

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สถานีอนามัยตำบลตุ๊ก อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้า นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค
- 1.2 ระบาดวิทยา
- 1.3 ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท
- 1.4 ลักษณะอาการทางคลินิก
- 1.5 การวินิจฉัยแยกโรค
- 1.6 การดำเนินโรค
- 1.7 การรักษาพยาบาล
- 1.8 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### 2. แนวคิดเกี่ยวกับภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Family Burden Approach)

- 2.1 ความหมายของภาระในการดูแล
- 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแล
- 2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว
- 2.4 แนวทางการลดภาระในการดูแล

#### 3. การพยาบาลเพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
- 3.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 3.3 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
- 3.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.5 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 4. การให้สุขภาพจิตศึกษา

##### 4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิต

##### 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Family psychoeducation)

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

#### 1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค

โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการที่แสดงความผิดปกติของบุคคลในการทำหน้าที่ของสมอง ด้านการรับรู้ ด้านสติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสารและการขาดแรงจูงใจโดยอาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและมักจะเกิดอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 1992)

ตามความหมายของ ICD 10 ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะ คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญาดี แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive)(เกษมตันติผลลาชีวะ, 2536)

#### 1.2 ระบาดวิทยา

- 1) อุบัติการณ์ 0.1 – 0.5 ต่อ 1,000 ความชุก 2.5 – 5.3 ต่อ 1,000
- 2) ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (lifetime prevalence) 7.0 – 9.0 ต่อ 1,000
- 3) หญิงและชายพบได้พอกๆกัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง
- 4) อายุพบในช่วง 15 – 54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น

#### 1.3 ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท

จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่าสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factors)

1) ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง (petrochemical disturbance) เช่น

1.1 สมมติฐานของโดปามีน (Dopamine hypothesis) เชื่อว่าเกิดจากการทำงานมากเกินไปของโดปามีน โดยมีการเพิ่มของโดปามีนที่บริเวณโดปามีนซินแนป (dopamine synapse) ในสมอง

1.2 สมมติฐานเกี่ยวกับทรานสมิทธิเลชัน (transmethylation hypothesis) เชื่อว่าการเติมเมทิลกรุป (methyl group) เข้าไปในโมเลกุลของ catecholamine metabolics จะทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นมีความตึงเครียดจะมี catecholamine metabolics เหล่านี้เพิ่มขึ้นในสมองมาก

1.3 สมมติฐานเกี่ยวกับความไม่สมดุลระหว่างโดปามีนกับนอร์อิพิเนเฟริน (dopamine-norepinephrine imbalance) เชื่อว่าโรคจิตเภทมีได้เกิดจากการเพิ่มของโดปามีนเพียงอย่างเดียว แต่มีการขาดนอร์อิพิเนเฟรินร่วมด้วยทำให้ระดับของสารเคมีในสมองขาดความสมดุลและเกิดอาการของโรคจิตเภทได้

1.4 สมมติฐานจากภาพถ่ายทางสมอง (brain imaging) จากการศึกษาในปัจจุบันพบความผิดปกติหลายแห่งในสมองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น การกว้างขึ้นของช่องน้ำสมอง หรือมี ความบกพร่องของสมองส่วนหน้า (Taylor, 1994)

2) ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทพบว่าพี่น้องของผู้ป่วยและบุตรที่บิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลทั่วไปจากการศึกษาในบุตรบุญธรรมที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทพบว่าจะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 25% ถ้าบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทเพียงคนเดียวจะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 20% และจากการศึกษาแฝดพบว่าในแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนหนึ่งจะเป็นด้วยร้อยละ 70-90 และโอกาสที่แฝดจากไข่คนละใบจะเป็นโรคนี้อีกด้วยมีร้อยละ 14 (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

### 3) ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors)

3.1 ด้านความขัดแย้งในจิตใจ (intrapsychic conflict) โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้กล่าวถึงพื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์ว่า เกิดมาจากรังสีภายในหลายอย่างเช่น แรงขับทางเพศหรือแรงขับของความก้าวร้าว ซึ่งส่วนมากเป็นแรงขับที่ยังไม่ได้รับการขัดเกลาและเป็นแรงผลักดันที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกของมนุษย์ทุกคน สำหรับปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเกิดจากบุคคลไม่สามารถจัดการตนเองและแรงขับที่เกิดจากรังสีภายใน เป็นผลให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของตนทางจิตใจร่วมกับการใช้กลไกทางจิตชนิดที่ไม่ช่วยแก้ไข้ปัญหา

3.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกที่ผิดปกติ (defects in the mother-child relationship) ทารกแรกเกิดไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองได้ ฉะนั้นผู้เลี้ยงดูหรือมารดาเป็นผู้สนองความต้องการให้ทารกทุกอย่างบุคคลทั้งสองจึงมีความสัมพันธ์ต่อกันเป็นความผูกพัน ความไม่ปกติเกิดจากการที่เด็กควรพัฒนามาช่วยตนเองได้ แต่เด็กไม่สามารถแยกจากมารดาได้ คอยพึ่งพิงพาอาศัยมารดาตลอดพบได้ในกรณีที่ผู้เลี้ยงดูหรือมารดาแสดงให้เด็กเห็นว่า ตนเองมีอำนาจเหนือเด็ก เด็กจึงไม่มั่นใจ ไม่เป็นตัวของตัวเอง

3.3 ด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว (Double-bind communication) การที่บุคคลเติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ครอบครัวมีการสื่อสารไม่สม่ำเสมอไม่คงเส้นคงวาไม่ตรงไป

ตรงมาหรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่สร้างความสับสนให้กับครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ทำให้เด็กมีความยุ่งยากในการแยกแยะความจริง เกิดความไม่ไว้วางใจ และมีท่าทางระมัดระวัง ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น

3.4 ด้านครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ (Dysfunction family) เกิดมาในครอบครัวผู้ที่เลี้ยงดูหรือบิดามารดา มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น บุคลิกภาพแปรปรวน ดิคา ดิสุรา เชื่อว่ามีผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม

4) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factors) เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท จากการศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดีมีสองความคิดคือเชื่อว่ากลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและระดับเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่าแต่มีคนแย้งว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วก็จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง

เกณฑ์สำคัญที่นำไปสู่การวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทความผิดปกติต่างๆที่พบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทมีดังนี้

### 1. ความคิด

ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติที่พบบ่อยคือมีความหลงผิด เช่น คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ มีความสามารถในสิ่งที่เหนือธรรมชาติ คิดว่าตนเองเป็นเทพเจ้า ที่สามารถคลั่งบันดาลให้เกิดสิ่งมหัศจรรย์ เป็นผู้ยิ่งใหญ่ เป็นบุคคลสำคัญที่มีชื่อเสียง หรือเองมีความหลงผิดคิดว่าผู้อื่นคิดทำร้ายต่อตน อาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย เป็นผู้เริ่มต้นทำร้ายผู้อื่นก่อนได้

### 2. การรับรู้

ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการรับรู้ผิด คืออาจจะได้ยินเสียงในขณะที่ไม่มีเสียงนั้น หรือเห็นบางสิ่งบางอย่าง โดยไม่มีสิ่งของนั้นๆ ในขณะที่ผู้อื่นที่อยู่ด้วยไม่เห็น ได้กลิ่นที่ผู้อื่นไม่ได้กลิ่น การรับรู้ผิดนี้เรียกว่าอาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบได้บ่อย คือ ประสาทหลอนทางหู (Visual hallucination) เห็นภาพคนจะมาทำร้ายเห็นภาพสิ่งที่น่ากลัว ประสาทหลอนทางการได้กลิ่น (Olfactory hallucination) เช่น ได้กลิ่นดอกไม้หอม ได้กลิ่นรูป หรือได้กลิ่นซากศพ ประสาทหลอนทางการลิ้มรส (Gastatory hallucination) ผู้ป่วยอาจจะบอกว่าน้ำที่ดื่มมีรสเผ็ด รสขม หรืออาหารที่รับประทานมีรสแปลกผิดปกติ และประสาทหลอนทางการสัมผัส (Tactile hallucination) ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีแมลงไต่ตอม รู้สึกมีหนอนไชอยู่ใต้ผิวหนัง

### 3. อารมณ์

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้มีอาการแฟท (Flat affect) เห็นได้จากใบหน้าที่ราบเรียบ ไร้อารมณ์ ไม่สบตา ไม่ยิ้ม มีอารมณ์อื่นแสดงให้เห็นทางสีหน้าและแววตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ผู้ป่วยอาจยิ้มหรือหัวเราะคนเดียวโดยไม่มีเรื่องที่น่าขำ ยิ้มหรือหัวเราะขณะที่เล่าเรื่องเศร้าและเรื่องที่น่าเสียใจ

#### 4. พฤติกรรม

ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่สมวัย มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย บางครั้งมีพฤติกรรมที่ไร้สาระ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รับรู้สิ่งที่เกิดรอบตัวน้อย ไม่สนใจในสุขอนามัยส่วนบุคคล ผู้ป่วยจิตเภทบางคนมีพฤติกรรมที่แปลกพิสดารที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่ขาดการยับยั้ง ทำในสิ่งที่ไม่ควรทำในที่สาธารณะ

#### 5. การตระหนักรู้ในตนเอง

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่ขาดการตระหนักรู้ในตนเอง ไม่รู้ว่าตนเองผิดปกติ ไม่ตระหนักว่าตนเองมีพฤติกรรมผิดจากคนส่วนใหญ่ ไม่ทราบว่ามีสิ่งที่เป็นสิ่งที่ตนคิดเป็นสิ่งที่ไม่เป็นความจริง ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง สิ่งที่ทำเป็นสิ่งที่ผู้อื่นไม่ทำ และไม่ยอมรับ

#### 6. สัมพันธภาพ

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและเป็นผู้ที่ผู้อื่นไม่ยอมสัมพันธด้วย เนื่องจากมีความคิดและพฤติกรรมไม่สอดคล้องกับคนส่วนใหญ่ และการไม่ดูแลสุขภาพตนเอง มักพบว่าผู้ป่วยอยู่คนเดียว หมกมุ่นและครุ่นคิดอยู่กับความคิดของตนเอง จะเห็นผู้ป่วยจิตเภทนั่งคนเดียวอยู่กับที่ได้นานๆหรือเดินไปมาคนเดียวไม่สนใจผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจกิจกรรมสังคม บางคนมีการพูดหรือการกระทำที่ทำให้ผู้อื่นรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้ ไม่อยากสมาคมด้วย

##### 1.4 ลักษณะอาการทางคลินิก

ลักษณะอาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุภนิษฐ์, 2546) ดังต่อไปนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการ ดังนี้

1.1 อาการหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion, delusion of reference ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion, grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดซึ่งมีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ

1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตามนอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่นๆที่ไม่มี ความหมาย อาการประสาทหลอนที่พบได้บ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ auditory hallucination

1.2.1 Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทางกรพูดและสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมาจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.2 Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปีสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนงู ๆ กักร้องตะโกน โดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptom) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

1) Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

2) Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมากหน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตาแม้บางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้างแต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น เลือยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร

4) Associality เก็บตัวเฉยๆไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่มีกิจกรรมสนุกสนานในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบ นั้นพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

**กลุ่มอาการหลักของ Schneider (Schneiderian first-rank symptoms)**

อาการเหล่านี้ไม่ได้ระบุว่าเป็นโรคจิตเภทแน่นอน (Pathognomonic) ในการวินิจฉัยยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆด้วยเนื่องจากโรคจิตเวชอื่นๆก็พบอาการในกลุ่มอาการนี้ได้เช่นกัน แม้ว่าจะไม่บ่อยเท่า

1. Audible thoughts ผู้ป่วยมีหูแว่วเป็นเสียงพูด เกิดขึ้นพร้อมๆกันกับที่คิดเนื้อหาใจความเหมือนกับที่คิดทุกอย่าง ผู้ป่วยบางคนบอกว่าเป็นเสียงสะท้อนของความคิด

2. Voices arguing ผู้ป่วยมีหูแว่วได้ยินเสียงตั้งแต่สองคนถกเถียงหรือออกความคิดเห็น โดยมึเนื้อหาพาดพิงถึงตัวผู้ป่วย (ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สาม)

3. Voices commenting ผู้ป่วยหูแว่วเสียงพูดหรือวิจารณ์ถึงกรกระทำหรือกิจกรรมต่างๆ

4. Somatic passivity ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเปลี่ยนแปลงในร่างกายของตนเองร่วมไปกับเชื่อว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้เป็นเนื่องมาจากการกระทำของบุคคลหรืออำนาจภายนอก

5. Thought withdrawal ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าจะรู้ความคิดเกิดหายไปกะทันหัน จากการที่มีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงความคิดออกไป

6. Thought insertion ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ความคิดที่มันนั้นไม่ใช่ความคิดของเขา หากแต่เป็นจากบุคคลหรืออำนาจภายนอกสอดแทรกความคิดนั้นเข้าสู่ตนเอง

7. Thought broadcasting ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ความคิดของตนเองแผ่ออกไปภายนอกจนคนอื่นรอบข้างทราบกันหมดว่าตนเองคิดอะไรอยู่

8. Delusional perception ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ปกติแต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับ ความหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะที่เกิดเหตุการณ์นั้น ทั้งที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน

9. Delusion of control ผู้ป่วยเชื่อว่าอารมณ์ ความรู้สึก แรงผลักดันหรือการกระทำที่ มีในขณะนั้นมีใช้ของตนเอง หากเป็นจากอำนาจภายนอกมาควบคุมบังคับให้เป็นเช่นนั้น ตนเอง เป็นเหมือนหุ่นที่คอยทำตามการควบคุม

### 1.5 การวินิจฉัยแยกโรค

1. Secondary and substance-induced psychotic disorders เนื่องจากอาการของโรค จิตนั้นพบได้ในสภาวะผิดปกติทางกายได้บ่อยๆ โดยเฉพาะในกรณีของ delirium และจากสาร เสพติด เช่น เหล้า แอมเฟตามีน นอกจากนี้ ยังพบได้ในสภาวะที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ หรือเนื้องอกในสมองเป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะพบว่าไม่มีสิ่งบ่งชี้บางอย่าง เช่น อาการเกิดขึ้นเร็ว ผู้ป่วยมีลักษณะเพื่อสับสน มีอาการขณะอายุมาก หรือตรวจพบความ ผิดปกติทางกายที่อาจเกี่ยวข้องกับอาการ โรคจิต

2. Mood disorders ในภาวะ mania หรือ depression นั้นผู้ป่วยอาจมีอาการโรคจิต ได้ซึ่งแยกจากโรคจิตเภท อาจสังเกตว่าก่อนจะมีอาการ โรคจิตผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้าน อารมณ์ให้เห็นหรือไม่ ขณะที่ตรวจยังมีลักษณะเด่นออกมาทางด้านอารมณ์หรือไม่ นอกจากนี้ อาการโรคจิตการเปลี่ยนแปลงที่เป็น vegetative symptoms อาจช่วยบอกได้บ้าง นอกจากนี้ ประวัติชนิดของความผิดปกติทางจิตเวชในญาติอาจช่วยด้วย เนื่องจากพบว่ามักจะเป็นเหมือนกัน

3. Delusional disorder ใน delusional disorder นั้น ลักษณะของอาการหลงผิด

4. ประหลาดเหมือนในโรคจิตเภท เนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวโยงกันเป็น เรื่องราว และโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมมากกว่า

5. Personality disorder บางชนิดโดยเฉพาะใน cluster A จะมีความคิดที่บงการครั้งฟัง แล้วแปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม ซึ่งคล้ายกับระยะอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แต่แยกโดยผู้ป่วย กลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะกำเริบ

### 1.6 การดำเนินโรค

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะ เกิดขึ้นช้าๆแรกๆ อาการจะน้อยและไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลไม่สังเกตหรือเห็นความสำคัญ และเมื่อ อาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธีการดำเนินโรคจึงเปลี่ยนไป ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบ ดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

- 1) หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก
- 2) หายโดยกลับเป็นซ้ำอีก
- 3) หายโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอจะเข้าสังคม ได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพจะต้องได้รับการช่วยเหลือ
- 4) เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง
- 5) เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภท

การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (APA, 1994)

1) ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกตโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบมักจะมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า และความจำไม่ดี เป็นต้น (Herz et al., 1989)

2) ระยะแสดงอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คืออาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงเป็นพัก ๆ จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา

3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) ลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) จะมีมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ จะเกิดระหว่าง 5 ปีแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง มีปัญหาการดำรงชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย บางครั้งจะมีอาการซึมเศร้า เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม

### 1.7 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรค ได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546)

1) การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องต่อไป ซึ่งการรักษาในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับ เกรดจากบุคคลากรด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1.1 การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยารักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมองทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-



3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ถ้าคอยืดไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงต้องระวังระวังในการใช้ยา กับผู้ป่วยแต่ละราย

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็ง (Catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาจะเป็นชุด ชุดหนึ่งประมาณ 6-12 ครั้ง โดยแบ่งทำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจจะทำวันละครั้ง หรือวันเว้นวันก็ได้ อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการมีนงง สับสน จะหายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม ซึ่งอาการนี้จะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ทำ เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อย ๆ ดีขึ้น และหายไปภายใน 3-6 เดือน

1.3 การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกยึดและจำกัดบริเวณหรือพิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระยะนี้ต้องดูแลใกล้ชิด ตรวจสอบผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกยึดหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

2) การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

2.1 การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้นซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

2.2 การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

2.3 การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวมีส่วนร่วม การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นศูนย์กลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจ

ไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย ผู้รักษาต้องแนะนำวิธีการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ สอนวิธีลดความเครียด

2.3.1 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (emotional and psychological support) ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ว่างงาน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสี่ยงพาลักษณะของตนเองเป็นต้น โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวประกอบอาชีพ มีรายได้ล้าจุนครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย

2.3.1.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ หรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นสำเร็จ แม้จะเป็นเพียงกิจกรรมเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.3.1.2 การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

2.3.1.3 การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อจะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

2.3.2 การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น

2.3.3 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำปรึกษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

3) การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สิ่งสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (rehospitalization) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์ยาว (long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง ระยะเวลาในการรักษานั้นส่วนใหญ่เน้นในครั้งแรก หลังจากอาการ

ทางจิตดีขึ้น แก้วให้ยาต่อเนื่องไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว หากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ยาต่อเนื่องตลอดไป

1.8 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท เป็นโรคที่มีอาการรุนแรงเรื้อรัง กำเริบซ้ำบ่อย ๆ เมื่อแนวทางการรักษาในปัจจุบันเน้นจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2544) แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์รองรับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จึงเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวตามมาอย่างมาก เช่น ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพราะผู้ดูแลและครอบครัวไม่สามารถคาดหวังว่าจะหายหรือไม่ ซึ่งความรับผิดชอบของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในชุมชนหรือที่บ้านมีดังนี้ (Horowitz, 1982 cite in Davis, 1992 อ้างถึงในครุณี คชพรหม, 2543)

1.8.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆในการดูแลมีหลักสำคัญคือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในตนเอง กิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1.8.1.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผมและการรักษาความสะอาดของเล็บ

1.8.1.2 การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้ไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตัวเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนที่มีอยู่ อีกทั้งเบี่ยงเบนความคิดฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

1.8.1.3 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงเวลาและให้รับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารเช้าที่ตรงเวลา จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารเช้าที่ไม่มีคุณค่านอกจากไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว อาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระทางด้านการเงินเพิ่มขึ้น ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่อร่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

1.8.1.4 การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางราย

อาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมถูกต้องทุกเทศะ

1.8.1.5 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือไนรเซทินอนไม่หลับ ติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

1.8.1.6 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจจะเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ขุดดิน ดาบหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

1.8.1.7 การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอกไม่ว่าจะเป็นทักษะในการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

1.8.1.8 การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

1.8.1.9 การปฏิบัติทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

1.8.1.10 การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Family Burden Approach)

แนวคิดเกี่ยวกับ Family Burden เกิดจากการตั้งข้อสันนิษฐานว่า ครอบครัวรับความเดือดร้อนอย่างมากในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ปัญหาเดือดร้อนที่ครอบครัวได้รับ ได้แก่ ความเดือดร้อน ในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การจัดการเวลาการพักผ่อน ความเดือดร้อนทางการเงิน ภาวะสุขภาพกายและจิต ของสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว บางครั้งอาจกระทบกระเทือนการทำงาน รวมทั้งสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้าน นอกจากนี้ความเดือดร้อนทางใจครอบครัวได้รับการยอมรับภาระดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ความรู้สึกทุกข์ อับอาย โกรธ กังวลใจ และความเศร้า

### 2.1 ความหมายของภาระในการดูแล

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น

โดยเฉพาะผู้ดูแลโดยตรงซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาสั้นหรือตลอดชีวิต จึงเป็นผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยหลายแนวความคิดด้วยกัน ดังนี้

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) หมายถึง ภาระที่หนักการงานที่หนัก หรือหน้าที่ที่ต้องรับเอาส่วนภาระในทางสุขภาพหมายถึง ภาระการดูแล (Burden of care)

โอเร็ม (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแลหมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยส่งเสริมความอยู่รอดสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

Montgomery, Gonyea & Hooyman (1985) ได้ให้ความหมายของภาระของผู้ดูแลว่าเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติคือภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจนมีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายใน ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ในการที่ต้องดูแล ผู้ป่วยและความรู้สึกเหมือนติดกับ

George & Gwyther (1986) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลเป็นความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ Feddersen (1990 อ้างถึงใน ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) ให้ความหมายของภาระว่าเป็นสภาพปัญหาในสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้ดูแลจะต้องอดทนต่อสภาพปัญหานั้น ประกอบด้วย ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ความเหนื่อยล้า ปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ปัญหาทางด้านสังคม และปัญหาทางการเงิน

สรุปแนวความคิดภาระของผู้ดูแลที่ผู้ศึกษาสนใจศึกษาเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมร่วมในสังคม หน้าที่การงาน และภาวะสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ปฏิริยาทางอารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแล

**2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแล** จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

2.2.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา อาจมีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลได้ ดังเช่นการศึกษาของ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลและภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ครั้งแรกหลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ภาระในการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ร้อยละ 27 และร้อยละ 17 ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ส่วน Oberst et al. (1989) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการรักษากับภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบำบัด พบว่าระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าระยะเวลาในการรักษาทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในการดูแลมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาทั้งสองกรณีมีความขัดแย้งกันจึงไม่อาจสรุปทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลกับความรู้สึกเป็นภาระได้

2.2.2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ย่าตายาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน และคนใกล้ชิด อาจมีฐานเริ่มมาจาก มีความสนใจร่วมกัน จึงมีความสัมพันธ์ต่อกันในหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล ภายใต้สถานการณ์แต่ละอย่าง การช่วยเหลือเกื้อกูลที่ได้รับจากกัน จึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelves, 1986)

2.2.3 ระดับการศึกษาของผู้ดูแล การศึกษาจะช่วยให้บุคคล มีข้อมูล และความเข้าใจในเหตุการณ์ สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้มาจากการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการเผชิญปัญหาต่างๆ และสามารถปรับกิจกรรมการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาที่ต่ำกว่า การศึกษามีผลต่อการพัฒนาสติปัญญา ช่วยในการตัดสินใจ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยมีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Orem, 1985)

2.2.4 รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985) ลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวจึงมีความเกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (สุภาพรณี ทองคารา

, 2545) Montgomery et al. (1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลที่รายงานว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะรับรู้ภาวะในการดูแลน้อย

2.2.5 อายุของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะของบุคคลที่จะจัดการเกี่ยวกับเรื่องราวหรือปัญหาต่างๆ โดยผ่านทางกรรับรู้ การแปลความหมาย การทำความเข้าใจและการตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุด

2.2.6 การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา เช่น การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาวะของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษาแก่ผู้ดูแลช่วยลดภาวะเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหาได้ (Montgomery et al., 1985)

### 2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ดูแลช่วยเหลือครอบคลุมทั้งทางด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการรักษา ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง โดยจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลจนอาจเกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งประมวลได้ดังนี้

1) ด้านร่างกาย การมีผู้ที่เป็นโรคจิตอยู่ในความดูแล ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลได้ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคส่วนใหญ่มักจะมีอาการเรื้อรัง จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับจนต้องพึ่งยานอนหลับหรือดื่มสุรา เกิดอารมณ์เศร้าซึมและเครียด (Ekberg, Griffith, & Foxall, 1986 ; Minister of Supply and Services of Canada, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยและบางรายอาจถูกผู้ที่เป็นโรคจิตเกาทำร้ายร่างกายด้วย

2) ด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น สมาชิกในครอบครัวจึงต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลมากขึ้นด้วย ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแล ความรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ เมื่อต้องเผชิญกับอาการทางจิตที่คาดหมายล่วงหน้าไม่ได้ ดังจะเห็นจากการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ของ ปรารณนา บริจันทร์ และคณะ (2536)

พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน อาการที่ไม่แน่นอน และอนาคตในการเรียน หรือการทำงานของผู้ที่เป็นโรคจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พหล วงศาโรจน์ และคณะ (อังกาโน จีรพันธ์ ชันแข็ง, 2548) เกี่ยวกับปัญหาอันเป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด ปัญหาที่สำคัญคือ กลัวว่าผู้ที่เป็นโรคจิตจะไม่หาย กังวลว่าจะไม่มีใครดูแลเมื่อผู้ดูแลตายไปและกังวลว่าชีวิตจะต้องผูกติดกับผู้ที่เป็นโรคจิตอยู่ตลอดเวลา

นอกจากนี้ยังมีการศึกษา เกี่ยวกับการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลในต่างประเทศอีกมากมาย ดังเช่นการศึกษาของ Selleh (1994 อ้างใน ณิชูญา พรหมบุตร, 2545) เกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัวชาวมาเลเซีย พบว่าผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 41 และร้อยละ 26 มีอาการแสดงของความผิดปกติทางจิตเวชอย่างชัดเจน โดยพบโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลมากที่สุด การศึกษาเกี่ยวกับภาระเชิงปรนัย (objective burden) ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของ Provencher (1996 อ้างใน ณิชูญา พรหมบุตร, 2545) พบว่าผู้ดูแลจะเกิด ภาวะอารมณ์ที่เป็นปัญหา และมีสัมพันธภาพที่ตึงเครียดภายในครอบครัว โดยครอบครัวจะรับรู้ว่ามีภาระหนักเกินไปและมีการตอบสนองทางอารมณ์ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การกระทำที่ไม่ยอมรับ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เกิดอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกผิด บาด โกรธ กลัว และหมดสิ้นความหวัง (ครุณี รุจกรกานต์, 2536)

จากการศึกษาถึงผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ แสดงให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล ที่มีอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ รวมถึงอาการซึมเศร้า ที่อาจจะรุนแรงมากขึ้นจนแสดงอาการเริ่มแรกของความผิดปกติทางจิตเวช ซึ่งหากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม อาจกลายเป็นผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชได้

3) ด้านสังคม การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำเป็นต้องให้การดูแล ทั้งในเรื่องของ สุขอนามัยส่วนบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและการระวังภัยอันตรายต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแลได้แน่นอน เพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรค ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าขาดความเป็นอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามความต้องการ (เชษฐพงษ์ศ่อนตรี, 2536) ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การบริหารเวลาและกิจกรรมในสังคมของผู้ดูแล (Hoyert & Seltzer, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Loukissa (1995) เกี่ยวกับภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง พบว่า เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตกลับมาอยู่กับครอบครัว ผู้ดูแลจะเกิดปัญหาการวางตัวในสังคม เครียดในการจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ที่เป็นโรค รู้สึกหวาดกลัวต่ออาการทางจิตที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและบุคคลอื่น ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดและจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยในบางครั้งเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า รู้สึกอับอาย ไม่อยากให้เพื่อนบ้าน ทราบว่ามีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในครอบครัวและไม่อยากให้บุคคลอื่นถามหรือพูดถึง จึงพยายามหลีกเลี่ยงจากผู้คน



ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลลดลง ประกอบกับหน้าที่การดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชนได้ (วรภช นิชกุล, 2535)

การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ อารมณ์ และสังคมดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและต้องการการช่วยเหลือ หากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทก็จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

Oberst (1991) ได้สร้างแบบวัดการดูแล (Caregiver Burden Scale: CBS) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เพื่อวัดภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการกับความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984 cited in Oberst, et al. 1989)

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

1) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจาก ความสะดวกสบายเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง ได้แก่การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ

2) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึก ทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดียดร้อ น อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ

ในประเทศไทยแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้น ๆ ได้ จึงทำให้เห็นภาระในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้น การที่จะนำเครื่องมือมาใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับภาระในการดูแลในมุมมองที่ต้องการประเมิน เพื่อที่จะให้การประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกศึกษาภาระในการดูแลโดยใช้วิธีการประเมินตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งมองภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) และภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เนื่องจากเป็นการมองภาระที่ชัดเจนครอบคลุมมากที่สุด และมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

#### 2.4 แนวทางการลดภาระในการดูแล

ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับว่าเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแล

ก่อให้เกิดผลกระทบบ้านทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้ดูแล แนวทางการลดภาระการดูแล ประกอบด้วย การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดผลกระทบบ้านต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุดซึ่งแบ่งได้เป็น

1) การรักษาทางยา (drug approach) เป็นการเสกษาและพัฒนายาที่ใช้รักษา พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น การไม่ยั้ง พฤติกรรมก้าวร้าว

2) การรักษาที่ไม่ใช่ยา (non drug approach) ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมบ้าบดต่าง ๆ การฝึกให้ผู้ดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหวและจะช่วยลดอาการของการนอนไม่หลับ (Elloit, 1998)

การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (caregiver intervention) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลเพื่อลดภาระการดูแล แบ่งออกเป็น

1) การให้ความรู้ (education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สึกรู้สึกของความพึงพอใจ และเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ (Kasuya, 2000)

2) กลุ่มสนับสนุน (support group) ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาระการดูแลโดยการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน นอกจกนี้ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แหล่งประโยชน์ และวิธีการแก้ปัญหา (Howe & Howe, 1987 cited in Cook, 1999) ศึกษาผลของการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุนต่อภาระการดูแลของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีภาระการดูแลที่ลดลง

3) ครอบครัวบำบัด (family therapy) ครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย หรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้ และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก

4) การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (develop family strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหา การเจ็บป่วยทางจิต และต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักของทุกวัน รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจ และเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระในการดูแล

5) ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (Involving caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้

เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลของการรักษาต่อผู้ดูแล (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 และสามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลได้

### 3. การพยาบาลเพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

#### 3.1 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

##### ความหมาย

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่าเป็นญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย Horowitz (1985 cited in Horowitz & Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชนจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

จอม สุวรรณ โน (2541) ให้ความหมายของญาติผู้ดูแลในครอบครัวว่าเป็นผู้ปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนและการดูแลนั้นไม่เกี่ยวข้องกับข้อผูกพันทางวิชาชีพ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นโรคจิตเวชโดยเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือญาติ ของผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคจิตเวช ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแล นพรัตน์ ไชยธานี (2544)

โดยสรุป ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) หรือ ผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันและให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจมีความผูกพันกันทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือมีความสำคัญใกล้ชิดกัน เช่น เพื่อน ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล พบว่า ในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ หรืองานประจำที่ทำอยู่ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องมีผลต่อสุขภาพ ของผู้ดูแลได้ ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลและรับภาระอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลครอบครัวเพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติ และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในแต่ละครอบครัว

### 3.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ปริดิทท์ แก้วนิรัตน์ (2534) กล่าวถึงการดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย หากมีอาการทางจิตมากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อน
- 2) ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหา ให้กำลังใจแนะนำ ไม่ดูดำหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรงเพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย
- 3) ด้านสังคม ผู้ที่มีพฤติกรรมเฉื่อยชา แยกตัวเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา หรือร่วมงานต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน
- 4) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสื่อมของบุคลิกภาพอาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
- 5) ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการบำบัดรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
- 6) ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้กับผู้ป่วยให้สามารถรับผิดชอบและช่วยเหลือตนเองได้

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลครอบครัวมีความรับผิดชอบมาตามายดั่งกล่าวข้างต้น ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

3.3 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีดังนี้ (กัลยาณี โนนินทร์, 2542)

- 1) เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการทั้งในผู้ที่มีสุขภาพะดี เจ็บป่วย พิกัดหรือป่วยหนักเพื่อดูแลสุขภาพเจ็บป่วยดทุกข์ทรมาน
- 2) เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพร่วมกัน
- 3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ขอมรับภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
- 5) เป็นการบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
- 6) เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว
- 7) เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

โดยหลักการเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (Klebnoff, 1989; Pelletier, 1988 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

- 1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพบเรื้อรังและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
- 2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน
- 4) ให้บริการอย่างมีความรู้ให้มีความสำคัญกับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย กับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด

- 5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
- 6) ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
- 7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- 8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว
- 9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
- 10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชน ในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านมีลักษณะการบริการแบบผสมผสานและต่อเนื่อง ด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

#### 3.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านในระยะนี้จะเน้นที่การดูแลของครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น การฟื้นฟู สมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัวซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ตรีภคสมชาติ, 2540) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึง เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่าผู้ดูแลและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้านจะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจึงจะสามารถนำแหล่งประโยชน์จากผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชจึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการครอบคลุม 6 บทบาท คือ(Harder et al., 1987 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์ 2536, ทศนา บุญทอง, 2543)

1) บทบาทผู้ดูแล (Care provider) โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการทั้งอันตรายที่เกิดจากใจจักษุเขในตัวผู้ใช้บริการเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผนดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมอื่นๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุดจึงรับหน้าที่ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และ บันทึกการประเมินสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสมให้โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆ ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือทางสังคม ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมทั้งในครอบครัว หรือสังคมในชุมชน

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพ ได้ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจจะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ขึ้น

5) ผู้ให้ความรู้ / ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

6) ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจระดับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีใญ่หาอย่างผู้ชำนาญการ

จากแนวคิดดังกล่าว นำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน เป็นการเยี่ยมบ้านร เขครอบครัว อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

### 3.5 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 แนวทาง คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) Klebnoff (1989), Pelletier (1988). อรพรรณ ลือบุญวิชชัย, (2545) ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล โดยการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งการพัฒนาความแข็งแกร่งของผู้ดูแลให้สามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้รูปแบบของการสอนสุขภาพจิตรายครอบครัว (Family psychoeducation) ปรับปรุงเนื้อหาการทำกิจกรรมซึ่งได้พัฒนามาจาก จิราพร รัตการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนร่วม (Participation) ในการดูแล โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการสอนสุขภาพจิตรายครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านแล้ว ยังรวมไปถึงการให้การดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกด้วย ช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลให้ลดภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวรวมทั้งบุคคลในครอบครัวด้วย สำหรับบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดภาระของผู้ดูแลนั้นผู้ศึกษาได้นำแนวคิดในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Klebnoff, 1989; Pelletier, 1988 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญวิชชัย, 2545) แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านของ กัลยาณี โนอินทร์, (2542) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนโดยสรุปบทบาทหน้าที่ดังนี้คือ

1) บทบาทที่ปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สำรวจปัญหาของตนเองมองปัญหาให้กระจ่างชัดเจนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ปรับวิธีการคิดใหม่และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้และมีความสุขได้ และเลือกตัดสินใจใน ปัญหาต่างๆด้วยตนเองในทางที่สร้างสรรค์ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้นนอกจากนี้พยาบาลยังต้องให้การปรึกษา ให้คำแนะนำแก่สมาชิกในทีมสุขภาพ รวมทั้งแหล่งสนับสนุนในชุมชนต่างๆ ดังนั้นพยาบาลจึงควรทำหน้าที่เหล่านี้ คือ

- 1.1) ให้การปรึกษาแก่สมาชิกในทีมสุขภาพ
- 1.2) ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว / ชุมชน
- 1.3) ให้การปรึกษาด้านการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน



- 1.4) นิเทศการให้การพยาบาลทางจิตสังคมแก่สมาชิกในทีมพยาบาลและ  
เครื่อง่ายการให้บริการ
- 1.5) ประเมินผลการให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 1.6) ตรวจสอบคุณภาพของการพยาบาลในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วย  
จิตเภทที่บ้าน
- 1.7) เป็นที่ปรึกษาในเรื่องการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล
- 1.8) เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

2) บทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล พยาบาลทำหน้าที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้ไม่  
เป็นภาระของผู้อื่น พยาบาลต้องสอนผู้ป่วยตั้งแต่การอาบน้ำแปรงฟัน หรือการรักษาความสะอาด  
การรับประทานอาหาร ฝึกการควบคุมอารมณ์ฝึกการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพกับ  
บุคคลอื่น และการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต  
การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะการเผชิญความเครียด และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทาง  
สังคม นอกจากนั้นพยาบาลยังต้องเป็นผู้ใช้ข้อมูลอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวเกี่ยวกับแหล่ง  
ให้บริการต่างๆ ที่ให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งการให้ข้อมูล  
แก่ชุมชนซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นในบทบาทผู้ให้ความรู้ หรือข้อมูล  
พยาบาลจึงทำหน้าที่ดังต่อไปนี้

- 2.1) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและครอบครัว ในเรื่องของสัมพันธภาพ  
ระหว่างบุคคลและการสื่อสาร
- 2.2) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและครอบครัว  
ในการดูแลผู้ป่วย
- 2.3) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต เรื่องยา  
และผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท
- 2.4) ฝึกทักษะในการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและครอบครัว
- 2.5) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและครอบครัว
- 2.6) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลและครอบครัวเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนใน  
ชุมชน

#### 4. การให้สุขภาพจิตศึกษา

##### 4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและ  
ครอบครัว (Aderson 1980) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989)

การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ (Fowler, 1992; Hammond & Deans, 1995; Yamashita, 1996) โดยแบ่งได้ดังนี้

1) การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะ และสามารถดูแลตนเองได้

2) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว Aderson et al. (1980)

#### 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Psychoeducation Family Intervention Model)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวถือว่าการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การปรึกษาประครอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Aderson, Hogarty & Reiss, 1980) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาในรูปแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความเป็นมิตรในระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

จากผลการศึกษาดังกล่าว ทำให้ผู้ศึกษาดังกล่าวตั้งข้อสันนิษฐานว่า ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ความไม่รู้และไม่เข้าใจของครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากโรคของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด และกลับเป็นซ้ำอีก ดังนั้น รูปแบบของการบริการจึงได้จัดในรูปแบบของโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัว โดยมุ่งเน้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิต สาเหตุของโรค การรักษา

และการพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา (Problem solving skills) การ อยู่ในสังคม (social skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) แก่ครอบครัว สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Aderson, Hogarty & Reiss (1980)ซึ่ง เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย

1) การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้าง ความหวังให้กับครอบครัวเพื่ออนาคตที่ดีกว่า

2) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

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

4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้

จะเห็นได้ว่า เมื่อได้รับการประคับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ได้รับการเข้าไปช่วยเหลือ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อม ๆ กัน เป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาอีกด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทานตะวัน เข้มบุญเรือง (2540) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ล่องเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว ภายหลังจากการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รชนีกร อุปเสน (2541) ได้ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน อายุระหว่าง 51-60 ปี และเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบทบาทผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านตามการดูแลที่จำเป็น โดยทั่วไป ส่วนการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ด้านภาระในการดูแลที่เกิดขึ้นพบภาระในเชิงรูปธรรมคือ ในด้านการพักผ่อน สุขภาพกาย สุขภาพจิต และภาวะเศรษฐกิจ ส่วนในด้านปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ และความรู้สึกเป็นภาระในเชิงนามธรรม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ศิริรภา นันทพงษ์ (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายด้าน ด้านการได้รับการช่วยเหลือ และคำแนะนำต่าง ๆ สูงกว่าด้านอื่น ๆ แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พบมากที่สุดแก่บุคลากรทางด้านสุขภาพ บิดา มารดา และพระหรือนักบวชตามลำดับ ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตอื่น ๆ

ทิปาประพิน สุขเขียว (2543) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เม่งผู้ป่วย หรือรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม- ธันวาคม 2541 จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครุณี กชพรหม (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มปรึกษาประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12

คน กลุ่มทดลองได้รับกลุ่มประกัน ประคองและจิตศึกษา ผลการศึกษาพบว่า การแข่งขันและ การแข่งขันอันดับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลางภายหลังได้รับกลุ่มประกัน ประคองและจิตศึกษา และพบว่าการแข่งขันและ การแข่งขันอันดับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ภายหลังได้รับการพยาบาล ตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกลุ่มประกัน ประคองและจิต ศึกษา มีการแข่งขันและ การแข่งขันอันดับน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นงลักษณ์ ทรงลำจียก (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบ กลุ่มต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิต ศึกษาแบบกลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง 20 คน ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของAnderson พบว่าค่าคะแนน การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งโดยรวมและรายด้านคือการแข่งขันและ การแข่งขันหลังการใช้ โปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว ต่อ ภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบ ของครอบครัว พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแล ผู้ดูแลแบบของครอบครัว สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

วรางรัตน์ ทะมั่งกลาง (2545) ได้ศึกษาผลกระทบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ระดับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 66 เมื่อพิจารณาแยกการดูแลออกเป็นด้านรูปแบบและนามธรรม ผลการศึกษา พบว่า ภาวะทั้งสอง ด้านอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 67.2 และร้อยละ 64.4 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า มีปัจจัยด้านอาชีพ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พฤติกรรมผู้ป่วยและรายได้ของผู้ดูแล มีผลต่อภาวะของการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมคิด ตริราภิ (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการดูแล การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า การดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการใช้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ที่ระดับ .01

ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน แผนกผู้ป่วยนอก สังกัดกรมสุขภาพจิต ผลการศึกษาที่ สำคัญ พบว่า 1) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยอยู่ในระดับดี โดยในด้านภาวะสุขภาพ ทางกายอยู่ในระดับดี และภาวะสุขภาพทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง 2) รายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

3) การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

อัญชลี ทรงผาศุก (2547) ศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ต่ำกว่าก่อนการใช้ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราพร รักการ (2549) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน โดยนำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) พบว่าค่าคะแนนภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งโดยรวมและรายด้านคือภาวะเชิงปรนัยและภาวะอัตนัยหลังการใช้โปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

### งานวิจัยต่างประเทศ

Pai and Kapur (1981) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตเภทเป็นครั้งแรก จำนวน 54 คน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งรับการรักษาในโรงพยาบาลตามปกติ อีกกลุ่มหนึ่งให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยร่วมด้วย หลังจากนั้นติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้ มีภาวะในการดูแลน้อยกว่า และมีการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้น

Framcell (1998) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ภาวะของครอบครัวที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 86 ครอบครัว โดยการแบ่งกลุ่มย่อยและสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของภาวะในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการป่วยทางจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า แนวทางที่จะช่วยลดภาวะของครอบครัวลงคือ 1) การให้ความรู้กับครอบครัว (Family education) เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการจัดการกับภาวะวิกฤต 2) ใ้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทีมการรักษา (Inclusion of Family in the treatment team) และการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

Michael G. McDonnell, M.S. ศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาและความตระหนักของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยต่อผลกระทบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 90 คน พบว่า ความสัมพันธ์ของภาวะครอบครัว อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย แหล่งสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

Dyck, Short & Vitaliano (1999) ศึกษาปัจจัยทำนาย ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสัมภาษณ์ตัวอย่าง 70 คน พบว่า ทรัพยากรในครอบครัวได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการ

เผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ครอบครัวมีระดับการรับรู้ภาวะในระดับสูงเมื่อขอเคการสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

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

Reinares et al. (2004) ได้ศึกษาผลของการสอนสุขภาพจิตรายครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน เพื่อประเมินผลของการสอนสุขภาพจิตรายครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนและประเมินภาวะของผู้ดูแล โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนสุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวน และทักษะการเผชิญความเครียด ผลการศึกษาพบว่าการสอนสุขภาพจิตรายครอบครัวสามารถเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค และสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระทั้งภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยได้

## กรอบแนวคิดในการศึกษา

### โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตรายครอบครัว

#### กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

- สร้างความสัมพันธเพื่อสร้างความคุ้นเคย และความไว้วางใจ
- ชี้แจงวัตถุประสงค์ และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม
- สอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
- เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและภาระในการดูแลผู้ป่วย
- พยายามให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่และบทบาทดูแลผู้ป่วย

#### กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

- ให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

#### กิจกรรมที่ 3 วิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับปรึกษา

- สอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย
- ให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต และการดูแลเบื้องต้น

#### กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

- สอบถามเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อย
- ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และวิธีการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและร่วมกันหาแนวทางในการจัดการ

#### กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

- ให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดและการจัดการกับความเครียด
- สาธิตและฝึกปฏิบัติเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเอง

#### กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะทางสังคม

- ให้ความรู้ในเรื่องการสื่อสารในครอบครัว
- พยายามประเด้นความไม่สบายใจเกิดขึ้น และข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน

#### ภาระในการดูแลของ

#### ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. ภาระเชิงปรนัย
2. ภาระเชิงอัตนัย