยนอก

2) ประสานงานกับโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรีและโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง

3) ประสานงานกับหน่วยงานทางด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

4) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา รวมทั้งให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการ การรักษาของผู้ป่วย

ซึ่งในบทบาทของพยาบาลนั้นมีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งในด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค บำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านได้ ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกนั้น ได้แก่

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลให้การพยาบาลโดยตรง โดยการประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อ วางแผนการพยาบาล ผู้ป่วย และตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดระบบการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย แต่ละคน สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในปัญหาที่ซับซ้อน ให้การบำบัดบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งวิธีการบำบัดด้วยการบำบัดวิธีต่างๆ ครอบครัว ซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

2) ให้การดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานเป็นทีม เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการ ให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพประสานงานกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมปรึกษาวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ

3) ด้านการให้ความรู้ โดยทำหน้าที่ในการให้ความรู้สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว และการสร้างทักษะต่างๆในการดูแลตนเอง

4) เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตสำหรับผู้ป่วย และ ครอบครัว

5) ติดตามงานวิจัยใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาล นำมาปรับใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจะต้องทำการวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6) จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

จากบทบาสดังกล่าว พยาบาลผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยในลักษณะผู้ป่วยนอก จึงควรมีการจัดการบริการที่ครอบคลุมถึงตัวผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่ออยู่ที่บ้าน ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการวางแผนการดูแล

2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นการประเมินค่าของผู้ป่วยถึงการปฏิบัติที่มีต่อแผนการรักษาในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยาตามขนาดและเวลา รวมไปถึงความถูกต้องต่อเนื่องตามแผนการรักษา ความต่อเนื่องของการรักษา (Treatment persistence) มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา การที่ผู้ป่วยจะให้

ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การยอมรับการเจ็บป่วยและการยอมรับการรักษา (Keith & Kane, 2003) มีผู้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไว้หลายท่าน ดังนี้

Kaplan & Sadock (2000) ให้ความหมายของความร่วมมือไว้ว่า ความร่วมมือในการรักษา เป็นความเห็นขมแน่นในพฤติกรรมของบุคคลต่อการ ไข้ยา การรับประทานอาหารหรือแม้แต่เปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องไปกับการรักษาหรือคำแนะนำด้านสุขภาพ

Holmes (2003) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง ระดับของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งความร่วมมือที่ดีของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามตัวเกี่ยวกับ การรับประทานยาที่ถูกต้องตามขนาด เวลาที่รับประทานในแต่ละวัน ใส่ใจในอาการของตนเอง ติดตามกระบวนการรักษาอย่างระมัดระวัง และการที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการยอมรับการเจ็บป่วย และการยอมรับการรักษา (Keith & Kane, 2003)

ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน (2544) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาว่า หมายถึง การยินยอมปฏิบัติตามของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งชนิด ขนาด เวลา และความต่อเนื่องของการรับประทานยาที่ถูกต้อง พร้อมกับการม ตรวจ และรับยาตามกำหนดของแพทย์

สวัสดิ์ เทียงธรรม (2547) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาว่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีความเต็มใจและยินดีที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง และสอดคล้องกับการรักษา

สายรุ้ง จันทร์เส็ง (2548) ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ว่าเป็น พฤติกรรมของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ในเรื่องการรับประทานยา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ ซึ่งไม่ได้มาจากการควบคุมหรือสั่งการให้ทำ แต่เป็นความยินดีและเต็มใจ

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการใช้คำที่มีความหมายคล้ายกัน กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ได้แก่ พฤติกรรมการ ไข้ยาตามเกณฑ์การรักษา เช่น สารุพร พุดขาว (2541) กล่าวว่า พฤติกรรมการ ไข้ยาเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ เป็น พฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่อง การรับประทานยาร่วมกับการปฏิบัติอย่างสม่าเสมอ และกาญจนา ชัยเจริญ (2547) ให้ความหมายของพฤติกรรมการ ไข้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุด ไข้ยาเอง การ ไข้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การ ไข้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ รวมถึงความสามารถในการสังเกต และจัดการกับอาการจากฤทธิ์ของยา แต่การศึกษา ครั้งนี้ ผู้ศึกษาต้องการศึกษาความ

ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังนั้นจึงเลือกใช้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา เช่นเดียวกับ Kaplan & Sadock (2000) รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาตามแนวคิด ของ ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน (2544) และสายรุ้ง จันทรเส็ง (2548) ดังนั้น ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สรุปได้ว่า คือการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อให้เกิดผลดีต่อทั้งสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการรักษาในเรื่องการรับประทานยา ซึ่งปฏิบัติอย่างถูกต้อง และสม่ำเสมอ พร้อมกับการมาตรวจ และรับยาตามกำหนดของแพทย์ซึ่งไม่ได้มาจากการควบคุมหรือสั่งการให้ทำ แต่เป็นความยินดี และเต็มใจในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลดีต่อการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนจากปัญหาการเจ็บป่วย

ส่วนลักษณะของการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยานั้นมีได้หลายลักษณะ เช่น ไม่กินยา กินยาไม่ครบ ไม่สม่ำเสมอ ไม่ปฏิบัติตามสั่งหรือไม่มาตามนัด เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) ส่วน Leonard, 2003 (อ้างในสายรุ้ง จันทรเส็ง, 2548) ได้บอกลักษณะของผู้ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยไว้ 5 ประการดังนี้ 1) รับประทานยาไม่ติดต่อกันตามแผนการรักษา 2) การรับประทานยาไม่ถูกขนาด 3) การรับประทานยาไม่ถูกเวลา 4) การลืมรับประทานยาในบางขนาด และ 5) การหยุดรับประทานยาหรือไม่รับประทานยาเลย

สรุป ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มาตามนัด นอกจากนี้พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนหนึ่งไม่ร่วมมือในการรักษา ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางกายแล้ว ผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มที่จะไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่าจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา พบว่า ผู้ป่วยโรคทางกาย ร้อยละ 78 และผู้ป่วยรับประทานยารักษาโรคจิต ร้อยละ 58 ที่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Cramer & Rosenheck 1998 อ้างในสายรุ้ง จันทรเส็ง (2548)

2.2 องค์ประกอบที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา Matthew & Hingson (อ้างในสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536) ได้สรุปถึงองค์ประกอบ ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาไว้ดังนี้

2.2.1 การมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ผู้ป่วยที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความรุนแรงของโรค หรืออันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย ผู้ให้บริการจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาของเขาเสียก่อน เช่น ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตัวเขาเกิดจากอะไร มีวิธีการปฏิบัติอย่างไร วิธีการปฏิบัตินั้นยุ่งยากซับซ้อนหรือไม่ ถ้าสามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนจนเกินไปสามารถที่จะปฏิบัติตามได้ง่าย ในทางตรงกันข้ามถ้าวิธีปฏิบัติยุ่งยากซับซ้อนเกินไป ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะใช้ความพยายามอย่างมากจึงไม่ยินยอมปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ข้อบังคับ

2.2.2 มีการปฏิบัติตามข้อกำหนด ซึ่งเกิดจากความเข้าใจและยินยอมร่วมมือในการรักษา ซึ่งข้อกำหนดที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัตินี้ผู้ให้บริการจะต้องกำหนดให้เหมาะสมต่อการที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้

2.2.3 ความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ โดยทั่วไปสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยที่เกิดขึ้นด้วยดีนั้นจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการที่ไม่ดีจะส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gray et al. (2002) ได้ทบทวนงานวิชาการเรื่องการเสริมสร้างความร่วมมือในการรับประทานยารักษาอาการทางจิต พบว่าองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรับประทานยาคือความตระหนักในความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา และอาการข้างเคียงของยา และความสำคัญของการมีส่วนร่วมในแผนการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Oehl et al., 2000) ผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (สาธิตพร พุฒขาว, 2541)

3. แนวคิดกระบวนการกลุ่ม

3.1 ความหมายเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม

Marram (1978) ได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่ม (group process) หมายถึง การที่บุคคลมากกว่า 2 คน มีปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน เพื่อแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นร่วมกัน

กาญจนา ไชยพันธุ์ (2549) ได้ให้ความหมายว่า กระบวนการกลุ่มคือการที่บุคคลมารวมกันเพื่อศึกษาประสบการณ์ของกลุ่มหลายๆฝ่าย ศึกษาความเป็นผู้นำ ผู้ตาม ความคิด ฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และมีการศึกษาจากประสบการณ์ โดยผู้ศึกษาจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ที่จัดขึ้น

ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ (2551) ได้ให้ความหมายว่า เป็นรูปแบบสัมพันธ์ภาพ และการสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นตามการเจริญเติบโต และการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มเมื่อเวลาผ่านไป ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อกระบวนการกลุ่มได้แก่ พลวัตกลุ่ม พัฒนาการกลุ่ม ความต้องการระหว่างบุคคลในกลุ่ม และการสื่อสารในกลุ่ม

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2546) ได้ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของบุคคลภายในกลุ่มสมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิด และประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีจุดมุ่งหมาย

เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มสามารถแก้ปัญหาส่วนบุคคล หรือ กลุ่มทางด้านพฤติกรรม ความคิด และ อารมณ์ เกิดการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา

ศุภมณฑา พรหมบุญ และ อรพรรณ พรสีมา (2549) ได้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่มว่า เป็นกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่มผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ผู้เรียนแต่ละคนจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีแรงจูงใจร่วมกันในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยที่แต่ละคนในกลุ่มมีอิทธิพลต่อกันและกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ให้ความหมายของกระบวนการกลุ่ม คือ กระบวนการทำงานที่รวมเอาประสบการณ์ของบุคคลหลายๆคนมาพูดคุยกัน ด้วยความรู้สึกร่วมกันและความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ซึ่งกระบวนการกลุ่มนี้จะช่วยให้แต่ละคนมีโอกาสเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ข้อคิดเห็นระหว่างกัน เป็นการสร้างแรงจูงใจให้แกกัน เกิดความเอื้ออาทรต่อกัน จนช่วยให้ค้นพบแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆร่วมกัน

3.2 แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ Marram (1978) การดำเนินกระบวนการกลุ่ม หรือการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม มีขั้นตอนดังนี้ (Marram, 1978)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (The introduction phase or Initiating phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นในสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกด้วยกันซึ่งจะทำให้สมาชิกทุกคนรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้สมาชิกในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม ต้องกล่าวให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตัว ในฐานะสมาชิกเพื่อสร้างความรู้สึกละผ่อนคลายภายในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน และการอยู่ในบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัยจะกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบาย แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนออกมา

ระยะนี้ถือว่าเป็นระยะที่มีความสำคัญ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของสมาชิก ในกลุ่มจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้การดำเนินกลุ่มประสบความสำเร็จต่อไปได้ ซึ่งผู้นำกลุ่มอาจเป็นพยาบาลซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้นำกลุ่มจะแนะนำตัวและผู้ป่วยแต่ละคนแนะนำตัวให้สมาชิกแต่ละคนทราบภายใต้บรรยากาศแห่งความเป็นมิตร ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ของการ ทำกลุ่ม ระเบียบหรือแนวทางในการปฏิบัติต่างๆ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกต่อสิ่งที่ผู้นำกลุ่มบอกไปอย่างอิสระจะทำให้สมาชิกในกลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน และรู้สึกว่าจะอยู่ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย พึงพอใจ มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ทำให้กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนออกมา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (The working phase :locating responsibility in members) ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไขและเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกในกลุ่มจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ ระยะนี้เป็นระยะระดมเอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ใช้ในระยะดำเนินการนี้จะใช้กิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งมีข้อดี คือ สมาชิกมีส่วนร่วมในการเรียนรู้โดยตรง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้จากกลุ่มซึ่งจะช่วยกันพัฒนาผู้เรียนได้ดีกว่าการเรียนรู้จากการฟังหรือการอ่าน สมาชิกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แสดงความคิดเห็น ทำให้เต็มใจที่จะปฏิบัติตามในสิ่งที่ได้มีส่วนร่วมตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็น การอภิปรายกลุ่มสามารถเปลี่ยนความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมของบุคคลได้มาก ซึ่งมีผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ เกิดความรู้สึกอบอุ่นที่พบว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหานั้นๆ แต่เพียงผู้เดียว ทำให้เกิดกำลังใจในการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหา

ในระยะนี้ผู้ช่วยจิตเภทแต่ละคนจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึก และปัญหาที่พบแก่กันและกัน มีการแก้ปัญหาร่วมกัน โดยผู้นำกลุ่มจะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ผู้ให้คำแนะนำ ปรีกษา คอยกระตุ้นเชื่อมโยงคำพูดและความคิดเห็นของผู้ช่วย ตลอดจนให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตอบข้อสงสัย และให้คำแนะนำตามความเหมาะสม

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Final phase) ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกในกลุ่มทุกคนบรรลุเป้าหมายไปสู่การเปลี่ยนแปลง ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยจิตเภทแต่ละคนในกลุ่มสรุปผลการดำเนินกระบวนการกลุ่มที่ได้รับร่วมกัน

การอภิปรายกลุ่มจะประสบผลสำเร็จเพียงใดนั้นขึ้นกับองค์ประกอบหลายประการ ได้แก่ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม โครงสร้าง การดำเนินการของกลุ่ม และคุณลักษณะความเป็นผู้นำ ผู้ที่มีความสามารถในการผสมผสานองค์ประกอบเหล่านี้ให้เข้ากันเพื่อความสำเร็จของกลุ่มได้อย่างดีเยี่ยม คือ ผู้นำกลุ่มนั่นเอง เพราะผู้นำกลุ่มสามารถกำหนดเกณฑ์ในการเลือกสมาชิกกลุ่ม ทำการสร้างสัมพันธภาพ สร้างปฏิสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นแก่กลุ่ม สร้างโครงสร้างการดำเนินงานและบรรยากาศของกลุ่ม ตลอดจนนำเอาทักษะความเป็นผู้นำมาใช้ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ

การทำกลุ่มที่กำหนดไว้ Murrain (1978) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้นำกลุ่มเป็นตัวจักรสำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปสู่เป้าหมายได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

3.3 การจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในการจัดให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องคำนึงถึงการจัดตั้งกลุ่ม (group formation) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (phase of group experience) ซึ่ง Murrain (1978) ได้กล่าวไว้ดังต่อไปนี้ การจัดตั้งกลุ่มสิ่งสำคัญที่ผู้นำกลุ่มจะต้องคำนึงถึงในการจัดตั้งกลุ่มคือ

3.3.1 การกำหนดวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากเป็นอันดับแรก โดยจำเป็นต้องตั้งจุดมุ่งหมายทั่วไป และจุดมุ่งหมายเฉพาะการทำกลุ่ม การกำหนดจุดมุ่งหมายจะต้องคำนึงถึงองค์ประกอบเหล่านี้ คือ

3.3.1.1 ความรู้พื้นฐานของทฤษฎีต่างๆ เช่น ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงปรัชญาทักษะความสามารถ และความสนใจของสมาชิกกลุ่ม

3.3.1.2 ลักษณะผู้จัดทำกลุ่ม

3.3.1.3 นโยบายและจุดมุ่งหมายของหน่วยงานที่ทำอยู่

3.3.2 การคัดเลือกสมาชิกที่จะเข้ากลุ่ม ในการคัดเลือกสมาชิกที่จะมาเข้ากลุ่มต้องพิจารณาว่าใครที่ควรจะได้รับประโยชน์จากกลุ่ม และใครที่พร้อมจะเข้ากลุ่ม ซึ่งทำได้โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์ และดูจากบันทึกประวัติของสมาชิก

3.3.3 โครงสร้างของกลุ่ม การจัดโครงสร้างของกลุ่มเพื่อที่จะให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายได้โดยง่าย โดยคำนึงถึงบรรยากาศของกลุ่ม ขนาดของกลุ่ม สถานที่ และระยะเวลาในการทำกลุ่ม (Murrain, 1978) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.3.3.1 บรรยากาศ บรรยากาศจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นต่างๆออกมาโดยไม่มีอะไรขัดขวางความรู้สึกนึกคิด สมาชิกทุกคนจะมีความทัดเทียมกันทั้งในฐานะและหน้าที่ ควรพยายามจัดให้มีบรรยากาศแบบเป็นกันเอง

3.3.3.2 ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อกลุ่ม กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คนแต่ไม่ควรเกิน 20 คน กลุ่มที่มีสมาชิก 5 คนหรือน้อยกว่าสมาชิกแต่ละคนจะได้พูดกันอย่างทั่วถึง ในกลุ่มที่มีตั้งแต่ 7 คนขึ้นไปสมาชิกคนที่พูดน้อยมักจะหยุดหรือเลิกพูดไปจะมีแต่คนที่พูดเก่งเท่านั้นที่พูด ยิ่งกลุ่มใหญ่มากขึ้นศูนย์กลางการพูดจะอยู่ในกลุ่มคนน้อยลงและปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มจะล้มเหลว

3.3.3.3 สถานที่ สถานที่ที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกมากขึ้น ดังนั้นสถานที่ที่ใช้ในการทำ

กลุ่มจึงควรมีสัดส่วนเฉพาะ (Privacy) เจียบสงบไม่มีสิ่งรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ (Marram, 1978) การจัดให้สมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน (face to face group) จะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างคล่องตัวทั่วถึงและมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

3.3.3.4 ระยะเวลา เวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มควรเป็นเวลาทั้งสมาชิก และผู้นำกลุ่มว่างไม่มีกิจกรรมอื่นๆ ควรกำหนดวันเวลา และจำนวนครั้งที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม (Marram, 1978) ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรทำครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที นอกจากนี้ความถี่ของการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการจัดโดยอาจจะจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ส่วนจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ต้องการ เป้าหมายของกลุ่ม ทักษะของผู้นำกลุ่ม และข้อจำกัดของสมาชิกแต่ละคน (Marram, 1978)

สำหรับการเรียนรู้ นั้น กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการเพื่อใช้กลุ่มในการแก้ปัญหาหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดร่วมกัน เพื่อเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ผู้เรียนจะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และใช้วิธีวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น เป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยความเจ็บป่วยและเพื่อป้องกัน หรือลดปัญหาทางด้านจิตใจ เป็นวิธีที่สามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริงอย่างถาวร ให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาตัวเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยไปได้ด้วยดี (Marram, 1978) นอกจากนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในธรรมชาติของความเจ็บป่วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การช่วยเหลือตนเอง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการได้รับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตหรือมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

4. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

4.1 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) หมายถึง การบำบัดทางจิตใจผสมผสานกับการให้ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ เพิ่มทักษะในการเผชิญภาวะของโรค รับรู้ทางเลือกเพิ่มขึ้น มีความเข้มแข็งที่จะอยู่ได้ในภาวะที่มีปัญหา กระบวนการสุขภาพจิตศึกษาก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ และพฤติกรรมผ่านการสอน รวมทั้งมีการประเมินความจำเป็นในการเรียนรู้ของผู้ป่วย สอนในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ในส่วนที่บกพร่อง เพื่อเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง รับรู้ทางเลือกเพิ่มขึ้น สามารถวางแผนเพื่อ

แก้ไขปัญหของตนเองได้ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษา (กรมสุขภาพจิต, 2551)

พิเชฐ อุดมรัตน์ (2552) Psychoeducation คือ กลวิธีการรักษาชนิดหนึ่งที่ไม่ใช่ยาแต่เป็นการให้ข้อมูลชนิดการสอนเชิงปฏิบัติการ (didactic) ที่มีโครงสร้างชัดเจน และเป็นระบบ โดยข้อมูลที่ให้จะเป็นรายละเอียดเกี่ยวกับโรค และการรักษาซึ่งรวมทั้งประเด็นทางอารมณ์ (emotional aspects) ด้วยเพื่อให้ผู้ที่เข้ารับ Psychoeducation หมายถึงผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถที่จะรับมือหรือจัดการกับอาการป่วยนั้นได้

มาโนช หล่อตระกูล (2542) ได้ให้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจ การดูแลบำบัดรักษาที่ทีมสุขภาพนำมาสอนผู้ป่วย และผู้ดูแลประกอบด้วย 1) โรคจิตเภท มีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะของโรค อาการแสดง และการรักษาพยาบาลโดยทั่วไปและ 2) วิธีการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของโรค การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดและทักษะทางสังคม เช่น ทักษะการสื่อสาร การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษารวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างมีคุณภาพ และเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการร่วมมือการรักษา ทักษะการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา

สรุปได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการปฏิบัติการพยาบาล เป็นกระบวนการพยาบาลที่เป็นองค์รวมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของโรค การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องการติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ทักษะทางสังคม และการเตรียมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง และสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในการดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้นและลดการป่วยซ้ำได้

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม

4.2.1 ความหมายเกี่ยวกับการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม สุขภาพจิตแบบกลุ่ม เป็นการบำบัดโดยใช้กลไกกลุ่ม กระบวนการกลุ่มและแรงผลักดันในการบำบัด ซึ่งกลไกกลุ่มเป็นการปฏิสัมพันธ์และการกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ในกลุ่มและสมาชิก ในแง่

กระบวนการกลุ่มเป็นการดำเนินกิจกรรมติดต่อกันตั้งแต่ขั้นตอนการเริ่มต้น การดำเนินกลุ่มและการปิดกลุ่ม สำหรับแรงผลักดันในการบำบัด เกือบทุกสถานการณ์สมาชิกต้องการ การยอมรับจากกลุ่ม ความคาดหวังของกลุ่ม ความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรู้สึกปลอดภัย (กรมสุขภาพจิต, 2551)

4.2.2 ลักษณะการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม เป็นลักษณะกลุ่มเปิด หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียว ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงปิดกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลา และความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หากมีสมาชิกใหม่ เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางพัฒนาการของกลุ่มได้ (Marram, 1978)

4.2.3 ขนาดของกลุ่มการสอนสุขภาพจิต จำนวนสมาชิกที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่มมีความสำคัญไม่ควรมากหรือน้อยเกินไปเพราะจะไม่เกิดผลในการบำบัด Marram(1978) ได้กำหนดจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัดคือ 8-12 คน และกรมสุขภาพจิต (2551) ได้กำหนดจำนวนสมาชิกเข้ารับการสอนหรือการอบรมแบบ กลุ่มควรเป็นครั้งละ 5-6 คน ดังนั้นในการทำกลุ่มครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงกำหนดจำนวนสมาชิกในการร่วมกลุ่ม 8-10 คน เพราะถ้ามีสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กัน ได้ไม่ทั่วถึง เกิดกลุ่มย่อยในกลุ่มใหญ่ได้

4.2.4 ระยะเวลาของการเข้ากลุ่ม ระยะเวลาการเข้ากลุ่ม แต่ละครั้งควรใช้เวลา 60 นาที หรือครั้งละ 90 นาที (Marram, 1978) และจากการศึกษางานวิจัยแบบกลุ่มที่ได้ผลดี พบว่า การจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาควรทำทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และต่อเนื่องหลังจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและทำต่อเนื่องในชุมชน สามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังจำหน่าย ระยะเวลาการทำกลุ่มมากกว่า 8 ครั้ง และควรทำซ้ำๆ

4.2.5 การประเมินผลการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปความก้าวหน้าของกลุ่มรวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่ม ประเมินผลของการเข้ากลุ่มที่เกิดขึ้นกับสมาชิกอันเนื่องมาจากการเข้ากลุ่ม ได้แก่ การประเมินความรู้สึก และความสามารถเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้ากลุ่ม

4.3 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา(Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการ อาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ (Williams, 1989) สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัดแต่เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว และผู้ดูแล ทำให้รู้ว่า

เกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย 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) ซึ่งในที่นี้จะหมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไข้ปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือและสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย

การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ (Anderson et al., 1980) โดยแบ่งได้ดังนี้

4.3.1 การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psycho-education) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาตัว ในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะ และสามารถดูแลตนเองได้

4.3.2 การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

4.3.3 การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่าง ผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว Anderson et al. (1980)

5. บทบาทพยาบาลในการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่ม

5.1 บทบาทพยาบาลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

Marland (1999) ได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้วิธีการเพิ่มความมีอิสระและการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช มีขั้นตอนดังนี้ คือ

5.1.1 การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา โดยต้องอาศัยการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ ความคิดของผู้ป่วย สิ่งที่พยาบาลจำเป็นต้องประเมิน คือ อาการผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการรักษา

5.1.2 การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอยู่กับที่ได้รับข้อมูลการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และการยินยอมรับการรักษา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาการตัดสินใจ หากผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยควรใช้การสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ ก่อนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง แต่สำหรับผู้ป่วยบางรายคิดว่าการใช้ยาเพื่อการรักษาเป็นการแสดงถึงการพึ่งพา พยาบาลจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่ายาสสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ

5.1.3 การส่งเสริมความร่วมมือจะต้องปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และติดตามต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นการเรียนรู้ของผู้ป่วยเพื่อแยกอาการแสดงที่ผิดปกติ การจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา การพูดคุยถึงการปรับเปลี่ยนเวลาในการรับประทานยาที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต พยาบาลต้องคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ ความพร้อม ข้อจำกัดและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย แหล่งสนับสนุน การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในแหล่งบริการที่สะดวก เป็นต้น

5.1.4 การประเมินผลจากการสังเกตการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแล พยาบาล และทีมสุขภาพ หรือการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจะต้องใช้ควบคู่กัน

การที่ผู้ป่วยจิตเวชไม่ใช้ยาตามการรักษาของแพทย์เป็นปัญหาสำคัญ มีความเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญ และต้องทำอย่างต่อเนื่องทั้งในขณะดูแลในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง Forman (อ้างในพัสนี สิทธิคุณ, 2551) แนะนำว่า ควรมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาดังนี้

- 1) คำนึงถึงสาเหตุสำคัญของความไม่ร่วมมือในการรักษา 3 ปัจจัย คือ ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา การขาดความรู้และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ
- 2) ทำความเข้าใจกับเหตุผลของการไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย
- 3) การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยรายกลุ่ม และรายบุคคลเกี่ยวกับการใช้ยา โดยกลุ่มจะต้องประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วย และความสามารถในการทำหน้าที่คล้ายคลึงกัน โดยกระตุ้นให้กลุ่มเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปัญหาการใช้ยารักษา

ทางจิต และระหว่างกระบวนการกลุ่มพยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วยตามความบกพร่องของผู้ป่วย

4) ความร่วมมือจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และพยาบาล

5.2 บทบาทพยาบาลในการใช้กระบวนการกลุ่ม พยาบาลในบทบาทผู้นำกลุ่ม หรือผู้ให้ความรู้เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้โดยเน้นกระบวนการกลุ่ม Marram, 1978 (อ้างใน สกาวรัตน์ ภูผา, 2543) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในฐานะผู้นำกลุ่ม ไว้ดังนี้

5.2.1 ให้ความสะดวก และเอื้ออำนวยประโยชน์ให้เกิดแก่สมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีความเป็นเจ้าของกลุ่มและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

5.2.2 เสริมสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น เพื่อให้สมาชิกมีอิสระในการหาแนวทาง การแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยให้บรรยากาศภายในกลุ่มไม่อยู่ในภาวะเครียดจนเกินไป

5.2.3 ดูแลความก้าวหน้าของกลุ่ม พัฒนาให้ไปถึงจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ มีการติดตามสังเกตพฤติกรรมความเปลี่ยนแปลงของสมาชิกเป็นระยะ

5.2.4 กระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนมีการพัฒนา พร้อมทั้งส่งเสริมสนับสนุน ปรึกษาประคอง และแก้ไขพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มให้ดีขึ้น

5.3 บทบาทพยาบาลในการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้เรียนรู้แนวทางในการรักษาและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงการสนับสนุนให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลจัดการตัวเอง (self management) ซึ่งจะลดผลกระทบอันเนื่องมาจากภาวะโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลสูงสุดในการรักษา

จากการศึกษาของ Colon et al., 2003 (อ้างในฉวีภา สาครินทร์, 2547) พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยลดความถี่ของการป่วยซ้ำ และลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย จึงกล่าวได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาจากอาการป่วย และมีภาวะปกติได้นานมากขึ้น พยาบาลในฐานะบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อปฏิบัติต่างๆ เพื่อบรรลุผลสูงสุดในการรักษานั้นควรมีแนวทางในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

5.3.1 อาการและอาการแสดงของโรค

5.3.2 สาเหตุของโรค

5.3.3 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วย

5.3.4 การคาดคะเนและระบุอาการเริ่มแรก

5.3.5 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา

5.3.6 แนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วย

5.3.7 แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยสำหรับผู้ใกล้ชิดและผู้ที่เกี่ยวข้อง

5.3.8 ความรู้เกี่ยวกับการยาที่รักษาและผลข้างเคียงของยา

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อวางแผนเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น อย่างไรก็ตามในบางครั้งการสอนก็อาจมีปัญหและอุปสรรคต่าง ๆ ที่ทำให้พยาบาลไม่ประสบความสำเร็จในการช่วยเหลือการปรับตัวหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาและอุปสรรคเหล่านั้นมักเกิดขึ้นจากการที่พยาบาลที่ทำการสอนผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะและทัศนคติต่อการสอนผู้ป่วยไม่เพียงพอ และไม่เหมาะสม (Lubkin, 1986)

6. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่ม

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ใช้แนวคิดของ Anderson et al. (1980) มาเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่

6.1. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ พยาบาลต้องสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวพยาบาล รวมทั้งการสร้าง ความหวังให้กับผู้ป่วยเพื่ออนาคตที่ดีกว่า สร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยต้องการที่จะเรียนรู้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

6.2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต คือ การที่ช่วยให้ผู้ป่วย ได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของตน โดยมีกระประเมินความต้องการ ระดับความสามารถในการเรียนรู้ ประเมินความรู้ที่จะเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ออกแบบวิธีการสอนที่เหมาะสม ให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สร้างความมั่นใจ และการเสริมแรง ให้โอกาสผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ พยาบาลมีหน้าที่ชี้แนะ กระตุ้นให้กลุ่มแสดง ความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปัญหา จุดประกายให้สะท้อนคิดในหลายมุมมอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการคิด

6.3. การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การทำงานร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร เตรียมความพร้อมที่จะเรียนรู้และมองว่าการเรียนรู้เป็นการพัฒนาความสามารถในการเผชิญการเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาในชีวิต

6.4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ชี้ให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

6.5. ช่วยแนะนำการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้

หลักการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Kuiper, Lefl & Lam, 1992) มีดังนี้คือ

6.5.1 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

6.5.2 การช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย

6.5.3 การจัดการในเรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย

6.5.4 รับฟังและช่วยเหลือในด้านการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม

6.5.5 ค้นหาความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับโปรแกรมการรักษาสำหรับผู้ป่วย

6.5.6 ประเมินความเข้มแข็ง และความสามารถของผู้ป่วย

6.5.7 ช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์

6.5.8 การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรักษาการประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม

6.5.9 การวางแผนการช่วยเหลือในระยะวิกฤติ การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารการฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหา

จะเห็นได้ว่าการประคับประคองจากพยาบาล การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับ โรคการปฏิบัติตัวด้านต่างๆ ถือเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้ (Hater, 1988) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษานี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาอีกด้วย ทั้งนี้เป็นเพราะการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจะเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยการค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (Ran, Xiang & Chan, 2003)

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

Pitschel-Walz et al. (2006) ทำการศึกษาถึงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในเมืองมิวนิค ประเทศเยอรมันนี โดยทำการสุ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-III-R จำนวน 236 ราย ผู้ป่วย และญาติที่ได้รับการโปรแกรมจะได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เป็นระยะเวลามากกว่า 4-5 เดือน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มญาติ มีการเข้ากลุ่มเป็นเวลา 8 ครั้ง อีกกลุ่ม จะเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลลัพธ์ที่ได้จะถูกนำมาเปรียบเทียบกับในช่วงเวลา 1 - 2 ปี ที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีอัตราการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ปรารธนา คำมีสินนท์ (2550) ได้ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยในมิวตดูประสงค์เพื่อ ศึกษาแนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์ โดยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยชงโค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์ ที่มีพฤติกรรมรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 18 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาด้วยยา และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระดับสูง และมีอาการทางจิตลดลงในระยะติดตามประเมินผล 1 เดือน และ 3 เดือน

ศการรัตน์ และคณะ (2547) ได้ศึกษาผลของการจัดการรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลสวนปรุง ในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 70 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการกินยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p.001) ภายหลังการทดลองได้วัดความพึงพอใจต่อการจัดการดูแลรายกรณีของ กลุ่มทดลองพบว่าคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

สรินทร์ เชื้อวโธธร (2545) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานครจำนวน 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ผลจากการวิจัย พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เขาวลักษณะ การกล้า (2550) ศึกษาการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลีผู้ป่วยนอก มีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 30 คน โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษา พบว่าหลังจากการศึกษา 1 เดือน และติดตามการศึกษา 6 เดือน ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องโรคและการรักษาและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูงขึ้น

ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นการปฏิบัติการพยาบาล ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของโรค การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง และให้ความร่วมมือการรักษาด้วยยาดีขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้นำ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

