

บทที่ 2

แนวคิดและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง กรณีศึกษา : ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นำมาเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. หลักการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เน้นครอบครัว
2. ความหมายของภาระการดูแล
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช
4. แนวคิดเกี่ยวกับการช่วยเหลือเพื่อลดภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช
5. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช
6. แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช
 - 6.1 ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
 - 6.2 การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชก่อนการจำหน่าย
 - 6.3 โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวผู้ป่วย
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา

1. หลักการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เน้นครอบครัว

ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยจะอยู่ในความดูแลช่วยเหลือของพยาบาล ซึ่งตามขอบเขตในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลตามที่องค์การอนามัยโลก (อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2539: 3) ได้กำหนดไว้ นั้น พยาบาลจะต้องเปิดโอกาสให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลด้วย ซึ่งในการพยาบาลจิตเวชนั้น ก็มีแนวคิดที่สำคัญประการหนึ่งคือการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อระบบการดูแลผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงไปคือ จากการดูแลในโรงพยาบาลสู่การดูแลในชุมชน เมื่อผู้ป่วยจิตเวชจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน ซึ่งครอบครัวคือแหล่งสำคัญที่สุดที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย พยาบาลจึงเป็นผู้ที่

เหมาะสมที่สุดที่จะต้องช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังที่ ดร.ณิ รุจกรกานต์ (2536, 48-49) ได้กล่าวถึงทักษะของพยาบาลที่จะใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชไว้ดังนี้

1. ทักษะในการประเมินครอบครัว เป็นการประเมินโครงสร้างและการทำงานของครอบครัวรวมทั้งปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือครอบครัว
2. ทักษะในการวางแผนความต้องการของครอบครัว โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินครอบครัวมาใช้ ซึ่งความสำคัญในการวางแผนให้สำเร็จคือ การดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนด้วย โดยชี้ให้ครอบครัวยอมรับถึงจุดดีและจุดอ่อนของครอบครัวและยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือผู้อื่น
3. ทักษะในการพัฒนาศักยภาพของครอบครัว ซึ่งทักษะที่จำเป็นคือ ทักษะในการปรับประคองทางอารมณ์แก่ครอบครัวเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม และทักษะในการให้ความรู้และถ่ายทอดซึ่งจะเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้ตามความเหมาะสม
4. ทักษะในการติดตาม ประเมิน หรือเยี่ยมบ้าน เพื่อดูผลงานที่ครอบครัวได้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ตามที่พยาบาลได้เตรียมความพร้อมของครอบครัวไว้แล้ว

จากทักษะของพยาบาลที่จะใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าเป็นทักษะที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล ที่เน้นให้ครอบครัวมีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวผู้ป่วยขึ้นตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล และได้กำหนดให้มีกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมที่มีพยาบาลเป็นผู้นำและนำเอาทักษะต่างๆ เหล่านี้มาใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะในการพัฒนาศักยภาพของครอบครัวผู้ป่วย คือทักษะในการปรับประคองรายกลุ่มและรายบุคคล และทักษะในการให้ความรู้รายกลุ่มและรายบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือการให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน

2. ความหมายของภาระการดูแล

ผลจากการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีอาการทุเลาพอที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวหรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัว ซึ่งเรียกว่า ผู้ดูแล (Caregiver) การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับรู้และความรู้สึกที่ครอบครัวมีต่อผลกระทบเหล่านั้นทำให้เกิดภาระการดูแล (Caregiver Burden)

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 เป็นต้นมา ในเอกสารและงานวิจัยทางด้านการแพทย์ได้มีการกล่าวถึง ภาระการดูแล และพยายามระบุชนิดและขอบเขตของภาระการดูแล (Rose, 1996: 67) โดยมีผู้ที่ ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลไว้หลายท่าน ดังนี้

Sainsbury and Grad (1962, cited in Saunder, 1997: 8) ทำการศึกษาคครอบครัวของผู้ป่วย จิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าภาระการดูแลอย่างแรกของครอบครัวคือความกดดัน ทางอารมณ์และเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

Group for the Advancement of Psychiatry (1978, cited in Lefley 1987: 613) กล่าวว่า ภาระการดูแลที่เป็นไปตามสภาพของจิตใจหรือภาระเชิงจิตวิสัย (Subjective Burden) และภาระ การดูแลที่ไม่มีความรู้สึกมาเกี่ยวข้องหรือภาระเชิงอัตวิสัย (Objective Burden) เป็นการแยกแยะ ความแตกต่างระหว่างความต้องการที่แท้จริงในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยกับความเสียหายที่สมาชิก ในครอบครัวได้รับ ซึ่งเป็นผลมาจากความเจ็บป่วย

Zarit et al. (1980, cited in Lim et al., 1996: 253) ตั้งสมมติฐานว่า ภาระการดูแล ประกอบด้วยหลายๆ องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยปฏิกริยาตอบสนองภายในจิตใจ ที่มีต่อประสบการณ์ที่ได้รับจะมีผลต่อการประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริง

Goldman (1982, cited in Danielson, Bissell and Fry, 1993: 386) กล่าวว่า ภาระการดูแล ที่เป็นปัญหาทางอารมณ์ เช่น ความเดือดร้อน ความอับอายและความรู้สึกผิด มีความรุนแรง เช่นเดียวกันกับปัญหาทางเศรษฐกิจ

Thompson and Doll (1982, cited in Rose, 1996: 69) วิเคราะห์ว่า ภาระเชิงจิตวิสัย (Subjective Burden) มีความสัมพันธ์กับ ความอับอาย ความโกรธเคือง ความขมขื่น ความรู้สึก เกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ ส่วนภาระเชิงอัตวิสัย (Objective Burden) ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสถานะทางการเงิน บทบาท กิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน

และความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่ง Lim et al. (1996: 253) กล่าวว่า เป็นการแยกแยะความแตกต่างระหว่างภาวะการดูแลทั้ง 2 ด้าน โดยนำรูปแบบการตอบสนองทางอารมณ์ ปฏิกริยาทางอารมณ์ ทศนคติ รวมทั้งขอบเขตของความแตกแยกหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลมาใช้ในการแยกแยะ

Poulshock and Deimling (1984, cited in Lim et al., 1996: 253) กล่าวว่า ภาวะการดูแลได้รับการนิยามอย่างกว้างขวางจากการตอบสนองในเชิงลบและผลกระทบที่ผู้ดูแลได้รับ โดยได้ให้คำจำกัดความว่าภาวะการดูแลเป็นความเสียหายทางอารมณ์ของผู้ดูแล เป็นความรู้สึกอึดอัดหรือยากลำบากที่มีความสัมพันธ์กับความอับอายและความรู้สึกเกินกำลัง ความแตกแยกหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลายๆ ด้านในชีวิตของผู้ดูแล ความยุ่งยากเกี่ยวกับการเงิน ความเครียดและความเหนื่อยล้าในบทบาท รวมทั้งสุขภาพกายของผู้ดูแลที่เสื่อมโทรมลง

Platt (1985, อ้างถึงใน ยาใจ สิริธิมงคล, 2538: 21) ให้ความเห็นว่า ภาวะการดูแล หมายถึง การปรากฏของปัญหาและความยุ่งยากต่างๆ นานา หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความยากลำบากแก่บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ภาวะที่เกิดขึ้นกับครอบครัวเป็นผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อระบบครอบครัวในเรื่องต่างๆ เช่น การเงิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของสมาชิกในครอบครัว การใช้เวลาว่างและการสังสรรค์ร่วมกัน ภาวะสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัว

Feddersen (1990: 164-165) กล่าวว่า การได้รับหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจนเป็นภาระที่ท่วมท้นทำให้เกิดผลเสียต่อความเป็นอยู่ของผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อีกประการหนึ่งคือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเงินและการมีกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลงทำให้ครอบครัวมีความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มมากขึ้น Feddersen ได้ทำการศึกษาในครอบครัวผู้ป่วย Stroke และได้ให้คำจำกัดความคำว่าภาวะการดูแล ว่าเป็นสภาพปัญหาในสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงซึ่งผู้ดูแลจะต้องอดทนต่อสภาพปัญหานั้น ซึ่งประกอบด้วยปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ความเหนื่อยล้า ปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ปัญหาทางด้านสังคม และปัญหาทางการเงิน

Baer (1993: 231) ให้คำจำกัดความ คำว่า ภาวะการดูแล ว่าเป็นปรากฏการณ์ใน 2 มิติ คือ ภาระเชิงจิตวิสัย (Subjective Burden) อยู่ภายในขอบเขตของทัศนคติหรือปฏิกริยาทางอารมณ์ที่ผู้ดูแลมีต่อประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ส่วนภาระเชิงอัตวิสัย (Objective Burden) อยู่ในขอบเขตของความแตกแยกหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตความเป็นอยู่หลายๆ ด้านของผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วย โดยที่การรับรู้เกี่ยวกับภาวะการดูแลทั้ง 2 มิตินี้จะมีผลกระทบต่อผู้ดูแล

เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (2539: 10) ได้ให้คำจำกัดความคำว่า ภาวะการดูแล ว่า หมายถึง ความยากลำบากทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และเศรษฐกิจสังคมของผู้ดูแล ที่เกิดจากงานที่ผู้ดูแลรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยอันทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539: 89) ได้กล่าวถึงผลกระทบที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในทางลบว่าผู้ดูแลจะรู้สึกโกรธและฉุนเฉียวง่าย รู้สึกไม่มีเวลาเป็นของตนเอง สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคมและเหงา ขาดเพื่อนในสังคม ไม่สามารถวางแผนอะไรล่วงหน้าได้ มีความขัดแย้งในบทบาทผู้ดูแลที่บ้านกับบทบาทของู้ทำงานอาชีพ รู้สึกสูญเสียและโศกเศร้า ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่มีเวลาพักผ่อน และเบื่อน่ายในการดูแลผู้ป่วย

วรรณนิภา สมนาวรรณ (2539: 17) ได้ให้คำจำกัดความคำว่า ภาวะการดูแล ว่าเป็นงานหนักที่ต้องรับเอาหรือความเดือดร้อนลำบากใจของผู้ดูแลอันเป็นสมาชิกในครอบครัว ที่เกิดขึ้นเนื่องจากอาการของผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมในการดูแลผู้ป่วย

วิภาวรรณ ชะดุม, ประคอง อินทรสมบัติและพรรณวดี พุทธิวัฒน์ (2539: 17) กล่าวว่า เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ต้องให้เวลาในการดูแลและใช้ความพยายาม ต้องเพิ่มบทบาทในการเป็นผู้ดูแล มีเวลาส่วนตัวลดลงและมีโอกาสที่จะมีความบกพร่องในบทบาทต่อสมาชิกอื่นในครอบครัว จึงก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงและความยุ่งยากในชีวิต ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสุขภาพและสวัสดิภาพของผู้ดูแล นอกจากนี้การรับรู้ว่าเป็นภาระเนื่องจากต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น และจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการดูแล มีผลทำให้ดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังได้

จากผลการศึกษาดังที่ได้กล่าวมาจะเห็นว่า ภาวะการดูแลจะเกิดขึ้นกับครอบครัวเมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในบ้าน นับตั้งแต่ที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน โดยส่วนใหญ่แล้วภาวะการดูแลมักจะถูกกล่าวถึงในแง่ลบ ไม่ว่าจะเป็น ความเสียหายทางอารมณ์ ความอึดอัด ความยากลำบาก ความเดือดร้อน ความแตกแยก ความกดดัน งานหนัก หรือสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา โดยอาจแบ่งออกเป็นภาวะตามสภาพจิตใจ ซึ่งได้แก่ ความอับอาย รู้สึกผิด วิตกกังวล ซึมเศร้า เบื่อน่าย โกรธเคือง ขมขื่น เกินกำลัง หรือเหมือนติดกับ เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีภาวะที่ไม่มีความรู้สึกมาเกี่ยวข้องซึ่งได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านการเงิน บทบาท กิจวัตรประจำวัน เวลาพักผ่อน ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน และสุขภาพร่างกาย

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ได้กล่าวถึงภาวะการดูแลไว้ว่า ภาวะการดูแล หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลถึงผลกระทบและสภาพปัญหา รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองจากความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านในด้านผลที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน ผลที่เกิดขึ้นทางกาย และผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์และความคิด

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปแล้วว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตทำให้เป็นภาวะการดูแลต่อครอบครัวผู้ป่วย (Rose, 1996: 67) โดยตั้งแต่กลางปี ค.ศ 1950 เป็นต้นมา นักวิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการศึกษาเกี่ยวกับชนิดและขอบเขตของภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท (Rose, 1996: 67; Saunders, 1997: 8) ประกอบกับในปลายปี ค.ศ 1960 ได้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเปลี่ยนจากระบบการดูแลในโรงพยาบาล (Hospital-based System) มาสู่ระบบการดูแลในชุมชน (Community-based System) (Saunders, 1997: 8) ซึ่งทำให้ ครอบครัวกลายเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย บางคนได้รับการดูแลโดยตรงจากสมาชิกในครอบครัว ในขณะที่บางคนได้รับการดูแลจากญาติห่างๆ (Chesla, 1989: 374) การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสิ่งแวดล้อมในการดูแลสุขภาพ ทำให้เราต้องค้นหาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิกริยาตอบสนองของครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต เพื่อให้ได้ประเด็นที่เป็นที่ยอมรับและมุมมองใหม่ๆ เกิดขึ้น (Rose, 1996: 67)

มีผู้ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชไว้หลายท่าน ดังนี้

Sainbury and Grad (1963, cited in Chesla, 1989: 376) ได้ทำการศึกษาโดยติดตามครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเป็นเวลา 2 ปี พบว่า ครอบครัวที่ได้รับการดูแลจากแหล่งประโยชน์ในชุมชน จะมีภาวะการดูแลด้านสุขภาพจิตและด้านการเงินน้อยกว่าครอบครัวที่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ ในเวลาใกล้เคียงกันที่พบว่า ถึงแม้ระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะแตกต่างกัน แต่ภาวะการดูแลที่เกิดขึ้นกลับไม่แตกต่างกัน

Hoenig and Hamilton (1966, อ้างถึงใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2538: 20) ได้ให้ความหมายของคำว่าภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช โดยแบ่งลักษณะภาวะของครอบครัวออกเป็น 2 ส่วน คือ ภาวะเชิงอัตวิสัย (Objective Burden) และภาวะเชิงจิตวิสัย (Subjective Burden) ภาวะเชิงอัตวิสัย หมายถึง สภาพของปัญหาและการแตกแยกที่เกิดขึ้นกับครอบครัวอันเป็นผลมาจากการอยู่รั้ง ญาติ

ที่ป่วยทางจิต เช่น ปัญหาสุขภาพร่างกายของสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ปัญหาการดูแลสมาชิก
 ครอบครัวที่ยังเยาว์ ความวุ่นวายสับสนในการจัดกิจกรรม การพักผ่อนหย่อนใจและการปฏิบัติกิจวัตร
 ประจำวัน ปัญหาทางการเงินและการทำงาน ปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งปัญหา
 สัมพันธภาพกับมิตรสหายและเพื่อนบ้าน ส่วนภาวะเชิงจิตวิสัย หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับสมาชิก
 ในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับญาติที่ป่วยทางจิต เช่น ความรู้สึกเดียดร้อน
 ความอับอาย ความกังวลและความเศร้า นอกจากนี้ Hoenig and Hamilton (1966, cited in Chesla,
 1989: 377-378) ยังได้ทำการศึกษาคครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง จำนวน 62 ครอบครัว เป็นเวลา 4 ปี
 พบว่า 76% แสดงการต่อต้านผลกระทบทางการเงิน สุขภาพและความเป็นอยู่โดยทั่วไปของบุคคล
 ที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย และ 60% พบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นการรบกวน ทำให้พวกเขาเกิดความ
 วิตกกังวลซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีภาวะเชิงอัตวิสัย (Objective Burden)
 อย่างเด่นชัด

Group for the Advancement of Psychiatry (1978, cited in Lefley, 1987: 613) กล่าวถึง
 ภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชว่า ภาวะเชิงอัตวิสัย (Objective Burden) ได้แก่ ภาวะพึ่งพา
 และความเสื่อมสมรรถภาพของผู้ป่วยในการทำหน้าที่ของตนตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง ค่าใช้จ่าย
 ในการรักษาที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยยากจนลงหรือขาดหลักประกันทางการเงิน การรบกวนกิจวัตร
 ประจำวันของสมาชิกในครอบครัว การทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการ
 การเสียเวลาและแรงงานในการนำผู้ป่วยไปรับการรักษา การถูกเพื่อนบ้านต่อต้าน การไม่ได้รับ
 ความเห็นใจหรือสงสารจากโลกภายนอก การได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดน้อยลง การต้องลดหรือ
 จำกัดกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งความรู้สึกอับอายที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ส่วนภาวะเชิงจิตวิสัย
 (Subjective Burden) ได้แก่ ความเศร้าโศก และการร่วมรู้สึกในความเจ็บปวดของผู้ป่วยทุกครั้งที่ผู้ป่วย
 มีอาการ ความทุกข์เศร้าเมื่อรู้สึกว่ามีผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิต
 ของครอบครัว การไม่สามารถวางแผนการดำเนินชีวิต และความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย

Hatfield (1987, cited in Rose, 1996: 69) ได้ทำการสำรวจในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช
 จำนวน 89 คน เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นการรบกวน และระดับความรุนแรงของความเครียด
 ในครอบครัวที่เป็นผลจากพฤติกรรมนั้นๆ พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่รู้สึกที่ตนเองถูกรบกวน
 จากพฤติกรรมของผู้ป่วยในระดับสูง และเป็นสาเหตุที่ทำให้พวกเขารู้สึกเครียดและวิตกกังวลอีกด้วย
 ผลการสำรวจนี้แสดงให้เห็นถึงภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชทางด้านอารมณ์ และด้าน
 สุขภาพจิต

Robin, Copas and Freeman-Browne (1979, cited in Chesla, 1989: 378) ได้ทำการศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยโรคประสาทและผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 154 คน โดยได้ติดตามหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 5-8 ปี พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยประสบปัญหาจากพฤติกรรมของผู้ป่วย มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพและต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งก็เป็นอีกผลการวิจัยหนึ่งที่สนับสนุนว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีภาระการดูแลเชิงอัตวิสัย (Objective Burden)

Creer, Sturt and Wykes (1982, cited in Chesla, 1989: 378) ได้ทำการศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องรับการรักษาระยะยาว จำนวน 52 คน หลังจากที่ถูกผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ภาระการดูแลเชิงอัตวิสัย (Objective Burden) และเชิงจิตวิสัย (Subjective Burden) ของครอบครัวเกิดจากความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วย อาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย นอกจากนั้นทัศนคติเกี่ยวกับผู้ป่วยก็ทำให้เกิดภาระเชิงจิตวิสัย (Subjective Burden) อีกด้วย ส่วนความวุ่นวายหรือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความอับอายของผู้ป่วยนั้น ทำให้เกิดภาระการดูแลได้น้อยกว่า

Goldman (1982, cited in Danielson, Bissell and Fry, 1993: 386) กล่าวว่า ภาระการดูแลด้านอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีความรุนแรง เช่นเดียวกับภาระการดูแลด้านการเงิน ครอบครัวของผู้ป่วยจะได้รับความเดือดร้อนจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาจากความรู้สึกอับอายที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิต อีกปัญหาหนึ่งคือความรู้สึกผิดของครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะเพิ่มภาระการดูแลด้านอารมณ์แล้ว ยังทำให้ครอบครัวผู้ป่วยหนีห่างจากแหล่งประโยชน์ที่จะให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนระดับประคองพวกเขา การมีปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัวจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ในขณะที่เดียวกันก็มีอิทธิพลต่อสาเหตุของการเกิดโรคทางจิตได้เช่นกัน

Runions and Prudo (1982, cited in Chesla, 1989: 378) ได้ทำการสำรวจครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 70 คน พบว่า ครอบครัวเหล่านั้นมีภาระการดูแลเชิงอัตวิสัย (Objective Burden) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและระดับของความยากลำบากในการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย

Thompson and Doll (1982, cited in Chesla, 1989: 377-378; Rose, 1996: 69-70) ได้ทำการศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 125 คน เป็นเวลา 6 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและพบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีภาระการดูแลมากมาย ทั้งเชิงอัตวิสัยและเชิงจิตวิสัย โดยเขาได้ให้ข้อเสนอแนะว่าภาระเชิงจิตวิสัย (Subjective Burden)

มีความสัมพันธ์กับความอับอาย ความโกรธเคือง ความขมขื่น ความรู้สึกเกินกำลังและความรู้สึกเหมือนติดกับ ส่วนภาวะเชิงอัตวิสัย (Objective Burden) ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงในสถานะทางการเงิน บทบาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน และมีสาเหตุมาจากการดูแลผู้ป่วย 33% รู้สึกอึดอัดและคับข้องใจในด้านบทบาทและด้านการเงิน เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอับอาย และ 2 ใน 3 รู้สึกว่าการดูแลเป็นงานที่เกินกำลัง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าทั้งภาวะเชิงอัตวิสัยและภาวะเชิงจิตวิสัยมีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วย และประการสุดท้ายพบว่าครอบครัวจะรู้สึกว่ามีภาวะเชิงจิตวิสัย (Subjective Burden) มากกว่าผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภาระการดูแลจะเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลา

Poulshock and Deimling (1984, cited in Lim et al., 1996: 254) ได้ให้คำจำกัดความคำว่า ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยมองว่า ภาระการดูแลนั้นมีหลายมิติ ประกอบด้วย 3 ส่วนประกอบคือ เหตุการณ์ที่นำมาสู่ภาระการดูแล (Burden Antecedents) ภาระการดูแล (Burdens) และผลลัพธ์ของภาระการดูแล (Burden Consequences) เหตุการณ์ที่นำมาสู่ภาระการดูแลประกอบด้วย สิ่งที่มีผลกระทบต่อรับรู้และสิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกาย ซึ่งจะนำไปสู่การวัดระดับความเชื่อของผู้ดูแลว่า ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางสมรรถภาพเพียงใด ภาระการดูแลประกอบด้วย ภาระด้านการทำหน้าที่ในสังคมและภาระด้านพฤติกรรมที่เป็นการรบกวนของผู้ป่วย ดังที่ Poulshock and Deimling กล่าวว่า ความรู้สึกลำบากใจ ความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลเกิดจากทั้งพฤติกรรมที่เป็นการรบกวนของผู้ป่วย และจากความยากลำบากของผู้ป่วย ในการทำหน้าที่ในสังคม ซึ่งทั้ง 2 อย่างนี้มีสาเหตุมาจากการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความบกพร่องในการรับรู้ของผู้ป่วย และความเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วย ส่วนผลลัพธ์ของภาระการดูแลประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงในทางลบของสัมพันธภาพในครอบครัว (ผลกระทบจากการดูแลที่มีต่อสัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้ป่วยและกับบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว) และการยับยั้งกิจกรรมทางสังคม (ผลกระทบจากการดูแลที่มีต่อความเป็นบุคคล และการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย การลดกิจกรรมทางสังคม ความเหนื่อยล้าในบทบาท และปัญหาทาง ด้านการเงิน) โดยแนวความคิดของ Poulshock and Deimling นี้ได้ถูกนำมาใช้ในการทำการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมกับภาระการดูแลตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1985-1996

Fadden, Bebbington and Kuipers (1987, cited in Rose, 1996: 70-71) ได้ทำการศึกษาในคู่สมรสของผู้ป่วย Depressive disorder จำนวน 24 คน เกี่ยวกับระดับของภาระการดูแล วิธีการปรับตัวและความพึงพอใจในระบบการดูแลสุขภาพ พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีรูปแบบการใช้ความรู้

ในการปรับตัว และทราบดีว่าควรจะมีปฏิบัติตัวอย่างไร ส่วนครอบครัวของผู้ป่วย Bipolar Disorder ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ที่แตกต่างกันออกไปคือ พวกเขาภาวะความเครียดในระดับสูงอยู่น้อยมาก อาจเป็นเพราะการดำเนินไปของโรคไม่รุนแรงนัก นอกจากนั้นพวกเขายังเรียกปัญหาของผู้ป่วยอย่างถูกต้องว่าเป็นการเจ็บป่วยทางจิตแทนที่จะเรียกว่าเป็นอาการทางประสาท และมีปัญหาที่ครอบครัวพบเช่นเดียวกับในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท คือ พฤติกรรมการแยกตัวของผู้ป่วย

Lefley (1987: 613-619) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบที่ครอบครัวได้รับจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตของผู้ป่วย โดยทำการสำรวจจากการรับรู้ของบุคลากรทำงานในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 84 คน ซึ่ง Lefley ได้แบ่งภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ออกเป็น 2 ส่วนคือ ภาระทางการเงิน (Financial Burden) และภาระทางอารมณ์ (Emotional Burden) ภาระทางการเงินคือค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวต้องใช้ในการรักษาผู้ป่วยทั้งในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก ค่าใช้จ่ายพิเศษและค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าใช้จ่ายในการทำจิตบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกนั้น เป็นการทำให้กับผู้ป่วยเพียงคนเดียว ไม่ได้รวมถึงสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวที่ต้องอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย ส่วนค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยนั้นมักจะถูกกำหนดให้เป็นไปตามระดับความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยตามความคาดหวังของครอบครัว โดยพิจารณาที่ อายุและ/หรือระดับการศึกษา เป็นต้น การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายมากเป็นพิเศษ โดย 58% สามารถระบุหรือประมาณค่าใช้จ่ายได้ ในขณะที่อีก 42% ไม่สามารถประมาณค่าได้

ส่วนภาระทางอารมณ์นั้นเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดซึ่งเกิดจากความผิดปกติของผู้ป่วย พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ความสามารถในการทำหน้าที่ที่ต่ำลงของผู้ป่วยและการประสบความล้มเหลวจากระบบบริการ ซึ่งไม่ได้ให้การสนับสนุนระดับประคองครอบครัวอย่างเพียงพอ

ในการศึกษาของ Lefley ครั้งนี้พบพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดภาระการดูแลต่อครอบครัวเรียงตามลำดับความเดือดร้อนจากมากไปหาน้อยดังนี้ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมกิจวัตรประจำวันของผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย เรียกร้องความสนใจ แยกตัวออกจากสังคม ใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือย รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีแบบแผนการนอนที่ผิดปกติ เช่น ไม่ยอมหลับในเวลากลางคืน ด่าทอผู้อื่น คุกคามหรือทำร้ายผู้อื่น ไม่สนใจสุขอนามัยหรือการแต่งตัวของตนเอง ติดสุราหรือยาเสพติด และทำลายทรัพย์สินของสาธารณะ นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้สึกยุ่งยากลำบากใจในการ

อยู่ร่วมกับผู้ป่วยเป็นเวลานานๆ ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่เต็มใจที่จะรับผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Noh and Turner (1987, cited in Rose, 1996: 70) ได้ทำการศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตประเภทอื่นๆ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป แล้วได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับมาสู่ครอบครัว พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยมากเป็นพิเศษ โดย Noh and Turner ได้ทำการวัดเกี่ยวกับความเดือดร้อนใจของผู้ดูแล ภาระการดูแลเชิงอัตวิสัยและจิตวิสัย ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และความเครียด ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเดือดร้อนใจมากนับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งมีความเครียดที่สัมพันธ์กันกับภาระการดูแลด้วย

Chesla (1989: 375-376) กล่าวว่า ภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเป็นการเผชิญความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช โดยภาระเชิงอัตวิสัย (Objective Burden) จะไปรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน การเข้าสังคม การพักผ่อนในยามว่างของครอบครัวและความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านด้วย โดยผลการวิจัยหลายฉบับได้รวมเอาปัญหาทางการเงินและการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตของสมาชิกในครอบครัวเข้าไว้ในภาระเชิงอัตวิสัยด้วย ส่วนภาระเชิงจิตวิสัย (Subjective Burden) เป็นการประเมินปัญหาโดยครอบครัวจากการที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งได้แก่ ความเดือดร้อน ความอับอาย และความขุ่นเคือง รวมทั้งรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองจากการที่จะต้องมารับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

Saunders (1997: 8) กล่าวว่า ภาระการดูแลของครอบครัวจะกลายเป็นสิ่งที่ครอบครัวไม่สามารถทนได้โดยเฉพาะเมื่อต้องอยู่กับผู้ป่วยที่คลุ้มคลั่งอาละวาดและไม่ยอมรับการรักษา การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตอย่างรุนแรงคือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างร้ายแรงต่อครอบครัวและความสามารถที่แตกต่างกันในการปรับตัวให้เข้ากับ ความเครียด หลายครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหานี้ได้โดยการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวให้เข้ากับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต บางครอบครัวเผชิญหน้ากับปัญหาในขณะที่บางครอบครัวยอมแพ้ต่อปัญหา และบางครอบครัวก็ทำให้ปัญหาหมดไปได้โดยง่าย แต่อย่างไรก็ตามองค์ประกอบทุกด้านของครอบครัวต่างก็ได้รับผลกระทบ สัมพันธภาพและบทบาทต่างๆ ในครอบครัวอาจเปลี่ยนแปลงไปหรืออาจคงอยู่อย่างเดิมก็เป็นได้

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เกิดจากการที่ต้องอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยโรคทางจิต และต้องรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้มีผลกระทบและสภาพปัญหารวมทั้งการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับผู้ดูแลทั้งในด้านการดำรงชีวิต

ประจำวัน เช่น กิจวัตรประจำวันถูกรบกวน เวลาในการพักผ่อนน้อยลง ด้านการเงิน เช่น การต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายประจำวันของผู้ป่วยในขณะที่ตัวผู้ป่วยเองไม่มีรายได้ มาชดเชย ด้านสังคม เช่น การต้องจำกัดกิจกรรมทางสังคม การถูกต่อต้านหรือตั้งข้อรังเกียจ จากเพื่อนบ้าน ด้านอารมณ์และความคิด เช่น รู้สึกเดือดร้อน ชุ่นเคือง เศร้าโศก มีความเครียดและความวิตกกังวลในระดับสูง และด้านสุขภาพกาย เช่น ร่างกายเสื่อมโทรมลง เป็นต้น นอกจากนี้ภาวะ การดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชยังขึ้นอยู่กับอาการและระยะเวลาที่เจ็บป่วยอีกด้วย กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง ครอบครัวผู้ป่วยก็จะมีภาวะการดูแลมาก ในขณะที่เดียวกัน ถ้าผู้ป่วย เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเป็นระยะเวลานาน และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง ขึ้นไป ครอบครัวผู้ป่วยก็จะมีภาวะการดูแลมากขึ้นด้วย

4. แนวคิดเกี่ยวกับการช่วยเหลือเพื่อลดภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิจัยของ Goldman (1982, cited in Chesla, 1989: 375) ระบุว่า 65% ของผู้ป่วย จิตเวช ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในแต่ละปี จะกลับไปอยู่กับครอบครัว โดย 1 ใน 4 ของผู้ป่วย เหล่านี้จะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติเมื่ออยู่ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการรายงานของ Talbot (1984, cited in Rose, 1996: 67) ที่ว่า 25% ของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลจะกลับไปสู่ครอบครัวและจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว ซึ่งเป็นผลให้เกิด ภาวะการดูแลแก่ครอบครัว โดยมีผู้ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช และแนวทางในการช่วยเหลือครอบครัวเหล่านั้น ดังต่อไปนี้

Leavitt (1975, cited in Rose, 1996: 70) พบว่า การที่ครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติเมื่อ ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับมาสู่ครอบครัวนั้นเป็นเพราะครอบครัวไม่ได้รับการ เตรียมพร้อม ครอบครัวจะเกิดความรู้สึกว่าในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล พวกเขาไม่ได้เรียนรู้อะไร เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเลย ดังนั้นพวกเขาจึงมองสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตในแง่ร้าย ไม่แน่ใจ และวิตกกังวล แสดงให้เห็นว่า ภาวะการดูแลไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ของครอบครัว แต่ที่สำคัญยิ่งกว่าคือการมีความรู้ความเข้าใจซึ่งจะช่วยคลายความเครียดของครอบครัว และส่งผลถึงภาวะการดูแลด้วย

Hatfield (1979, cited in Danielson, Bissell and Fry, 1993: 396) กล่าวว่า การที่ครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวชจะมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้นั้นจะต้องอาศัยจากการให้ความรู้ การสนับสนุน ประคับประคอง การดูแลเพื่อให้ผ่อนคลาย และการให้บริการในภาวะวิกฤติโดยการสนับสนุน

ระดับประคองครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจะขึ้นอยู่กับว่าพยาบาลมีความเข้าใจในประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยเพียงใด

Pai and Kapur (1981, cited in Chesla, 1989: 376) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตเภทเป็นครั้งแรกจำนวน 54 คน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งรับการรักษาในโรงพยาบาลตามปกติ ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งมีการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยร่วมด้วย หลังจากติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือนก็พบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้จะมีภาระการดูแลน้อยกว่าและมีการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้น

Reynolds and Hoult (1984, cited in Chesla, 1989: 376) ได้นำเอาโปรแกรมการให้ความรู้เรื่อง Stein and Test's Training in Community Living Program มาใช้กับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวแล้วพบว่าผลทำให้ภาระเชิงจิตวิสัย (Subjective Burden) ลดน้อยลง และครอบครัวมีการปรับตัวได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกรให้การดูแลในโรงพยาบาลแล้วติดตามผลดังที่เคยปฏิบัติมาแต่ดั้งเดิม นอกจากนี้ยังพบว่าภาระเชิงอวัตถุวิสัย (Objective Burden) ยังลดน้อยลงอย่างไม่มีนัยสำคัญด้วยเช่นกัน

Lefley (1987: 616) ได้ทำการศึกษาผลกระทบที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชได้รับจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตพบว่า ครอบครัวได้รับผลกระทบจากการขาดการให้ข้อมูลและการสนับสนุนระดับประคองจากบุคลากรของโรงพยาบาล ซึ่งไม่ได้ให้ความรู้แก่ครอบครัวอย่างเพียงพอเกี่ยวกับความเป็นไปของโรค การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การป้องกันการเป็นซ้ำ และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และทำให้เกิดภาระการดูแลทางด้านอารมณ์แก่ครอบครัวผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ น่าจะช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยได้

Chesla (1989: 377) กล่าวว่า ภาระการดูแลที่เกิดจากอาการของผู้ป่วย พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าของครอบครัว และการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัวจะลดลงได้จากการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้านที่จัดขึ้นตามความต้องการของครอบครัวหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Daniel, Bissell and Fry (1993: 396-397) ได้นำเสนอแนวคิดที่น่าสนใจไว้ดังนี้ พยาบาลจำเป็นจะต้องให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคทางจิต และกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วยโดยสอนให้พวกเขาเรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิคในการควบคุมผู้ป่วย เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการสนับสนุนระดับประคองและการช่วยเหลือกันของหลายๆ ครอบครัว ส่วนการสนับสนุนระดับประคองจากพยาบาล ได้แก่การให้ครอบครัวเรียนรู้บทบาทของตนเองและหลีกเลี่ยงการตำหนิปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลคือตัวเชื่อมโยงที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพที่จะช่วยกระตุ้นให้

ชุมชนมีความตื่นตัวในการให้บริการใหม่ๆ กล่าวโดยสรุปได้ว่า พยาบาลจะต้องมีบทบาทเป็นทั้งผู้สื่อสาร เป็นนักการศึกษา เป็นผู้สนับสนุน และเป็นผู้อำนวยการความสะดวกสำหรับครอบครัวผู้ป่วย

สิ่งสำคัญที่พยาบาลสามารถเตรียมความพร้อมให้แก่ครอบครัวได้คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต ครอบครัวจำเป็นจะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย และเรียนรู้ว่าจะยับยั้งพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างไร รวมทั้งการรักษาด้วยยาที่ผู้ป่วยได้รับ และวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ผลย้อนกลับจากการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวจะช่วยในการเตรียมการฝึกทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์พิเศษที่พยาบาลจะสอนให้ครอบครัวควบคุมผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ กลยุทธ์ในการทำความเข้าใจและควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วย เช่น การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นการทำลายหรือพฤติกรรมที่เป็นอันตรายของผู้ป่วย ครอบครัวจะเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะนี้ได้ดีก็ต่อเมื่อมีการอภิปรายเกี่ยวกับความรู้สึกและปฏิกิริยาต่างๆ กับเพื่อนหรือสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ เทคนิคดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการควบคุมความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดมุมมองใหม่ๆ ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

ครอบครัวผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าใจว่ากลยุทธ์ต่างๆ นี้ จะต้องอาศัยเวลาในการเรียนรู้ครอบครัวผู้ป่วยที่ไม่ประสบความสำเร็จในการปรับตัว หรือมีความเครียดเกิดขึ้นนั้นอาจใช้เวลา 2-3 ปี จึงจะประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดขึ้นอยู่กับการตัดสินใจ การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมใหม่ๆ การฝึกหัด และการสนับสนุนระดับประคอง

นอกจากนี้ ครอบครัวยังต้องเรียนรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในพฤติกรรมของผู้ป่วยอีกด้วยว่าเมื่อไรจึงควรจะนำผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล การให้ความรู้ดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นควรทำในลักษณะของกลุ่ม เพื่อจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันในขณะที่กำลังเรียนรู้

Badger (1996: 29) ได้ทำการศึกษาครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย Depressive พบว่าสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและทางเลือกในการรักษา Depressive พวกเขาเชื่อว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตและ Support group จะเป็นประโยชน์ให้แก่พวกเขา นอกจากนี้ครอบครัวต้องการจะได้รับข้อมูลเพื่อช่วยในการติดต่อสื่อสาร ลดสัมพันธภาพในเชิงลบ ควบคุมความรู้สึกอับอาย และต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้ได้มุมมองใหม่ เพื่อเปลี่ยนแปลงหน้าที่ความรับผิดชอบที่มีต่อผู้ป่วยแล้วหันมาดูแลตนเองแทน และวางแผนในการสร้างสัมพันธภาพอีกครั้ง ความรู้ การช่วยเหลือระดับประคองและการมีส่วนร่วมจะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยผ่านระยะต่างๆ

ของการเจ็บป่วยทางจิตไปได้อย่างรวดเร็ว และช่วยลดผลกระทบในเชิงลบจาก Depression ที่จะมีต่อสมาชิกในครอบครัวลงได้

Rose (1996: 71) ได้นำเสนอแนวคิดที่สอดคล้องกันว่า เอกสารและงานวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยโรคทางจิตหลายฉบับ แสดงให้เห็นว่า อาการเจ็บป่วยเรื้อรังทางจิตทำให้เกิดภาวะการดูแลของครอบครัว โดยมีความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่สนองตอบต่อภาวะการดูแล เมื่อความเป็นไปของโรครังมีความคลุมเครือก็จะเป็นสาเหตุให้ครอบครัวที่ขาดกลวิธีในการปรับตัวอย่างเพียงพอ แสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมาอย่างเห็นได้ชัด ครอบครัวอาจจะมีคามยุ่งยากในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคที่เกิดขึ้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การช่วยเหลือเพื่อลดภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชนั้นสามารถทำได้โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยเน้นเกี่ยวกับ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค การรักษาด้วยยา การดูแลและการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือการสนับสนุนประคับประคองทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยการใช้กระบวนการกลุ่ม โดยมีพยาบาลเป็นผู้กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยเหลือประคับประคองซึ่งกันและกัน

5. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

ในที่นี้เป็นความรู้ที่จำเป็นและเหมาะสมจะให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยแบ่งเป็น

- 5.1 ความหมายของโรคจิต
- 5.2 สาเหตุของโรคจิต
- 5.3 อาการของโรคจิต
- 5.4 การดำเนินโรคของโรคจิต
- 5.5 การรักษาโรคจิต
- 5.6 การดูแลผู้ป่วยโรคจิต

5.1 ความหมายของโรคจิต

วีระ ไชยศรีสุข (2533: 91) กล่าวถึง ความเจ็บป่วยทางจิตว่า หมายถึง การแปรปรวนทางอารมณ์และทางความคิดอย่างรุนแรงจนไม่สามารถปรับตัวได้ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่สามารถแสดงความคิดอย่างมีเหตุผลได้

กรมสุขภาพจิต (2538: 1) ให้ความหมายว่า โรคจิตคือโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และการแสดงออกอย่างรุนแรง โดยผู้ป่วยมักจะไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539: 23) กล่าวว่า การเจ็บป่วยทางจิต หมายถึง ความไม่กลมกลืนระหว่างบุคคลกับสภาพของชีวิตสังคมและสิ่งแวดล้อมของบุคคล ทำให้บุคคลไม่สุขสบาย รู้สึกถูกบีบคั้น วิตกกังวล จนกระทั่งไม่สามารถควบคุมความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้ แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้เหตุผล การตัดสินใจ การใช้สติปัญญา และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม

กล่าวโดยสรุป คือ โรคจิต หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมอย่างรุนแรง จนไม่สามารถควบคุมตนเองและปรับตัวอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้

5.2 สาเหตุของโรคจิต

วีระ ไชยศรีสุข (2533: 92-101) แบ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความผิดปกติทางจิตออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. ปัจจัยทางชีววิทยา ได้แก่ พันธุกรรม ความผิดปกติของโครโมโซม โครงสร้างทางร่างกาย ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ การขาดอาหาร และการขาดออกซิเจน
2. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ความมั่นคงในครอบครัว การทำมาหาเลี้ยงชีพ ที่อยู่อาศัย โรงเรียน การติดต่อสื่อสาร เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยม ความขัดแย้งในสังคม และวัฒนธรรม และปัญหาทางเศรษฐกิจ
3. ปัจจัยทางจิตใจ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับทารก บทบาทของพ่อ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ระดับสติปัญญา ความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง

กรมสุขภาพจิต (2538: 4-5) แบ่งสาเหตุของโรคจิตออกเป็น 2 สาเหตุใหญ่ๆ คือ

1. เกิดจากความผิดปกติของเนื้อสมองและร่างกายเนื่องจาก

1.1 ได้รับพิษของสิ่งเสพติด เช่น เหล้า กัญชา ยาม้า กระทั่ง กาว ผงขาว ฯลฯ

1.2 ได้รับเชื้อโรคที่เป็นอันตรายต่อสมอง เช่น มาเลเรียขึ้นสมอง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ

1.3 ศีรษะได้รับอันตราย เช่น ถูกตีศีรษะ รถคว่ำ ศีรษะถูกกระทบกระเทือน อย่างรุนแรง

1.4 กรรมพันธุ์

2. ได้รับความกดดันทางด้านจิตใจและสังคม เช่น ผิดหวังเรื่องการเรียน ความรัก การสูญเสียคนที่ตนรัก ตำแหน่ง หน้าที่ การงาน เงินทอง ชื่อเสียง มีปัญหาในครอบครัว ตกงาน

กล่าวโดยสรุป คือ สาเหตุของโรคจิต แบ่งออกได้เป็น 3 สาเหตุใหญ่ๆ คือ

1. สาเหตุทางด้านร่างกาย ได้แก่

1.1 กรรมพันธุ์

1.2 ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง

1.3 การได้รับพิษจากสิ่งเสพติด เช่น เหล้า กัญชา ยาบ้า กระทั่ง กาว ผงขาว

2. สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่

2.1 ความผิดหวัง เช่น ในเรื่องการเรียน การทำงาน ความรัก

2.2 ความสูญเสีย เช่น ตกงาน สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง

2.3 ความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในทางลบ

3. สาเหตุทางด้านครอบครัวและสังคม ได้แก่

3.1 ขาดความอบอุ่นจากการอบรมเลี้ยงดูตั้งแต่วัยเด็ก

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวไม่ดี

3.3 ปัญหาทางเศรษฐกิจ

3.4 สภาพสังคมที่บีบคั้น

5.3 อาการของโรคจิต

มีการแบ่งอาการของโรคจิตออกเป็น 6 ประเภทใหญ่ๆ (วิระ ไชยศรีสุข, 2533: 103-108; มาโนช หล่อตระกูล, 2539: 55-63) ดังนี้

1. มีความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ เช่น การเสียการรับรู้ในด้านเวลา สถานที่ และบุคคล มีภาวะงุนงง สับสน กระสับกระส่าย รู้สึกตัวน้อยหรือไม่รู้สึกรู้ตัว
2. มีความผิดปกติของพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว เช่น เคลื่อนไหวมากผิดปกติ วุ่นวาย ทำลายข้าวของ เคลื่อนไหวน้อยผิดปกติหรือไม่เคลื่อนไหว ย้ำทำ โยกตัวไปมา
3. มีความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ วิตกกังวลมาก เฉื่อยชา เฉยเมย ชุน เฉียว โมโหง่าย
4. มีความผิดปกติของความคิด เช่น หลงผิด มีความคิดหลายๆ อย่างเกิดขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว มีความเชื่อที่ปราศจากเหตุผล ย้ำคิด
5. มีความผิดปกติของการรับรู้ เช่น ประสาทหลอน แปลภาพผิด
6. ขาดความสัมพันธ์กับโลกภายนอก มักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่พูดจากับใคร ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง

5.4 การดำเนินโรคของโรคจิต

โรคทางจิตมีการดำเนินโรคได้ 3 แบบคือ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2537: 3)

1. เป็นครั้งเดียวแล้วไม่เป็นอีกเลย ซึ่งมักจะเป็นพฤติกรรมผิดปกติ ที่มีสาเหตุแน่ชัด เช่น เกิดจากรอยโรคในสมอง หรือเกิดจากภาวะความกดดันทางจิตใจอย่างรุนแรง เป็นต้น เมื่อรักษาสาเหตุแล้วอาการจะหายไปเลย
2. เป็นแล้วหาย แต่มีโอกาสกลับเป็นได้อีก เช่น พฤติกรรมผิดปกติจากสุรา และยาเสพติด หากเสพยาอีกก็เป็นอีก กลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน โรคจิตเภทบางราย เป็นต้น เมื่อมีเหตุกระตุ้นก็จะเป็นอีก
3. เป็นแล้วไม่หายกลายเป็นโรคเรื้อรัง เช่น พฤติกรรมผิดปกติ จากสาเหตุรอยโรคในสมองที่รักษาไม่หาย โรคจิตเภทบางราย เป็นต้น

5.5 การรักษาโรคจิต

การรักษาโรคจิตมีหลายวิธี จำแนกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 6 วิธี คือ (สมภพ เรืองตระกูลและคณะ, 2536: 163, 179, 188; โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2537: 4; กรมสุขภาพจิต, 2538: 6; มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์ และสเปญ อุณนงค์, 2539: 331, 347; แพ จันทรสุข, 2540: 164)

1. การบำบัดรักษาทางกาย
 - 1.1 การรักษาด้วยยา
 - 1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า
2. นิเวศบำบัด
3. กิจกรรมบำบัด
4. การบำบัดรักษาทางจิต
5. ครอบครัวบำบัด
6. พฤติกรรมบำบัด

โดยส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาด้วยยา ซึ่งมีข้อควรรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา ดังนี้ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2537: 4-5; กรมสุขภาพจิต, 2538: 7)

1. ยารักษาโรคจิตมีประโยชน์ คือ สามารถรักษาอาการต่างๆ ของโรคจิตได้ เช่น อาการหวาดระแวง ก้าวร้าว วุ่นวาย ประสาทหลอน หูแว่ว พูดและหัวเราะคนเดียว ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดี รวมทั้งป้องกันการกลับเป็นใหม่ได้อีกด้วย
2. ยารักษาโรคจิตไม่ได้ออกฤทธิ์เร่งเหมือนยาแก้ปวด อาจจะใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนกว่าจะเห็นผล
3. ผู้ป่วยที่เพิ่งป่วยและป่วยมาไม่เกิน 6 เดือนจะกินยาต่ออีกประมาณ 6 เดือน อาการสงบก็ค่อยๆ ลดลง ถ้าอาการไม่สงบภายใน 6 เดือนให้กินยาต่ออีกประมาณ 2 ปี อาการสงบจึงหยุดยาได้
4. ยารักษาโรคจิตไม่ทำให้เกิดการติดยา สามารถให้ไปนานๆ ได้
5. ยารักษาโรคจิตมีทั้งชนิดเม็ดและชนิดฉีด ซึ่งชนิดฉีดจะออกฤทธิ์นานสามารถควบคุมอาการได้เป็นเดือน การเลือกชนิดของยาแพทย์จะเลือกให้ เหมาะสมกับ พฤติ ธรรมของ ผู้ป่วย

6. ยารักษาโรคจิตอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง ซึ่งมักเรียกกันว่า “แพ้ยา” เช่น อาการน้ำลายยืด ลิ้นแข็ง ตัวแข็ง มือสั่น ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ด้วยยาบรรเทาอาการข้างเคียง และแพทย์มักจะให้ผู้ป่วยไปด้วยทุกครั้ง

7. เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์มักจะค่อยๆ ลดขนาดของยาลง ส่วนปัญหาที่ว่าจำเป็นต้องใช้ยาตลอดไปหรือไม่นั้น แพทย์จะพิจารณาเป็นระยะๆ ไป

8. ผู้ป่วยหรือญาติควรมาติดต่อบริการที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ ญาติควรดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มยา ลดยา หรือหยุดยา ควรปรึกษาแพทย์ ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ญาติควรชักจูงโน้มน้าวให้ผู้ป่วยกินยา ถ้าไม่ได้ผลให้ปรึกษาแพทย์ซึ่งแพทย์อาจให้ยาฉีดแทน

5.6 การดูแลผู้ป่วยโรคจิต

การดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับครอบครัวผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2537: 9-37; กรมสุขภาพจิต, 2538: 10-15)

1. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม โดยจะมีข้อเสนอแนะและวิธีการแก้ไขตามพฤติกรรมทางสังคมแต่ละพฤติกรรมของผู้ป่วย

2. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. ด้านการประกอบอาชีพ
4. ด้านการดูแลทั่วไป

1. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม

1.1 พฤติกรรมรบกวนความสงบผู้อื่น

พฤติกรรมผู้ป่วย
- ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เช่น โกรธ
กลัว ตกใจ ตื่นตระหนก ฯลฯ

ข้อเสนอแนะ-วิธีการแก้ไข
- ต้องเข้าใจ และเห็นใจผู้ป่วยว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้จริงๆ
- ไม่ควรโกรธหรือกลัวผู้ป่วย ควรมีท่าทางสุ่มเยือกเย็น เมตตา จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น มีที่พึ่ง
- ไม่ควรจู้จี้ หรือพูดยั่วอารมณ์ผู้ป่วย

พฤติกรรมผู้ป่วย

- ทำที่ไม่เป็นมิตร หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย เชื่อในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้
- อยู่นอย ทำลายของ ทำตามความพอใจของตนเอง
- ก้าวร้าว ข่มขู่ ส่งเสียงรบกวน
- ไม่ยอมให้ผู้อื่นเข้าใกล้ ไล่คนรอบข้าง

ข้อเสนอแนะ-วิธีการแก้ไข

- ถ้าผู้ป่วยพอเข้าใจ พยายามพูดให้ผู้ป่วยเข้าใจผลเสียของการโกรธ กลัว ให้ผู้ป่วยพยายามฝึกควบคุมอารมณ์ที่ละเล็กละน้อยอย่างต่อเนื่องทุกครั้งเท่าที่จะทำได้
- สังเกต ทำความเข้าใจอารมณ์ของผู้ป่วย ป้องกันสิ่งกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ที่เป็นปัญหา
- สนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับและปรับอารมณ์ของตนเองอย่างเหมาะสม ตามความเป็นจริง
- พยายามไม่ได้แย้งกับความคิดเห็นของผู้ป่วย
- ไม่แสดงท่าทีลบลมคมใน ชุบชิบนิินทา ให้พูดอย่างเปิดเผย มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้อื่น
- ไม่ตื่นตระหนกต่อการกระทำของผู้ป่วยจนเกินไป
- ระวังสิ่งของที่เป็นเครื่องมือในการทำร้ายผู้อื่นและตัวผู้ป่วยเอง
- จัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่ให้เกิดอันตรายจากการกระทำของผู้ป่วย
- ไม่ควรแสดงความก้าวร้าวต่อผู้ป่วย
- พยายามพูดแก้ปัญหาดังๆ ด้วยเหตุผลและใจเย็น
- ไม่ตอบสนองความต้องการเมื่อผู้ป่วยมีการแสดงวาทะทางที่ไม่เหมาะสม
- ให้ผู้ป่วยได้อยู่ในบริเวณที่สังเกตเห็นได้

พฤติกรรมผู้ป่วย

- เกียรติยศรันทดต่อการปฏิบัติภารกิจประจำวันของตนเอง สกปรก ไม่มีระเบียบ แต่งตัวประหลาด
- ถี้อวิสาสะ หยิบของคนอื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต

1.2 พฤติกรรมอยู่ตามลำพัง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

พฤติกรรมผู้ป่วย

- เฉยเมย ไม่ยินดียินร้าย
- ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและความเป็นไปรอบตัว ไม่ยอมให้ใครมาเกี่ยวข้องกับเรื่องของตน
- ไม่สบตาผู้อื่น แยกตัวเอง ไม่สังคมกับใคร
- ทาม-ไม่ตอบ ไม่พูดคุยกับใคร

ข้อเสนอแนะ - วิธีแก้ไข

- ควรมีคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจที่สุดทำกิจกรรมอยู่ในสายตาแล้วค่อยๆ ให้คนอื่น ๆ เริ่มเข้ามาใกล้ชิด
- ควรพูดคุยกับผู้ป่วยในท่าทางที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ไม่ควรดูต่ำ นินทา
- กระตุ้นเตือน หรือชักชวนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติภารกิจประจำวันของตนเองร่วมไปกับคนอื่น ๆ
- เตือนให้มีการขออนุญาต
- บอกกล่าวถึงการแลกเปลี่ยนหรือซื้อขาย เพื่อให้ได้สิ่งของที่ต้องการตามระเบียบของสังคม
- แสดงท่าที่ไม่ชื่นชมต่อการถี้อวิสาสะ

ข้อเสนอแนะ-วิธีการแก้ไข

- พยายามพูดคุยด้วยตามปกติ และเป็นคำพูดที่แสดงอารมณ์แจ่มใส
- กระตุ้น บอกให้ผู้ป่วยรับรู้ภารกิจส่วนตัว และของครอบครัวที่ควรกระทำร่วมกัน เช่น การกิน การทำความสะอาด เป็นต้น
- พยายามสบตา ทักทาย และพูดคุยกับผู้ป่วย
- ให้โอกาสในการอยู่ร่วมกับคนอื่นมากๆ หรือทำงานกับคนที่ช่างพูด
- บอกให้ผู้ป่วยแสดงท่าทางรับรู้ อาจโดยการพยักหน้า หรือยิ้ม หรือเปล่งเสียง

1.3 พฤติกรรมที่อยู่ร่วมกับผู้อื่น

พฤติกรรมผู้ป่วย

- รู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว
- พยายามควบคุมอารมณ์ได้บ้าง เช่น รู้จักเกรงใจ รู้จักฟังความคิดเห็นของผู้อื่น
- สนใจสิ่งแวดล้อมและความเป็นไปรอบตัว ทำที่เป็นมิตร
- ยิ้มแย้มแจ่มใส
- แสดงการรับรู้ การทักทายจากผู้อื่น สนิทสนม เฉพาะคนในครอบครัว

ข้อเสนอแนะ-วิธีการแก้ไข

- ทักทาย ใส่ใจ เมื่อพบผู้ป่วย
- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับและปรับปรุงการแสดงออกด้วยอารมณ์ที่เหมาะสม ด้วยคำพูด ท่าทางที่นุ่มนวล รวมทั้งเสริมแรงด้วยคำชม รอยยิ้ม การสัมผัส ให้รางวัลเวลาที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยใกล้ชิด และอธิบายข้อสงสัยในสิ่งที่จริง ด้วยท่าที่เป็นมิตร
- ยิ้มแย้มแจ่มใส
- ไม่พูดคุยถึงอดีตที่ทำให้ผู้ป่วยกระทบกระเทือนใจอีก พยายามให้กำลังใจ โดยเฉพาะในความสามารถของผู้ป่วยที่มีอยู่ในปัจจุบัน
- หากมีสมาชิกในครอบครัวไม่ชอบผู้ป่วย ก็ใช้วิธีการหลีกเลี่ยง ไม่ควรแสดงกิริยารำคาญ เบื่อหน่าย หรือรังเกียจ
- สอนการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น รู้จักการสังเกตกิริยาท่าทางของผู้อื่น และเข้าใจผู้อื่นบ้าง โดยเฉพาะกับคนในครอบครัว
- แนะนำผู้ป่วยถึงวิธีการพูดคุยกับผู้อื่น ให้เหมาะสมกับกาลเวลา สถานที่ และการพูด แสดงความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจ

1.4 พฤติกรรมที่อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ โดยถือว่าเป็นสมาชิกคนหนึ่งและอาจแนะนำผู้อื่นได้

พฤติกรรมผู้ป่วย

- ควบคุมอารมณ์ได้ และ/หรือแสดงอารมณ์เหมาะสม
- รู้จักผูกมิตรกับผู้อื่น
- มีการแสดงมารยาททางสังคม
- คิดช่วยเหลือผู้อื่นได้
- ทำที่กระตือรือร้น ยิ้มแย้ม แจ่มใส
- ร่วมสนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ รู้จักถามทุกข์ สุข ของผู้อื่น
- ต้อนรับแขกที่มาเยี่ยมเยียนได้
- ร่วมกิจกรรมในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้

ข้อเสนอแนะ-วิธีการแก้ไข

- ควรให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกที่เหมาะสม เช่น การพูดถึงความไม่สบายใจ ความโกรธ และให้ยอมรับในสิ่งที่เป็น ธรรมชาติของชีวิต เช่น การเกิด แก่ เจ็บ ตาย หรือการเจ็บป่วยของตนเอง
- ให้มีโอกาสร่วมกิจกรรมกับคนในชุมชน
- ชี้แจง แนะนำถึงมารยาทในโอกาสอันควร เช่น การสวัสดิ์ การขอบคุณ
- ให้โอกาส และสนับสนุนผู้ป่วยในการคิดช่วยเหลือผู้อื่นอย่างเหมาะสมกับเวลา สถานที่ และบุคคล
- ไม่ยับยั้งหรือทำให้ความกระตือรือร้นที่มีอยู่ สลายไปด้วยการกล่าวท้าวความถึงอดีตของการเจ็บป่วย
- เป็นที่ปรึกษา รับฟังความคิดเห็นและคอย สอบถามสารทุกข์สุกดิบในชีวิตประจำวัน
- ไม่แสดงอาการดูถูกเหยียดหยาม อดีต หรือ รังเกียจการแสดงออกของผู้ป่วย
- ให้โอกาสผู้ป่วยในการต้อนรับ สนทนากับแขกที่มาเยี่ยมเยียน
- ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นพ่อ-แม่ สามี ภรรยา พี่น้อง น้ำ อา ควรได้มีหน้าที่ และบทบาททางสังคมตามความเหมาะสม
- ให้โอกาสผู้ป่วยในการเข้าร่วมรับผิดชอบ กิจกรรมในครอบครัวทุกประเภท

พฤติกรรมผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ-วิธีการแก้ไข

- ให้อาสาสมัครผู้ป่วยได้ร่วมงานบุญกุศล งานอื่นๆ ของชุมชน และแสดงความสามารถเต็ม ประสิทธิภาพด้วยตนเองอย่างมีศักดิ์ศรีและภาคภูมิใจ

2. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

- 2.1 ผู้ป่วยอาจจะงุนวาย จนบางครั้งละเลยตนเอง ไม่ดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร ควรดูแล สุขอนามัยของผู้ป่วย เช่น หาข้าวให้กิน หาน้ำให้ดื่ม ช่วยอาบน้ำ ฯลฯ
- 2.2 ดูแลสุขอนามัยส่วนตัวของบุคคลนั้น เช่น หาข้าวให้กิน ช่วยอาบน้ำ แต่งตัว ฯลฯ
- 2.3 ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ โดยไม่ทำอะไร ควรกระตุ้นให้ทำกิจกรรมตาม ความเหมาะสม โดยสอนให้ผู้ป่วยทำอะไรที่ละน้อย ทำจากงานที่ง่ายๆ ก่อน แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มมากขึ้น
- 2.4 ควรสอนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันโดยลำพังตนเอง เช่น ดูแลให้ผู้ป่วยกินอาหาร ดื่มน้ำ อาบน้ำ แปรงฟัน หวีผม สวมใส่เสื้อผ้า ซักเสื้อผ้า ฯลฯ
- 2.5 ฝึกผู้ป่วยให้ช่วยทำงานบ้าน และภาระกิจของครอบครัว เช่น ทำความสะอาดบ้าน งานทำครัว เก็บ ล้าง ทำความสะอาดเครื่องใช้ ซักรีดเสื้อผ้า รดน้ำต้นไม้

3. ด้านการประกอบอาชีพ

3.1 หากผู้ป่วยยังไม่มีอาชีพแน่นอน

ให้ผู้ป่วยปฏิบัติภารกิจในบ้านด้วยตนเอง หรือจัดให้ผู้ป่วยทำงานในสิ่งที่เขาสามารถทำได้ เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ซักเสื้อผ้า ประกอบอาหาร ทำความสะอาดภาชนะทุกอย่างก่อนใช้และหลังใช้ ทำสวนครัว และแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลือกงานที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงสิ่งดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยสนใจหรือชอบทำงานอะไร
2. ดูความสามารถหรือความถนัดของผู้ป่วยเพราะแต่ละคนมีความถนัดไม่เหมือนกัน บางคนเก่งในการทำไร่ ทำนา ทำสวน งานจักสาน งานทอ และรับจ้างทั่วไป
3. ดูว่าผู้ป่วยชอบทำงานอิสระคนเดียวหรือชอบทำงานร่วมกับคนอื่น?
4. มีความอดทนในการทำงานเป็นระยะเวลาอันนานได้มากน้อยแค่ไหน
5. มีความสามารถที่จะเรียนรู้งานที่ทำได้หรือไม่

หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านเงินทุน ก็ช่วยแนะนำแหล่งเงินกู้ตามความเหมาะสม เช่น กองทุนสงเคราะห์คนพิการ ธนาคารเพื่อการเกษตร หรือสหกรณ์ในชุมชนนั้น

เมื่อผู้ป่วยเริ่มทำงานอาจประสบปัญหาต่างๆ ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดา ควรพูดคุยกับผู้ป่วยบ้าง และจงแก้ปัญหาเหล่านั้นโดยการพูดคุย ให้กำลังใจ สนับสนุน จะเป็นการสามารถช่วยผู้ป่วยทำงานได้

สำหรับงานอาชีพที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ ได้แก่ งานกสิกรรมที่สามารถทำด้วยตนเอง หรือสามารถรับจ้างได้ เช่น การขุดดินหรือพรวนดิน การถอนหญ้าและกำจัดแมลงที่เป็นอันตรายต่อพืช การปลูกและรดน้ำผักไว้รับประทานหรือนำไปขาย การจับสัตว์ที่เป็นอาหาร เช่น ดักปลา จับกบ ฯลฯ มารับประทานหรือขายให้เกิดรายได้ รวมทั้งสามารถค้าขายเครื่องอุปโภค บริโภคต่างๆ เป็นต้น การทำอุตสาหกรรมต้องพิจารณาดูว่า ในชุมชนหรือหมู่บ้านนั้นๆ มีความต้องการอะไรบ้าง ซึ่งสามารถเริ่มรับทำเองในบ้าน เช่น การทำไม้กวาด การตัดเย็บเสื้อผ้า การทอผ้า การทำเครื่องปั้นดินเผา หรือรับจ้างทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ฯลฯ

3.2 หากผู้ป่วยมีอาชีพทำอยู่แล้ว

ผู้ป่วยควรประกอบอาชีพเดิมตามความเหมาะสม เมื่อเขาประสบปัญหาในที่ทำงาน ควรพูดคุยกับเขาบ้าง เป็นที่ปรึกษาและช่วยแก้ปัญหาเหล่านั้น ในบางรายควรปรับเปลี่ยนงานเพื่อความเหมาะสม เช่น หลีกเลี่ยงงานที่มีภาวะตึงเครียดรุนแรงเพราะอาจทำให้ป่วยซ้ำอีก หลีกเลี่ยงงานที่เสี่ยงอันตราย เช่น งานเครื่องจักร เครื่องยนต์ ขับรถ งานป็นที่สูง ฯลฯ

4. ด้านการดูแลทั่วไป

4.1 อย่าคาดหวังสิ่งใดจากผู้ป่วยมากนัก เพราะผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกนึกคิด การกระทำ หรือท่าทางเปลี่ยนแปลงไปจากคนปกติ จนไม่สามารถดำเนินชีวิตเช่นคนทั่วไปได้

4.2 สมาชิกในครอบครัวต้องยอมรับผู้ป่วย แสดงความรัก และความสนใจต่อผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและเกิดความไว้วางใจ อบอุ่น มั่นคงขึ้น

4.3 พยายามอย่าได้แย้งกับผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวต้องเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วย อย่าให้หลบหนี ออกจากบ้าน เพราะจะทำให้อาการทรุดหนักลงไปอีก

4.4 ไม่ควรใช้กำลังและบังคับในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและฝึกผู้ป่วย ควรใช้วิธีชักจูงอย่าง นุ่มนวล สนับสนุน แสดงความเข้าใจ และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

4.5 เมื่อผู้ป่วยทำอะไรถูกต้องและทำได้ดีพอสมควร ควรแสดงความชื่นชมเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณดูแลและครอบครัวเห็นคุณค่าของเขา ซึ่งจะสามารถแนะนำเขาได้ง่าย ควรจัดให้ผู้ป่วยทำงานในสิ่งที่เขาสามารถทำได้

4.6 ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวทั้งหมด

4.7 หากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจ หรือตัดสินใจอย่างไม่ถูกต้อง ควรจะคอยแนะนำและช่วยผู้ป่วยตัดสินใจ ที่จะเป็นผลดีที่สุดแก่ตัวของเขาเอง

4.8 ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยใช้สิ่งเสพติดทุกชนิด เช่น เหล้า เบียร์ ฝิ่น ยาสูบ ยาบ้า ผงขาว ฯลฯ เพราะอาจทำให้อาการของโรคจิตกำเริบขึ้นได้

4.9 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าสังคมกับคนทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ โดยเริ่มจากการพูดคุยกับคนในบ้านก่อน ไม่ควรแยกตัว หรือเก็บตัวอยู่คนเดียว

4.10 หมั่นสังเกตอาการของผู้ป่วย ถ้าเห็นผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด มีหูแว่ว พูดคนเดียว ให้รีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์

6. แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

ในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลควรจะเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้พร้อมที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปด้วย ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับไปดำรงชีวิตปกติเช่นเดิมให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านนั้น สิ่งสำคัญคือ ครอบครัวของผู้ป่วยต้องเข้าใจและยอมรับสภาพผู้ป่วย (สุปาณี เสนาดีสัย และคณะ, 2539: 99) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยควรกระทำตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539: 99) ในแผนการจำหน่ายจะมีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติต่อเนื้อที่ที่บ้าน (ผจพร สุภาวิตา, 2539: 264) จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชและแนวคิดเกี่ยวกับการช่วยเหลือเพื่อลดภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จะเห็นได้ว่าการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนแก่ครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นความต้องการของครอบครัวและมีความสัมพันธ์กันกับภาระการดูแลของครอบครัว มีผู้เสนอแนวคิดและทำการทดลองใช้โปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชไว้หลายท่าน และนำมาเป็นแนวคิดในการสร้างโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชได้ดังนี้

6.1 ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Hochberger (1992: 25-27) ได้นำเสนอกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเวชก่อนที่จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เรียกว่า กลุ่มอภิปรายเพื่อการจำหน่าย (The Discharge Discussion Group) โดยที่เป้าหมายของกลุ่ม คือ เพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดีของผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยภาระหนักถึงความจำเป็นในการรักษา การดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเตรียมตัวกลับเข้าสู่สังคมได้โดยมีการอภิปรายกันภายในกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติและการร่วมกันแก้ปัญหาภายในกลุ่ม มีการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีการนำเอาการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเข้ามาใช้ด้วย โดยเน้นเกี่ยวกับการยินยอมรับการรักษาด้วยยา การทำงาน ที่อยู่อาศัย การอยู่อย่างโดดเดี่ยว การดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล และความกลัวความล้มเหลวในการกลับเข้าสู่ชุมชน

1. การยินยอมรับการรักษาด้วยยา

การไม่ได้รับประทานยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่องเป็นสาเหตุของการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อยที่สุดหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยผ่านทางวิดีโอเทปเกี่ยวกับฤทธิ์ของยาเพื่อการรักษา และฤทธิ์ข้างเคียงของยา มีการร่วมกันอภิปรายภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดการยอมรับเกี่ยวกับความจำเป็นในการรักษาโดยการให้ยา

2. การทำงาน

ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำงานในอนาคต พวกเขามักจะมีประวัติว่าการทำงานต้องหยุดชะงักลงเพราะต้องเข้าโรงพยาบาล พวกเขากลัวว่าจะทำให้เพื่อนร่วมงานเกิดความอับอาย การแสดงบทบาทสมมติจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เตรียมตัวเข้ารับ การสัมภาษณ์เพื่อเข้าทำงาน รวมทั้งการอภิปรายในประเด็นที่ว่า ควรจะปกปิดนายจ้างและเพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยทางจิตหรือไม่ โดยปกติผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำว่าให้ใช้เวลาพักฟื้น 30-60 วัน ก่อนจะเริ่มทำงาน และสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลา นานๆ ก็จะได้รับคำแนะนำให้ทำงานล่วงเวลาแทน

3. ที่อยู่อาศัย

ผู้ป่วยหลายคนที่ไม่มีที่อยู่และไม่สามารถกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ พวกเขามักต้องออกไปอยู่บ้านเช่าหรือบ้านของสมาชิกในกลุ่มหลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แล้วพวกเขาจะวิตกกังวลเกี่ยวกับกฎเกณฑ์และข้อบังคับของที่อยู๋ใหม่ นักสังคมสงเคราะห์จะเข้ามาให้

คำแนะนำแก่พวกเขาทุกๆ เดือน รวมทั้งผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ในการเข้ากลุ่มมาแล้วหลายครั้ง และผู้ป่วยที่เคยพักอาศัยในบ้านเช่ามาก่อนก็ได้มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มด้วย

4. การอยู่อย่างโดดเดี่ยว

ปัญหาหนึ่งซึ่งผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะต้องพบอย่างแน่นอน คือ การอยู่อย่างโดดเดี่ยว ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะถูกกีดกันออกจากสังคมทำให้ต้องใช้ชีวิตอยู่เพียงลำพังหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมักจะไปอยู่ในที่อยู่ใหม่ซึ่งมีความแตกต่างจากที่ที่เขาเคยอยู่มาก่อนจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนใหม่ๆ ผู้ป่วยซึ่งเคยมีประวัติว่าไม่ประสบความสำเร็จในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นมักจะกลัวการปฏิเสธ และยังพัฒนาทักษะทางสังคมของตนเองได้น้อยมาก นอกจากนี้ภายในกลุ่มยังมีการอภิปรายกันเกี่ยวกับงานอดิเรกและเวลาพักผ่อน และการแสดงบทบาทสมมติยังช่วยให้ผู้ป่วยฝึกหัดมารยาท และทักษะการปฏิสัมพันธ์ในสังคมด้วย

5. การดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชนเป็นประเด็นสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการส่งต่อไปยังศูนย์สุขภาพจิต (Mental Health Centers) เพื่อให้การดูแลหลังออกจากโรงพยาบาลและติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยบางคนเห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวนี้เป็นสิ่งที่น่าเบื่อหน่าย ในขณะที่ผู้ป่วยคนอื่นรู้สึกกลัวที่จะพูดคุยกับผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้รักษาคนใหม่ในศูนย์สุขภาพจิต หรือไม่เต็มใจจะแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาด้วยยากับแพทย์ประจำศูนย์สุขภาพจิต

ในการเข้ากลุ่มผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นให้วางแผนการกลับเข้าสู่ชุมชน การแสดงบทบาทสมมติจะช่วยให้พวกเขาพัฒนาทักษะในการบอกเล่าถึงความกังวลเกี่ยวกับโปรแกรมการรักษาและการรับประทานยา ความสำคัญของโปรแกรมการรักษาในชุมชนคือ เป็นการพัฒนาระบบการสนับสนุนระดับประคับประคองและการใช้ชีวิตแต่ละวันอย่างมีแบบแผน รวมทั้งเป็นการเน้นการฝึกทักษะทางสังคมด้วย ผู้ป่วยหลายคนเริ่มเข้าร่วมโปรแกรมการรักษาในชุมชน ตั้งแต่ยังอยู่ในโรงพยาบาลและยังได้นำเอาประสบการณ์ที่ได้รับมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มอีกด้วย

6. การกลัวความล้มเหลว

ผู้ป่วยจำนวนมากอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และต้องการได้รับการดูแลจากชุมชนเช่นเดียวกับที่อยู่ในโรงพยาบาล พวกเขาตัดสินใจและแก้ปัญหามากมาย

ได้อย่างยากลำบาก การอภิปรายกันถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการตัดสินใจของตนเอง

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมักจะพยายามเอาชนะความรู้สึกอ่อนล้าและความรู้สึกขาดผู้ช่วยเหลือ ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตและใช้ความพยายามในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนเป็นเครื่องตัดสินใจว่าเขาประสบความสำเร็จเพียงใด พวกเขายังได้รับความมั่นใจอีกด้วยว่า เมื่อเขาต้องกลับเข้ามารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล ความพยายามทั้งหมดของพวกเขาจะช่วยให้พวกเขากลับเข้าสู่ชุมชนได้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

Bartol (1994: 27-28) นำเสนอผลการศึกษาดูเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ปี ค.ศ 1982-1992 เกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยพบว่ามี 4 ด้านดังนี้

1. ต้องการฝึกทักษะ

ครอบครัวผู้ป่วยต่างแสดงความต้องการออกมาอย่างชัดเจนว่าเขาต้องการฝึกทักษะเพื่อช่วยในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย ควบคุมการให้ยาและพร้อมที่จะจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆ

ผู้ดูแลจะต้องจัดการกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายหรืออารมณ์ที่เหนือความคาดหมายของผู้ป่วย พฤติกรรมที่สังคมไม่พึงปรารถนาหรือพฤติกรรมที่ทำให้อับอาย และอาการที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันซึ่งทำให้ตื่นตระหนก อีกปัญหาหนึ่งที่พบบ่อย คือ ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประทานยา ซึ่งเป็นสาเหตุที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำอีก

2. ต้องการความรู้และข้อมูลข่าวสาร

ครอบครัวต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและวิธีการรักษา พวกเขาต้องการรับรู้ความจริงและข้อมูลที่เปิดเผยตรงไปตรงมาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา โดยการใช้ยา แผนการรักษา และการพยากรณ์โรค

จากการศึกษาของ Solomon และคณะ (1988) พบว่า 60% ของครอบครัวให้ข้อมูลว่าเจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้ข้อมูลแก่พวกเขาให้เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โปรแกรมการรักษาหรือการพยากรณ์โรค ยิ่งไปกว่านั้น 80% ของครอบครัวเชื่อว่าพวกเขาไม่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หรือการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนจากเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอ

3. ต้องการมีส่วนร่วมในแผนการดูแล

ครอบครัวผู้ป่วยเชื่อว่าประสบการณ์ของพวกเขาต่อผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ประเมินค่าไม่ได้ แต่ในขณะที่พวกเขาถูกขัดขวางและปิดกั้นโอกาสที่จะแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ดังกล่าวกับเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ข้อมูลที่เขาได้แลกเปลี่ยนไปแล้วก็ไม่ได้ได้รับความสนใจ ครอบครัวผู้ป่วยโรคทางจิตแสดงความรู้สึกออกมาอย่างเปิดเผยว่า พวกเขาทำงานเกินกำลัง รู้สึกเหมือนตกลงไปในหลุมพราง อับอายและขุ่นเคืองใจ ครอบครัวผู้ป่วยต้องการเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาและมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอกับเจ้าหน้าที่

4. ต้องการการสนับสนุนระดับประคอง

Support group สำหรับครอบครัวผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นเพราะจะได้นำมาใช้ในการเปิดเผยความรู้สึกของพวกเขา นอกจากนั้นยังเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละคน และเรียนรู้กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาอีกด้วย

การรักษาในระยะสั้น (Short term therapy) อาจเป็นสิ่งที่ต้องการเพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขความรู้สึกอับอายต่อสังคมและการกล่าวโทษความเจ็บป่วย ยิ่งไปกว่านั้น ครอบครัวผู้ป่วยยังต้องการจะได้มีโอกาสผ่อนคลายจะช่วยลดความคับข้องใจในผู้ดูแลหลัก และช่วยแบ่งเบาความต้องการอันมากมายของพวกเขาให้ลดน้อยลงได้

ข้อมูลทั้งหมดที่ได้กล่าวมาให้ความกระจ่างได้เป็นอย่างดี เกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย ข้อคิดเห็นต่อไปนี้มีพื้นฐานมาจากความต้องการของครอบครัว โดยได้รับการยืนยันจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจิต กล่าวคือ

เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพมักจะไม่ได้รับการเตรียมพร้อมให้มีการตอบสนองที่เหมาะสมต่อครอบครัวผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับพลวัตของครอบครัวและความเครียดของผู้ดูแล จะช่วยทำให้มั่นใจได้ว่าเจ้าหน้าที่มีความเข้าใจในความคับข้องใจและความยุ่งยากลำบากใจของครอบครัวผู้ป่วยอย่างแท้จริง

การจัดให้มี Family Support Group เช่น ที่ National Alliance for the Mentally Ill จัดขึ้นจะช่วยให้พยาบาลได้เรียนรู้ว่าครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้อื่นได้อย่างไร ครอบครัวผู้ป่วยจะสามารถสอนเราได้ว่า สิ่งที่พวกเขาได้เรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตคืออะไร นอกจากนั้นเรายังจะได้เรียนรู้จากกลยุทธ์จากพวกเขาในการแก้ไขปัญหา และการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปมีอาการอย่างเดิม ยิ่งไปกว่านั้นคือครอบครัวของผู้ป่วยจะได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นออกมาได้อย่างชัดเจนว่า พวกเขาไม่พึงพอใจในบริการแบบใดและพวกเขา ต้องการได้รับการบริการแบบใด

พยาบาลยังจะต้องมองภาพของครอบครัวว่าเป็นระบบอีกระบบหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยก็สมควรจะได้รับข้อมูลพื้นฐานทั้งจากเอกสาร และจากการบอกกล่าว ซึ่งจะช่วยให้พวกเขาได้เข้าใจถึงพฤติกรรมและการแสดงออก

ของผู้ป่วย การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับทีมเจ้าหน้าที่ก็จะเป็นเป้าหมายที่ตั้งไว้ในจุดที่ได้รับความใส่ใจจากทั้ง 2 ฝ่าย ครอบครัวผู้ป่วยควรจะได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมผู้ดูแลสุขภาพ และมีส่วนร่วมโดยตรงในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการรักษา โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและSupport group

Yamashita (1996: 121-125) ได้ทำการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 14 คน ในญี่ปุ่นตอนใต้และพบว่าแหล่งสนับสนุนระดับประคองที่สำคัญของผู้ดูแลคือ สมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิด คู่สมรส หรือลูกหลาน ในขณะที่บางคนให้ความสำคัญกับ Support group ที่ Day care Center ของโรงพยาบาล ใน support group ความวิตกกังวลทั้งหลายจะถูกรับฟัง มีการเปรียบเทียบและทำความเข้าใจซึ่งกันและกันกับผู้อื่นซึ่งมีประสบการณ์เดียวกัน การได้เห็นพ้องกับผู้อื่นทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้สบายใจและคลายความวิตกกังวล การได้ฟังเรื่องราวของผู้อื่นทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผู้อื่นก็อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน จึงทำให้สามารถแสดงความรู้สึกร่วมออกมาได้อย่างจริงใจ รวมทั้งการสนับสนุนระดับประคองทางอารมณ์และการให้คำแนะนำภายในกลุ่ม Support group ไม่เพียงแต่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเท่านั้น แต่ยังเป็นการทำให้พวกเขาเกิดความมั่นใจได้ว่าพวกเขาสามารถจะปรับตัวให้เข้ากับบทบาทของผู้ดูแลได้

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการวินิจฉัยพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ดูแลจึงต้องเพิ่มบทบาทของตนเองในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและช่วยให้พวกเขาจัดการกับประเด็นปัญหาต่างๆ เช่น การจัดการเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วย จากการศึกษาในอเมริกาเหนือ พบว่าสมาชิกในครอบครัวมักจะขาดข้อมูลที่จำเป็นในการปรับตัวเมื่อต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงเกิด psychoeducational programmes สำหรับผู้ดูแลขึ้น โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต และเทคนิคในการแก้ไขปัญหาเพื่อใช้ในการปรับตัว โดยเชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการให้การดูแลได้ โปรแกรมดังกล่าวเป็นรูปแบบที่ตั้งขึ้นเพื่อให้ครอบครัวเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาโดยการคำนึงถึงประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้การดูแล เมื่อครอบครัวได้รับความรู้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้วพวกเขาจะสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา ควบคุมความเครียด และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านคือ ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยา และการดำรงชีวิตประจำวันของเขา รวมทั้งการทำงานและการได้รับการดูแลหลังจากออกจากโรงพยาบาล ปัญหาเหล่านี้มีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วยในการกลับเข้าสู่ครอบครัวและชุมชนเป็นอย่างมาก ในขณะเดียวกันครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลที่บ้านนั้นก็ได้แสดงความต้องการของพวกเขาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชว่า ต้องการฝึกทักษะในการดูแลและควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย ต้องการความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคทางจิตและการดูแลผู้ป่วย ต้องการมีส่วนร่วมในแผนการดูแลผู้ป่วยและต้องการการสนับสนุนระดับประคองจากบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งสภาพปัญหาที่ค้นพบนี้จะ เป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

6.2 การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชก่อนการจำหน่าย

Bernheim (1988, cited in Bartol, 1994: 29) ได้ทำโครงการชื่อ The Buffalo Family Support Project ซึ่งเป็นโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาด้วยยา และผลข้างเคียงของยา การวางแผนการรักษา และกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัวผู้ป่วย โปรแกรมดังกล่าวได้รับการออกแบบเพื่อลดความวิตกกังวล และความรู้สึกขาดผู้ช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียด ภาวะวิกฤติและควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งการฝึกการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพให้แก่ครอบครัวผู้ป่วย โครงการดังกล่าวประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี และมีการร่วมมืออย่างเท่าเทียมกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับครอบครัวผู้ป่วย

Fowler (1992: 27-34) ได้นำเอา Family Psychoeducational Program (FPP) มาใช้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช FPP คือ โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรค Schizophrenia และ Bipolar โปรแกรม FPP ได้ถูกสร้างขึ้นที่แผนกจิตเวชของโรงพยาบาล Kings County ใน New York ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983 โดยมีความเป็นมาจากสภาพปัญหาที่พบว่า หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ 2-6 เดือน ผู้ป่วยจิตเวชจะมีอาการแย่ลงและต้องการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก ซึ่งเป็นเพราะผู้ป่วยจะมีการรับรู้ได้ง่ายต่อความกดดันต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับเขาหลังจากที่กลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว ในขณะเดียวกันครอบครัวก็ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมในการปรับตัวและการจัดการกับผู้ป่วย จึงได้มีการตั้งสมมติฐานขึ้นว่า ถ้าได้มีการปรับปรุงการรับรู้ของครอบครัวถึงอาการต่างๆ ของผู้ป่วยแล้วจะมีผลในการลดแนวโน้มในการกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ

ผู้ป่วยได้ กลุ่มที่เข้ารับการรักษาได้แก่ผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลกลางวันและครอบครัวผู้ป่วย โดยผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 16-65 ปี และได้เข้าร่วมในโปรแกรมของโรงพยาบาลกลางวันเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหรือการทำหน้าที่ในชุมชนแล้วเป็นเวลา 2-4 เดือน

กิจกรรมในโปรแกรม FFP เป็นลักษณะของการประชุมกลุ่ม โดยจะให้สมาชิกได้พบปะกันทุกเดือน ซึ่งแต่ละครั้งที่พบกันจะใช้เวลา 1 ชั่วโมงในตอนเช้าและอีก 1 ชั่วโมงในตอนเย็น และจะมีการติดตามผลหลังจากที่สิ้นสุดโปรแกรม การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมจะมีพยาบาลเป็นผู้นำ โดยในบางครั้งก็จะมีแพทย์ฝึกหัดหรือแพทย์ประจำบ้านเป็นผู้ช่วย และมีพยาบาลประจำการซึ่งมีความชำนาญเฉพาะทางเป็นผู้สังเกตการณ์ กิจกรรมในโปรแกรม FFP จะเริ่มขึ้นหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลางวัน โดยครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นให้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 6 เดือน ทั้งนี้จะเน้นการให้ความรู้ ความกระจ่าง และการให้การสนับสนุนระดับครอบครัว ครอบครัวผู้ป่วย และมีการติดตามผลหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมเป็นเวลา 3 ปี

กิจกรรมในโปรแกรม FFP ส่วนใหญ่มักจะไม่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าร่วมอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ทั้งนี้เป็นเพราะหากว่าผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตขึ้นมาอย่างเฉียบพลัน อาจทำให้ยุ่งยากแก่การควบคุมกลุ่ม รวมทั้งในการเข้ากลุ่มของผู้ป่วยด้วยกันเองก็ได้มีการจำกัดไม่ให้ ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งเข้าร่วมในกลุ่มด้วย การให้ความรู้กับครอบครัวจะเน้นเกี่ยวกับกระบวนการในการรักษาโรคทางจิต ประเด็นทางชีววิทยาเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันของผู้ป่วย รวมทั้งการทำให้ครอบครัวได้รู้และเข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย เช่น อันตรายที่แฝงอยู่ในการเกิดอาการทางจิตอย่างเฉียบพลัน และฝึกหัดการใช้เทคนิคในการจัดการกับผู้ป่วย โดยมีการนำเสนอให้ครอบครัวได้เห็นถึงอาการต่างๆ ที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เช่น ประสาทหลอนทางหู หลงผิด หรือมีพฤติกรรมหรือความคิดผิดปกติ รวมทั้งวิธีการที่จะจัดการกับอาการต่างๆ เหล่านั้นที่บ้าน เช่น ในกรณีที่มีผู้ป่วยหลงผิด ผู้นำกลุ่มจะให้คำแนะนำแก่กลุ่มว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดไม่ใช่เป็นการพยายามเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วย แต่เป็นการพยายามลดความเครียดของผู้ป่วยลง โดยการให้ความสนใจผู้ป่วยให้น้อยลง และให้ผู้ป่วยได้เห็นว่าเขาเองนั้นก็ได้แตกต่างจากคนทั่วไป อีกประการหนึ่งที่ควรเน้นคือการให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทำเมื่ออยู่ที่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยสนุกสนานและได้ใช้พลังงานในการทำกิจกรรมนั้นๆ ที่สำคัญคือ ต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับประทานยาและสามารถจำกัดพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยได้เมื่อเขามีอาการหลงผิดและประสาทหลอน

ครอบครัวจะได้รับการยกตัวอย่างเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดชนิดต่างๆ เช่น ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ต้นเหตุสำคัญมาจากการที่ผู้ป่วยขาดยา

เพราะครอบครัวไม่ได้เข้มงวดกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยา เพื่อที่จะแก้ไขปัญหานี้ จึงได้มีการให้ข้อมูลและยกตัวอย่างเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรับประทานยา รวมทั้งมีการให้คำแนะนำและเสริมแรงแก่สมาชิกด้วย

การเข้าร่วมในโปรแกรม FFP ครั้งแรกจะเป็นการพบกันระหว่างผู้นำกลุ่มสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดและความคับข้องใจของครอบครัวที่มีต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้ไม่ได้เกิดจากการที่ครอบครัวตำหนิผู้ป่วย จึงได้มีการประเมินความรู้ความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย และที่สำคัญที่สุดคือเพื่อให้ได้ความร่วมมือและพันธะสัญญาที่มีต่อกัน ในการพบกันครั้งต่อไปซึ่งจะมีขึ้นทุกๆ เดือน การดำเนินการในขั้นนี้ทำให้เราได้มีโอกาสทราบเกี่ยวกับความเชื่อทางจิตวิญญาณ ศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยทั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการที่จะปรับให้ความเชื่อต่างๆ เหล่านี้มีความเป็นกลางให้ได้มากที่สุด

โปรแกรม FFP ประกอบด้วย 6 ส่วน ด้วยกัน ซึ่งได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับ Schizophrenia (อาการ สาเหตุ การรักษา ระยะเวลา ดำเนินโรค การพยากรณ์โรค การติดต่อทางกรรมพันธุ์ และการกลับเป็นซ้ำ)
2. ความรู้เกี่ยวกับ Bipolar (อาการ สาเหตุ การรักษา ระยะเวลาดำเนินโรค การพยากรณ์โรค การติดต่อทางกรรมพันธุ์ และการกลับเป็นซ้ำ)
3. กลวิธีในการปรับตัว (หลักการโดยทั่วไปและหลักในการสื่อสาร เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน หลงผิด ก้าวร้าวหรือคลุ้มคลั่ง เป็นต้น)
4. การรับประทานยา (ยารักษาโรคจิต ยารักษาอาการซึมเศร้า ลิเทียม ยารักษากลุ่มอาการพาร์กินสัน)
5. การดื่มสุราและใช้สารเสพติด รวมทั้งกลวิธีในการแก้ไขปัญหานี้
6. แหล่งที่ให้ความช่วยเหลือในชุมชน (แหล่งการเงิน กลุ่มสนับสนุน ปรึกษาประคองสำหรับครอบครัว เป็นต้น)

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia หรือ Bipolar ดังนั้น เป้าหมายแรกที่ตั้งไว้ คือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเกิดโรค การพยากรณ์โรคและการรักษาของทั้ง 2 โรคนี้ โดยเน้นให้ได้มีการอภิปรายกันเพื่อให้ได้ความกระจ่างและทำความเข้าใจได้ง่าย เมื่อกิจกรรมในแต่ละส่วนสิ้นสุดลงจะมีการประเมินผลโปรแกรมโดย

การใช้แบบสอบถาม ซึ่งนำมาใช้ในการปรับปรุงกิจกรรมต่างๆในโปรแกรมได้เป็นอย่างดี ความสำเร็จของโปรแกรม FFP เป็นเพราะการให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีของครอบครัวผู้ป่วย โดยที่พวกเขาได้แสดงออกให้เห็นถึงความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและการสนับสนุนระดับประคองผู้ป่วย

โปรแกรม FFP นี้จะมุ่งเน้นให้มีการติดต่อสื่อสารกันในทางบวกระหว่างผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวด้วยเช่นกัน มีการแสดงบทบาทสมมติเพื่อลดความขัดแย้งในครอบครัว อย่างน้อยก็ในเรื่องที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรับประทุษณยา ผลปรากฏว่า ครอบครัวสามารถอดทนต่ออาการต่างๆ ของผู้ป่วยได้มากขึ้น และปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนผู้ป่วยเป็นเด็กน้อยลง รวมทั้งลดการปกป้องที่มากเกินไปลงด้วย ในขณะที่ผู้ป่วยเองก็ยอมที่จะรับประทุษณยาและไว้ใจสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ชัดจากกลุ่มที่มีการพบพร้อมกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยจะยอมรับว่าครอบครัวจะเป็นผู้ช่วยเตือนให้เขาได้รับประทุษณยา แทนที่จะคิดว่าครอบครัวดูแลเขาเหมือนเขาเป็นทารก เมื่อเป็นเช่นนี้การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลก็จะลดน้อยลง เพราะผู้ป่วยรับประทุษณยาอย่างสม่ำเสมอและทราบวิธีการจัดการเมื่อเกิดผลข้างเคียง

อีกส่วนหนึ่งที่น่าสนใจเช่นกัน ก็คือ กิจกรรมในโปรแกรมที่ให้ครอบครัวผู้ป่วย ได้ทราบถึงการดำเนินโรคของ Schizophrenia โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการซักถามและอภิปรายเกี่ยวกับเรื่องนี้ ซึ่งทำให้ครอบครัวได้รับความกระจ่างและสามารถแยกแยะพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยได้ว่าเป็นอาการของโรคในระยะใด

บทบาทของพยาบาลในโปรแกรม FFP คือการเป็นผู้นำกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรม ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้ในด้านต่างๆ ดังนี้ ความรู้ทางด้านกายภาพและการพยาบาลจิตบำบัดรายบุคคลโดยยึดหลักการบำบัดแบบองค์รวม กลุ่มบำบัด ครอบครัวบำบัด และที่สำคัญที่สุดคือความรู้เกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว จากผลการศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ศึกษาถึงภาระการดูแล แต่แนวความคิดของ FFP ก็จะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างโปรแกรมก่อนการจำหน่าย สำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้

Heyes and Gantt (1992: 53-67) ได้นำเสนอรูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์ในการใช้รูปแบบดังกล่าวนี้ 3 ประการคือ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางจิต การรับประทุษณยา และการวางแผนการรักษา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ อภิปรายเกี่ยวกับข้อมูลดังกล่าวกับผู้ป่วยอื่นที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน และสุดท้ายเพื่อสอนและเป็นตัวแบบให้กับผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง

Bostelman (1994: 153-154) ได้พัฒนาโครงการสุขภาพชุมชน (Community Health Project) ขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเข้าไปรับการรักษาซ้ำหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้เป็นเพราะการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ การไม่ยอมรับประทุษร้ายตามแพทย์สั่ง และการไม่ยอมปฏิบัติตามแผนการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล การให้การพยาบาลในโครงการจึงมี 4 กิจกรรมที่ครอบคลุม ทั้ง 2 ปัจจัยหลัก คือ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยเน้นที่การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยเอง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่งเพื่อใช้ในการรักษา โปรแกรมการให้ความรู้แก่ครอบครัวเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย และการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อเสริมแรงเกี่ยวกับเครือข่ายในการสนับสนุนระดับประคอง โดยใช้เวลาดังกล่าว 48 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในโครงการมีการยินยอมปฏิบัติตามแผนการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญคือ สัมพันธภาพในการดูแลจากเครือข่ายในการสนับสนุนระดับประคอง กิจกรรมการพยาบาลในโครงการดังกล่าว มีแนวคิดที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อการสร้างโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้

Robinson (1994: 312-319) ได้ทำการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Caregiver-Training Program: CPT) 2 โปรแกรมที่มีต่อภาวะการดูแล โปรแกรมทั้ง 2 ได้แก่ Behavior Management Program และ Social Skill Program โดยทำการทดลองในภรรยาของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุจำนวน 22 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการสุ่มให้เข้าร่วมในโปรแกรมใดโปรแกรมหนึ่ง และประเมินผล 1 เดือนหลังจากนั้น ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลที่เข้าร่วมในโปรแกรมทั้ง 2 โปรแกรมมีการดูแลเชิงอัตวิสัยลดน้อยลง ผลการวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรمدังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้เป็นอย่างดี

Ravelli, Donker and Geelen (1997: 34-40) ได้กล่าวถึงโปรแกรมการให้ความรู้ซึ่งจัดขึ้นโดย NIMHA ว่านับตั้งแต่ปี 1992 เป็นต้นมา The Netherlands Institute of Mental Health and Addiction (NIMHA) ได้จัดให้มีบริการทางด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวขึ้น โดยมีเป้าหมาย 4 ระดับด้วยกันคือ ระดับที่ 1 เพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร ระดับที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ระดับที่ 3 เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ ของพวกเขา และระดับที่ 4 คือเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย โดยที่เป้าหมายในแต่ละระดับจะมีความสืบเนื่องกัน นั่นคือถ้าไม่มีการให้ข้อมูลข่าวสารก็จะไม่เกิด

ความรู้เพิ่มขึ้น ถ้าไม่มีความรู้เพิ่มขึ้นก็จะเป็นการยากที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติก็จะไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โครงการต่างๆ ของ NIMHA มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดลองใช้รูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีส่วนประกอบที่สำคัญหลายส่วน ได้แก่

1. การสร้างคณะทำงาน
2. ขั้นตอนการทำงาน 4 ขั้นตอนคือ
 - 2.1 ให้คำจำกัดความ ประเมินความต้องการ และเลือกกลุ่มเป้าหมาย
 - 2.2 บันทึกเกี่ยวกับโอกาสหรือช่องทางที่จะให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย
 - 2.3 พัฒนารูปแบบ
 - 2.4 ตรวจสอบรูปแบบเป็นครั้งสุดท้าย
3. เครื่องมือต่างๆ เช่น ใบตรวจสอบรายการ และคู่มือที่จะช่วยในการให้ความรู้
4. กลยุทธ์ในการลงมือปฏิบัติ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและการประเมินผล

ส่วนสำคัญต่างๆ เหล่านี้ได้ถูกนำมาใช้ในการทดลองควบคู่กันกับรูปแบบในการให้ความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ได้กับบริการสุขภาพจิตด้านอื่นๆ ด้วย

คุณสมบัติหนึ่งของโปรแกรมคือ เราต้องการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นจึงมีการประเมินความต้องการของกลุ่มเป้าหมายโดยการสัมภาษณ์ การให้ตอบแบบสอบถามและการทบทวนวรรณกรรม โดยก่อนที่จะสร้างแบบสอบถามได้มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรค (เช่น อาการ การพยากรณ์โรค บัญชีเสี่ยง) การรักษา (เช่น วิธีการ เป้าหมาย ระยะเวลาที่ใช้รักษา) การใช้จ่าย (เช่น ผลและผลข้างเคียง) สิทธิตามกฎหมาย (เช่น การปกป้องสิทธิส่วนบุคคล) การบริการ (เช่น เวลาเยี่ยม) และการบริการหลังออกจากโรงพยาบาล (เช่น แหล่งที่จะขอรับข้อมูลข่าวสาร) ส่วนครอบครัวผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับผู้ป่วย (เช่น การใช้ชีวิตประจำวัน การจัดการเมื่อสังคมไม่ยอมรับ เป็นต้น) ภายหลังจากที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำแบบสอบถามแล้วปรากฏว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับข้อมูลเกี่ยวกับ โรค การรักษา การใช้จ่าย และการบริการหลังออกจากโรงพยาบาลมากที่สุด และครอบครัวผู้ป่วยก็ต้องการทราบข้อมูลเหล่านี้ด้วยเช่นกัน

เนื่องจากเป้าหมายของโปรแกรม ต้องการให้ผู้ดูแลเกิดความรู้อะไรและทักษะในการดูแล รวมทั้งได้รับการสนับสนุนระดับประคอง ดังนั้นจึงมีการตั้งคณะทำงานขึ้นมาสำหรับแต่ละแผนก มีการพบกันทุกๆ 3-4 สัปดาห์ซึ่งมีคณะทำงานอย่างน้อย 5 คนขึ้นไป โดยเป็นการรวมกันของหลายๆ วิชาชีพ ซึ่งได้แก่ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ

รูปแบบของโปรแกรมซึ่งมีเป้าหมายดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น ได้ถูกสร้างขึ้น เพื่อให้ได้มาตรฐาน มีการระบุอย่างชัดเจนว่า จะให้ความรู้เรื่องใด เมื่อไหร่ อย่างไร และให้โดยใคร ในขณะที่ปฏิบัติตามโปรแกรมคณะทำงานก็จะได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยขึ้นเพิ่มขึ้นมาอีก ซึ่งข้อมูลหนึ่งก็คือการขาดความรู้และการได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนทำให้เกิดภาวะการดูแล

โปรแกรมห้างกล่าวใช้เวลาทั้งหมด 4 เดือน โดยผู้ดูแลจะได้รับการอบรมความรู้ในด้านต่างๆ เป็นเวลา 8 ชั่วโมง และอีก 4 ชั่วโมงสำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ผลที่ได้ปรากฏว่าผู้ป่วยและครอบครัวบรรลุเป้าหมายในระดับที่ 1 และระดับที่ 2 เป็นอย่างดี ส่วนเป้าหมายในระดับที่ 3 และระดับที่ 4 นั้น จำเป็นจะต้องใช้ระยะเวลามากกว่านี้

นับว่าเป็นโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอีกโปรแกรมหนึ่ง ซึ่งมีแนวคิดที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อการสร้างโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้อย่างดี

แนวคิดของโปรแกรมทั้งหมดที่กล่าวมา เป็นไปในลักษณะของการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจและยอมรับสภาพของผู้ป่วย พร้อมทั้งจะให้การดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วย รวมทั้งเพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดีของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล และเพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมตัวกลับเข้าสู่สังคมได้ กิจกรรมในกลุ่ม ได้แก่ การให้ความรู้ เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาด้วยยา และผลข้างเคียงของยา การควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยและการใช้ชีวิตของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งการเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มซึ่งอาจเป็นเฉพาะผู้ป่วยเฉพาะครอบครัวผู้ป่วย หรือผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม ร่วมกันแก้ปัญหาภายในกลุ่ม แสดงบทบาทสมมติ ฝึกการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและเปิดเผยความรู้สึก ความต้องการของตนเองออกมาได้อย่างเต็มที่ ผลที่ได้จากโปรแกรม คือ ครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตและการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เกิดการเรียนรู้ซึ่งทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเข้าใจซึ่ง กันและกัน คลายความวิตกกังวล เกิดความมั่นใจในการปรับตัวให้เข้ากับบทบาทการดูแล พยายามและภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา และลดภาวะการดูแล นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ป่วยได้ทราบแนวทางในการปฏิบัติตน และการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองหลังจากออกจากโรงพยาบาลด้วย

6.3 โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

สำหรับโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Fowler (1992) และ Ravelli, Donker and Geelen (1997) ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้กระบวนการกลุ่มและมีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมแต่ละครั้งได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนว่า เป็นกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยหรือกิจกรรมสำหรับครอบครัว ทั้งนี้เพื่อความเหมาะสมกับเนื้อหา และเป็นผลดีต่อการควบคุมกลุ่มกิจกรรมในโปรแกรมยังมุ่งที่จะตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยตามแนวคิดของ Bartol (1994) ด้วย คือ ความต้องการความรู้และข้อมูลข่าวสาร ความต้องการมีส่วนร่วมในแผนการดูแล และ ความต้องการการสนับสนุนระดับประคอง

สำหรับเนื้อหาที่กำหนดไว้ในโปรแกรมนั้น ได้มาจากการสำรวจความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยโดยการทำ Focus group ตามแนวคิดของ Ravelli, Donker and Geelen (1997) ซึ่งต้องการให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นเหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด โดยมี เนื้อหาหลักคือ การให้ความรู้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาโรคทางจิต การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปรับตัวเมื่อกลับเข้าสู่ครอบครัวและชุมชน การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือพฤติกรรมต่างๆ การดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การดูแลการประกอบอาชีพของผู้ป่วย และการดูแลทั่วไปเมื่อผู้ป่วยกลับเข้าสู่ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชได้มีการวางแผนการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้านด้วย โดยแบ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มก่อนการจำหน่ายสำหรับครอบครัวผู้ป่วย 3 ครั้ง กิจกรรมการสนทนาก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย 2 ครั้ง รวม 5 ครั้ง สำหรับระยะเวลาในโปรแกรมนั้นผู้วิจัยเลือกใช้เวลา 2 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายในการรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลจิตเวช จากแนวคิดทั้งหมดนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่สร้างขึ้นจะสามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามลำดับขั้น

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Feddersen (1990: 164-168) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วย stroke และผู้ดูแลจำนวน 38 คู่ เพื่อทดลองใช้ Support Group สำหรับผู้ดูแล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนในกลุ่มทดลองได้จัดให้ผู้ดูแลเข้าร่วมในกลุ่มสนับสนุนระดับประคอง ชื่อ Stroke Club ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลในด้านต่างๆ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ ด้านการเงิน และด้านสังคมเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม แต่หลังจากเข้าร่วมใน Stroke Club แล้วกลุ่มทดลองมีการดูแลลดลง โดยผู้ดูแลที่เข้าร่วมใน Stroke Club คิดว่าตนได้รับประโยชน์จาก Stroke Club ตามลำดับ คือ 50% คิดว่าเป็นแหล่งของมิตรภาพ 40% คิดว่าช่วยในการประคับประคองอารมณ์ และ 10% คิดว่า ทำให้ได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การช่วยเหลือเพื่อลดภาวะการดูแลเป็นสิ่งที่จะต้องทำ และการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการลดภาวะการดูแลของครอบครัว ซึ่งควรนำมาใช้กับผู้ดูแลของผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วย

Ferguson (1991: 10-16) ได้ทำการสำรวจอย่างละเอียดในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลเพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการตอบสนองของความต้อการต่างๆ ของพวกเขา และเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งเพื่อหาวิธีการที่ดีที่สุดที่จะทำให้ความต้อการของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการตอบสนอง การสำรวจครั้งนี้มีการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างกับข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานบนตึกผู้ป่วย ผลการสำรวจพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวได้ แสดงให้เห็นถึงความต้อการที่จะได้รับความรู้และข้อแนะนำต่างๆ เป็นจำนวนมาก และยังพบอีกว่า ความต้อการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนองจากโรงพยาบาล ผลการสำรวจครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรตระหนักถึงบทบาทในด้านการสอนให้มากขึ้นกว่าเดิม เพื่อจะปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้อการของผู้ป่วยและครอบครัว

MacGilp (1991: 1206-1215) ได้ทำการสำรวจในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 48 คน เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยในด้านการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเมื่ออยู่ในชุมชนและการดูแลจากพยาบาลจิตเวชชุมชน ผลการสำรวจพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าการเตรียมตัวเป็นอย่างดีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกทักษะและให้ความรู้เกี่ยวกับ

สุขภาพ ทุกคนชอบที่ได้กลับมาใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาล และมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับผลการสำรวจนี้แสดงให้เห็นว่า การจะให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขนั้นจำเป็นจะต้องมีการเตรียมผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและฝึกทักษะทางสังคม

วัชนี หัตถพนมและคณะ (2535, อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2538: 52-53) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิต ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า นอกจากกลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้มากขึ้นแล้วยังมีจำนวนครั้งการมาติดต่อขอรับยามากกว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตคนอื่นด้วย ทั้งนี้ ในการทดลองดังกล่าวมีการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยก่อนจะให้ความรู้ 1 ครั้งและอีก 1 ครั้งหลังให้ความรู้ไปแล้ว 4 เดือน ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะที่น่าสนใจไว้ว่า การให้ความรู้หลายๆ ครั้งจะช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติของญาติและการปฏิบัติที่มีต่อผู้ป่วยได้

นันทนา รัตนากร (2536) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบข้อน่าสังเกตอย่างหนึ่งว่า ครอบครัวผู้ป่วยร้อยละ 57.1 ไม่เคยได้รับคำแนะนำด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ทั้งนี้ผู้วิจัยกล่าวว่า อาจเป็นเพราะการให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ป่วยก่อนกลับบ้านนั้น เป็นการให้คำแนะนำเฉพาะราย ซึ่งมีลักษณะเหมือนการพูดคุยธรรมดา ซึ่งเจ้าหน้าที่จะสอดแทรกคำแนะนำต่างๆ ไปด้วย ด้วยเหตุที่ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนอาจทำให้ญาติเข้าใจว่ายังไม่ได้รับคำแนะนำใดๆ จากเจ้าหน้าที่ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวนี้ให้แนวทางในการวิจัยครั้งนี้ว่า รูปแบบการให้ความรู้และคำแนะนำที่ชัดเจนน่าจะเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ดีกว่าการให้คำแนะนำเฉพาะรายก่อนกลับบ้านเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้และการให้คำแนะนำ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำได้ เช่น การไม่สนใจดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยา การไม่มารับยาต่อเนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยหายแล้ว และเข้าใจว่าโรคจิตหายขาดได้ ซึ่งเป็นผลการวิจัยที่สนับสนุนเป็นอย่างดีว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ปรารภนา บริจันทร์และคณะ (2536, อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2538: 80-83) ได้ทำการศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ในช่วงเดือนตุลาคม 2534 ถึงเดือนมีนาคม 2536 จำนวน 90 คน พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการที่เกิดขึ้น

ไม่แน่นอน และอนาคตในการเรียนและการทำงานของผู้ป่วย ซึ่งจากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะที่น่าสนใจและเกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ คือ การให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่ที่บ้านมีความจำเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการให้คำแนะนำให้ญาติทราบถึงอาการเตือนล่วงหน้าของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบซ้ำ ซึ่งจะช่วยให้ญาติดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และลดความเครียดและความวิตกกังวลในเรื่องนี้ลงได้ โดยในการให้ความรู้อาจจัดเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ตามความพร้อมและความเหมาะสมของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติ นอกจากนี้อาจจัดให้ญาติผู้ป่วยมาเข้ากลุ่มร่วมกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่ที่บ้าน และให้ระบายความรู้สึกกังวลใจ ไม่สบายใจ รวมทั้งความเครียดในการต้องดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีแนวทางที่เหมาะสมในการลดความเครียดและความวิตกกังวลได้บ้าง หรืออาจทำจิตบำบัดรายบุคคล หรือจิตบำบัดระดับประคับประคองแก่ญาติผู้ป่วยเพื่อเป็นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของญาติผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้อาจมีการจัดทำคู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต เพื่อแจกแก่ญาติผู้ป่วยให้นำไปศึกษาและประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งคู่มือที่จัดทำจะต้องเป็นภาษาที่อ่านเข้าใจง่ายและสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติ

พรชัย จุลเมตต์ (2540) ได้ทำการศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการทดลองใช้แผนการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ รวมทั้งคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย ทำการทดลองโดยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและภาวะของผู้ดูแล แล้วจึงแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และดำเนินการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ตามแผน หลังจากนั้นติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ต่อมาอีก 2 สัปดาห์เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด จึงสัมภาษณ์ผู้ดูแลซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ผลการศึกษา พบว่า ภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานั้นเป็นแนวทางให้เห็นว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลอย่างมีแบบแผนจะช่วยลดภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งแนวทางนี้น่าจะนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้เช่นกัน

8. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการแสวงหาความรู้โดยพิจารณาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามจริงในทุกมิติ เพื่อหาความของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น โดยจะสนใจข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด ความหมาย ค่านิยมหรืออุดมการณ์ของบุคคลนอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ มักใช้เวลานานในการศึกษาติดตามระยะยาว ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการเป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล (สุภางค์ จันทวานิช, 2540: 12)

การศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case study) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบหนึ่งที่มีผู้นำมาใช้นานแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาทางด้านจิตวิทยา (สายฤดี วรกิจโกศาทร, 2536: 279)

การศึกษาแบบกรณีศึกษาสามารถนำไปใช้กับการศึกษาได้หลายเรื่อง และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ก็สามารถทำได้หลายระบบ โดยสายฤดี วรกิจโกศาทร (2536) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการศึกษาแบบกรณีศึกษาไว้ดังนี้

1. ใช้เป็นการศึกษานำร่องเพื่อหาข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาขั้นต่อไป ที่เป็นการศึกษาขบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การศึกษาแบบย้อนหลัง การศึกษาติดตามระยะยาว เป็นต้น
2. ใช้ควบคู่กับวิธีการศึกษาวิจัยด้วยวิธีอื่น เช่น การสำรวจ เพื่อช่วยในรายละเอียดในแง่มุมที่การสำรวจไม่สามารถหาคำตอบได้
3. สามารถรักษาความเด่นชัดหรือเอกลักษณ์เฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษาไว้ได้
4. ข้อมูลที่ได้จะเป็นลักษณะต่อเนื่องของตัวแปรที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ที่เป็นลักษณะธรรมชาติของเหตุการณ์ในชีวิตจริงของบุคคล

ในการศึกษาแบบกรณีศึกษานั้น ผู้ศึกษาสามารถเก็บข้อมูลได้หลายวิธีด้วยกัน คือ (สายฤดี วรกิจโกศาทร, 2536)

1. บันทึกประวัติชีวิตบุคคล (Life History หรือ Case History)
2. เอกสารส่วนบุคคล (Personal Documents Review)
3. การสัมภาษณ์ (Interview)
4. การสังเกต (Observation)
5. การทดสอบ (Tests)
6. การให้รายงานด้วยตนเอง (Self-report)
7. การศึกษาเอกสารอื่นๆ เช่น ข่าว สถิติ เป็นต้น

การศึกษาแบบกรณีศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ทำในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 13 คู่ เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ และการใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลาในการศึกษาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์

ขั้นตอนการศึกษา

โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

กิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วย

- กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต
- กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิต
- กิจกรรมการวางแผนในการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคจิต

กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย

- กิจกรรมการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วย
- กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับครอบครัว

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

- ความหมาย - สาเหตุ
- อาการ - การดำเนินโรค
- การรักษา - การดูแล

ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล

- ผลที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน
- ผลที่เกิดขึ้นทางกาย
- ผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์และความคิด