

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเขตอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสอนสุขภาพจิตศึกษาราย ครอบครัวยและการติดตามทางโทรศัพท์ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและค้นคว้าจากเอกสาร วิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
  - 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก และการดำเนินของโรคจิตเภท
  - 1.2 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว
  - 2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
  - 2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว
  - 2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
3. การในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.1 ความหมายของการในการดูแลตามแนวคิดต่างๆ
  - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการในการดูแลของผู้ดูแล
  - 3.3 การประเมินการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.4 การพยาบาลเพื่อลดการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. แนวคิดเกี่ยวกับการสอนสุขภาพจิตศึกษา
  - 4.1 แนวคิดเรื่องการสอน ความหมายของการสอน หลักและกระบวนการ เรียนการสอน ปัญหาและประเด็นสำคัญของการสอน
  - 4.2 รูปแบบของการสอนสุขภาพจิตศึกษา
  - 4.3 แนวคิดเกี่ยวกับการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว
5. แนวคิดเกี่ยวกับการติดตามทางโทรศัพท์
  - 5.1 ความหมายของการติดตามทางโทรศัพท์
  - 5.2 วิธีการและระยะเวลาในการติดตามทางโทรศัพท์
6. โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 7.1 งานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา

### 7.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการติดตามทางโทรศัพท์

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก และการดำเนินโรค

ความหมาย มีผู้ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ดังนี้

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่าโรคจิตเภทหมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุอาการดังกล่าว

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยกล่าวว่าโรคจิตเภทหมายถึง โรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ลักษณะเฉพาะของโรคนี้คือ อาการของโรคจิตซึ่งทำให้การทำงานที่ต่าง ๆ ของจิตมีความบกพร่องไป และเกิดความผิดปกติในด้านต่าง ๆ คือ ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม (ทวี ตั้งเสรี, 2541) Fox & Kane (1996 : 321) หมายถึง โรคที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภทส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาว่าผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะปานกลาง ถึงร้อยละ 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สรินทร์ เชื้อวโสธร, 2545)

WHO (1992) กล่าวว่าโรคจิตเภทหมายถึง กลุ่มอาการที่แสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ ด้านสติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และการขาดแรงจูงใจ โดยอาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมักจะเกิดอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน

สรุป โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์และการรับรู้พบมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชทั้งหมด ซึ่งพบทั้งในเพศหญิงและเพศชาย และมักมีการป่วยซ้ำสูง

### สาเหตุ ของการเกิดโรคจิตเภท

Kaplan & Sandock (1988 : 255) กล่าวว่าข้อบ่งชี้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทมากที่สุดได้แก่

## 1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) ได้แก่

1.1 พันธุกรรมและองค์ประกอบของร่างกาย มีการศึกษาพบว่า ความผิดปกติใน Gene มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคจิต มีการศึกษาอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับสายเลือด ยิ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากเท่าใด จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคทางจิตเพิ่มมากขึ้น

1.2 ปัจจัยทางชีวเคมี (Biochemical factor) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง (Neurochemical disturbance) เช่น

1.2.1 สมมติฐานโดปามีน (The Dopamine Hypothesis) สมมุติฐานนี้เชื่อว่า มีสารโดปามีนหลั่งออกมามากในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิต มีการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ โดยพบว่าสาร แอมเฟตามีน ทำให้เพิ่มการหลั่งของสารโดปามีนมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิต ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบ และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ Striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีน ทำให้เกิดอาการทางบวก (Kaplan & Sandock, 1988)

1.2.2 สมมติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis) จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัว เป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น Norepinephrine Serotonin Acetylcholine (สมกพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.2.3 สมมติฐานเกี่ยวกับทรานสมิทธิเลชัน (transmethylation hypothesis) เชื่อว่าการเติมเมทิลกรุป (methyl group) เข้าไปในโมเลกุลของแคทีโคลามีน (catecholamine metabolics) จะทำให้เกิดโรคจิตเภทโดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นมีความตึงเครียดจะมีแคทีโคลามีนหลั่งออกมาใน สมองมาก

1.2.4 สมมติฐานเกี่ยวกับความไม่สมดุลระหว่างโดปามีนกับนอร์อิพิเนฟริน (dopamine-norepinephrine imbalance) เชื่อว่าโรคจิตเภทมิได้เกิดจากการเพิ่มของโดปามีนเพียงอย่างเดียว แต่มีการขาดนอร์อิพิเนฟรินร่วมด้วย ทำให้ระดับของสารเคมีในสมองขาดความสมดุลและเกิดอาการของโรคจิตเภทได้

1.2.5 สมมติฐานจากภาพถ่ายทางสมอง (brain imaging) จากการศึกษาในปัจจุบันพบความผิดปกติหลายแห่งในสมองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น การกว้างขึ้นของช่องน้ำสมอง หรือมีความบกพร่องของสมองส่วนหน้า (Taylor, 1994)

1.3 ปัจจัยทางสรีระวิทยา เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว พบว่าสมองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคล้ายการติดเชื้อโรคบางชนิด (Steven cited in Townsend, 2000)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factor) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติการทำหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตใจ นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, 1994 : 50)

3. ปัจจัยทางครอบครัว (Family factor) จากการศึกษาคพบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนี้การที่ครอบครัว มีการสื่อสารแบบสองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน

4. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาพบว่า ภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจไม่ดี มีโอกาสเกิดโรคจิตเภท ได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (Sadock & Sadock, 2000)

5. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factors) เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท จากการศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี มีสองความคิด คือ เชื่อว่ากลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและระดับเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่มีคนแย้งว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วก็จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง

#### 6. ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors)

6.1 ด้านความขัดแย้งในจิตใจ (intrapsychic conflict) โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้กล่าวถึงพื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์ว่า เกิดมาจากแรงผลักดันภายใน หลายอย่างเช่น แรงขับทางเพศหรือแรงขับของความก้าวร้าว ซึ่งส่วนมากเป็นแรงขับที่ยังไม่ได้รับการขัดเกลา และเป็นแรงผลักดันที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกของมนุษย์ทุกคน สำหรับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เกิดจากบุคคลไม่สามารถจัดการตนเอง และแรงขับที่เกิดจากแรงผลักดันภายใน เป็นผลให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของตนทางจิตใจ ร่วมกับการใช้กลไกทางจิต ชนิดที่ไม่ช่วยแก้ไขปัญหา

6.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างมารดา กับทารกที่ผิดปกติ (defects in the mother-child relationship) ทารกแรกเกิดไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองได้ ฉะนั้นผู้เลี้ยงดูหรือมารดาเป็น ผู้สนองความต้องการให้ทารกทุกอย่างบุคคลทั้งสองจึงมีความสัมพันธ์ต่อกันเป็นความผูกพัน ความไม่ปกติเกิดจากการที่เด็กควรพัฒนามาช่วยตนเองได้ แต่เด็กไม่สามารถแยกจากมารดาได้ คอยต้องพึ่งพาอาศัยมารดาตลอดพบได้ในกรณีผู้เลี้ยงดูหรือมารดาแสดงให้เห็นว่า ตนเองมีอำนาจเหนือเด็ก เด็กจึงไม่มั่นใจ ไม่เป็นตัวของตัวเอง

6.3 ด้านการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว (Double-bind communication) การที่บุคคลเติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ครอบครัวมีการสื่อสารไม่สม่ำเสมอ ไม่คงเส้นคงวา ไม่

ตรงไปตรงมา หรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่ สร้างความสับสนให้กับครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ทำให้เด็กมีความยุ่งยากในการแยกแยะความจริง เกิดความไม่ไว้วางใจ และมีท่าทางระมัดระวัง ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น

6.4 ด้านครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ (Dysfunction family) เกิดมาในครอบครัวผู้ที่เกี่ยวข้องหรือบิดามารดา มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น บุคลิกภาพแปรปรวน ดิศยา ดิศจุรา เชื่อว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม

สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่ชัดเจน ไม่มีทฤษฎีใดที่กล่าวได้อย่างชัดเจนว่าจะอะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรค จากการศึกษาพบว่าเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

เกณฑ์สำคัญที่นำไปสู่การวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภท พิจารณาจากความผิดปกติต่างๆ ที่พบได้ในผู้ป่วยโรค จิตเภท มีดังนี้

1. ความคิด ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติที่พบบ่อยคือมีความหลงผิด เช่น คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ มีความสามารถในสิ่งที่เหนือธรรมชาติ คิดว่าตนเองเป็นเทพเจ้า ที่สามารถคลั่งบันดาลให้เกิดสิ่งมหัศจรรย์ เป็นผู้ยิ่งใหญ่ เป็นบุคคลสำคัญที่มีชื่อเสียง หรืออาจมีความหลงผิดคิดว่าผู้อื่นคิดทำร้ายต่อตน 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) ผู้ป่วยอาจจะบอกว่าน้ำที่ดื่มมีรสฝื่อน รสขม หรืออาหารที่รับประทานมีรสแปลกผิดปกติ และประสาทหลอนทางการสัมผัส (Tactile hallucination) ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีแมลงไต่ตอม รู้สึกมีหนอนไชอยู่ใต้ผิวหนัง

3. อารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้มีอาการราบเรียบ (Flat effect) เห็นได้จากใบหน้าที่ราบเรียบไร้อารมณ์ ไม่สบตา ไม่ยิ้ม หรือมีอาการอื่นแสดงให้เห็นทางสีหน้าและแววตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ผู้ป่วยอาจจะยิ้มหรือหัวเราะคนเดียว โดยไม่มีเรื่องที่น่าขำ ยิ้มหรือหัวเราะขณะที่เล่าเรื่องเศร้าและเรื่องที่น่าเสียใจ

4. พฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่สมวัย มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย บางครั้งมีพฤติกรรมที่ไร้สาระ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รับรู้สิ่งที่เกิดรอบตัวน้อย ไม่สนใจในสุขอนามัยส่วนบุคคล ผู้ป่วยจิตเภทบางคนมีพฤติกรรมที่แปลกพิกลที่ผู้อื่นไม่เข้าใจมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่ขาดการยับยั้ง ทำในสิ่งที่ไม่ควรทำในที่สาธารณะ

5. การตระหนักรู้ในตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่ขาดการตระหนักรู้ในตนเอง ไม่รู้ว่าตนเองผิดปกติ ไม่ตระหนักว่าตนเองมีพฤติกรรมผิดจากคนส่วนใหญ่ ไม่ทราบว่าสิ่งที่ตนคิดเป็นสิ่งที่ไม่เป็นความจริงไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง สิ่งที่ตนเองทำ เป็นสิ่งที่ผู้อื่นไม่ทำ และไม่ยอมรับ

6. สัมพันธภาพ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่ไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและเป็นผู้ที่ผู้อื่นไม่ยอมสัมพันธด้วย เนื่องจากมีความคิดและพฤติกรรมไม่สอดคล้องกับคนส่วนใหญ่ และการไม่ดูแลสุขภาพตนเอง มักพบว่าผู้ป่วยอยู่คนเดียว หมกมุ่นและครุ่นคิดอยู่กับความคิดของตนเอง จะเห็นผู้ป่วยจิตเภทนั่งคนเดียวอยู่กับที่ได้ไม่นานๆหรือเดินไปมาคนเดียวไม่สนใจผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจกิจกรรมสังคม บางคนมีการพูดหรือการกระทำที่ทำให้ผู้อื่นรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้ ไม่อยากสมาคมด้วย

### อาการทางคลินิก

อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนชน์ หล่อตระกูล, 2543; Taylor, 1994 : 245)

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้าน Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก และ Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในทางเดียวกันได้ตลอด อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ Persecutory delusion Delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบได้แก่ อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น Auditory hallucination

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptom) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไป ควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร Asociality เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มิกิจกรรมที่สนุกสนาน

### การดำเนินโรคของโรคจิตเภท

โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนชน์ หล่อตระกูล, 2542) คือ

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่ การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก

แต่ก็ไม่ผิดปกติชัดเจน มีบ้างที่อาจเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนขี้เกียจ สนใจตัวเองน้อยลง มีการใช้คำพูด หรือสำนวนแปลกๆ ระยะเวลาอาจนานเป็นเดือนหรือเป็นปี

2. ระยะเวลาอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติคือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสารด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว

3. ระยะเวลาทุเลา (stabilization phase) หรือ ระยะเวลาคงที่ (stable phase) ระยะเวลาที่เป็นระยะที่อาการต่าง ๆ เริ่มคงที่ บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หรือโชคลาง อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

## 1.2 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

สาเหตุของโรคจิตเภท อาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการรับการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกายเป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคมเป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่นครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น

1.2.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นหัวใจของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท โดยการรักษาด้วยยาสามารถปรับดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และพบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย ซึ่งการรักษาด้วยยาแบ่งเป็น 2 ระยะคือ

1.2.1.1 ระยะควบคุมอาการ เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบมีเป้าหมายในการรักษา คือ ควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว สามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน อารมณ์หงุดหงิดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง แต่ในช่วงที่รักษาด้วยยาโรคจิต ผู้ป่วยบางคน อาจมีอาการข้างเคียงของยา เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก อาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า คอแข็ง ตาเหลือก บางรายมีอาการง่วงซึมมักเกิดขึ้นหลังได้รับยาในระยะแรก

1.2.1.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบลง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบอีกขนาดของยาที่ใช้ในระยะนี้จะต่ำกว่าในระยะแรก อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาทางจิตอย่างสม่ำเสมอ อาการทางจิตก็อาจกำเริบใหม่ได้อีกเป็นช่วงๆ

ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน  
(สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบได้แก่

1. ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti - psychotics)

ก. Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่แพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิดมีสูตร โครงสร้างเหมือนกันแต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกัน คือ

1. Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlopromazine Triflupromazine

2. Piperidines มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนปานกลาง มีข้อดี คือ มีฤทธิ์ Extra – pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน Anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine

3. Piperazines เป็นยาในกลุ่มที่มี potency สูงมีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มีฤทธิ์ Extra – pyramidal side effect สูงกว่า เช่น Perphenazine Triflupromazine Fluphenazine

ข. Thioxanthene เป็นยารักษาโรคจิต กลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มากแต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chlorprothixene Thiothixene Fluphethixol Chopenthixol

ค. Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ง่วงนอนน้อย และมี Extra – pyramidal side effect สูง เช่น Haloperidol และ Triperidol

ง. Dibenzoxanzepines ยากลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียวคือ Loxapine

จ. Diphenybutypiperidine ใช้ในประเทศไทย 2 ตัว คือ Pimozide และ Penfluridol

ฉ. Benzamides ตัวอย่างเช่น Sulpiride Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว ใช้เป็นยาแก้ปวด

ช. Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว ใช้เป็นยาแก้ปวด

2. ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New anti- psychotics) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด

(สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) คือ

ก. Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งด้านการรักษาโดยออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin, nor- adrenaline, acetylcholine และ histamine มากกว่า dopamine และออกฤทธิ์ D1 มากกว่าฤทธิ์ D2 antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท จึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมาก เพราะยังไม่มีการศึกษาที่พบว่ามีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง



ข. Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องใช้นขนาดปานกลาง(4-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และมีผลข้างเคียงน้อยกว่า Haloperidol

ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2537) คือ

1. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อย ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้า หรือไม่หลั่งเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำพบได้มากที่สุดจาก Chlopromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่ร่างกายอ่อนแอ และผู้สูงอายุ ส่วน Extra – pyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยตรงแบ่งเป็น 4 แบบ คือ

1.1 Parkinsonian syndrom ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อ ไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (mask-like faces)

1.2 Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่ง หรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคับปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมาน

1.3 Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่น มีคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated)

1.4 Tardive dyskinesia เป็นลักษณะกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ ที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่งคือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพอง ซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยว สูดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้นขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุก มีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็วและคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

2. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจ อาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-waveกว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่า มีผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อยคือ Thioridazine

3. Central Anticholinergic Syndrom เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic สูง และในรายที่ให้ยา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลมาจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ วุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก ปั่นไส้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงถึงโคม่าได้

4. Neuroleptic Malignant syndrome (NMS) อาการที่สำคัญคือ มีไข้ กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการตายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบให้การแก้ไขโดยการหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมดให้การรักษาประคับประคองเพื่อให้ไข้ลด และควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5. อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามแพทย์มักลดขนาดของยาลง

6. อาการร่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาในระยะแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ฤทธิ์ของยาทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่นานตลอดวัน จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิต โดยการกินเพียงวันละ ครั้งก่อนนอนได้

7. อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา และมีหลักฐานที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าสาเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlopromazine พบมากที่สุด

8. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อยคือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็ไม่ได้ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายมาก คือ Agranulocytosis, Leukopenia Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenia purpura

9. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruption) ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการคล้ายแพ้แสงแดด(Photosensitivity)มักพบจาก Chlopromazine มากกว่าตัวอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้บริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังที่โดนแสงแดด อาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟ้าคล้ายโลหะ

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlopromazine ในขนาดสูงนานๆ อาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงในผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการใช้แสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูง อาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ อาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

#### 11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ

11.1 ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกันที่พบบ่อยคือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลทำให้มีนมคัด และบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายขาดระยะดูไปนาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิต ยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

11.2 น้ำหนักตัวเพิ่ม (Laraia, 1995 อ้างใน ปิยาณี คล้ายนิล, 2547) Risperidone olanzapine quetiapine และ clozapine อาจทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมีรายงานว่า

clozapine และ olanzapine อาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 15-20 กิโลกรัมในระยะเวลาไม่นาน ซึ่งการที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากอย่างรวดเร็ว อาจก่อให้เกิดโรคเบาหวานหรือทำให้มีอาการของโรคเบาหวานแย่ลง จึงควรต้องระวังการใช้ยาดังกล่าวในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน

การรักษาด้วยยาโรคจิตเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากนี้เพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมาป่วยซ้ำส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

1.2.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมกับการรักษาโดยการให้ยาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe Depression

1.2.3 การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษาเนื่องจากสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดได้ เช่น การทำจิตบำบัด แบ่งเป็นจิตบำบัดรายบุคคลและจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นกระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เช่น กิจกรรมบำบัด เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของการความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) หรือการทำจิตบำบัด (psychotherapy) ซึ่งการทำจิตบำบัด (psychotherapy) นี้ปฏิบัติโดยจิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สิ่งสำคัญโดยเน้นที่การพูดคุยกับผู้ป่วยโดยลำพัง เป็นกลุ่มและพูดคุยกับญาติโดยการให้ความมั่นใจ เห็นอกเห็นใจ และส่งเสริมให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับแค้นใจ ความโกรธ ความไม่สบายใจที่มีอยู่ให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงโดยใช้เหตุผลยอมรับข้อบกพร่องและผลเสียที่เกิดขึ้นต่อตัวเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวได้ดีขึ้นในอนาคต โดยในที่นี้จะกล่าวถึงชนิดของกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1.2.3.1 การรักษารายบุคคล (Individual therapy) เป็นการรักษาโดยผู้ป่วยพบผู้รักษาดัวต่อตัว มุ่งเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ได้แก่

1. จิตบำบัดชนิดดิ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic psychotherapy) เป็นจิตบำบัดชนิดที่รักษา หรือช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีความเชื่อพื้นฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์โดยมีความเชื่อพื้นฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่นิยมใช้ ได้แก่

ก. Insight psychotherapy มีหลักการคือ มุ่งแก้ไขความขัดแย้งที่อยู่ในจิตไร้สำนึกของผู้ป่วย (unconscious conflict) โดยสถานการณ์ในการรักษาจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการถดถอยของจิตใจ (regression) ไปสู่วัยต้นของชีวิตที่เกิดปัญหา ทำให้ความขัดแย้งซึ่งเดิมถูกเก็บกดไว้ในจิตไร้สำนึกกลับขึ้นมาอยู่จิตสำนึก ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเข้าใจอย่างแท้จริง (Insight) ถึงความขัดแย้งนี้ และเปลี่ยนวิธีการแก้ไขความขัดแย้งโดยมองปัญหาตามความจริงในปัจจุบัน มีการพิจารณาทบทวนข้อขัดแย้งนี้ร่วมกับผู้รักษา เหล่านี้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ทำให้อาการต่างๆ หุเลาหง

ข. Supportive psychotherapy มีหลักการคือ มุ่งช่วยผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับจิตสำนึก ช่วยให้ความคับข้องใจลดลง จิตใจอยู่ในสมดุลมากขึ้น อาการหรือความทุกข์ใจหุเลาหง แนวทางหลักได้แก่ การเสริมกลไกกลทางจิตของผู้ป่วยที่ใช้อยู่เดิมให้มั่นคงขึ้น ส่งเสริมวิธีการอื่นๆ ที่เหมาะสมกว่าเดิมในการแก้ปัญหา ช่วยแก้ไขหรือลดปัจจัยภายนอกที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการมาก ทั้งนี้เป็นการรักษาที่อยู่ในระดับจิตสำนึกเท่านั้น ไม่เข้าไปแก้ไขความขัดแย้งในจิตไร้สำนึกของผู้ป่วย

2. Cognitive behavioral therapy หลักการคือมองว่าพฤติกรรมและอารมณ์เป็นผลจากลักษณะความคิดซึ่งแต่ละคนจะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดการตีความรับรู้สิ่งเหล่านี้ต่างกันไป ปฏิกิริยาความคิดที่คลาดเคลื่อน (Cognitive error) จะทำให้การใช้เหตุผลผิดไปเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีตามมา ความคิดในแง่ลบที่พบได้บ่อยๆ ได้แก่ เวลาเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ดีอย่างหนึ่งก็คิดว่าต่อไปจะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ดีขึ้นอีก (overgeneralization) คิดโทษว่าตัวเองเป็นสาเหตุของเรื่องร้าย (personalization) มองโลกเป็น 2 ขั้วเท่านั้นคือ ไม่ดีก็เลว มองแต่ปัญหาเล็กๆ ทำให้เรื่องทั้งเรื่องแย่ไปหมด (catastrophising) สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นมักมีคุณค่าน้อย คาดหวังว่าคนอื่นต้องใช้กฎเกณฑ์เดียวกับตนเอง ค่วนสรุปจากเหตุการณ์เดียว (jumping to conclusions)

3. พฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) หลักการคือพฤติกรรมทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาเกิดจากหรือคงอยู่เพราะการเรียนรู้ที่ผิด การเปลี่ยนพฤติกรรมจะให้ผลตอบแทนที่เปลี่ยนไปทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ได้

4. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (relaxation training) เป็นวิธีการทางพฤติกรรมบำบัดอย่างหนึ่งที่ใช้สำหรับลดความวิตกกังวลและความตึงเครียดโดยเกิดจากแนวคิดที่ว่า ขณะที่คนเรามีความวิตกกังวลและมีความตึงเครียด ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไปด้วย การเต้นของหัวใจและการหายใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น และกล้ามเนื้อลายทั่วร่างกายตึงตัวมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการทำร่างกายให้ตื่นตัวเตรียมพร้อมที่จะต่อสู้หรือหนีตามสัญชาตญาณ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลายในขณะเครียดนี้ จะเกิดขึ้นโดยที่ผู้นั้นไม่ทันสังเกต แต่ก็สามารถตั้งใจให้กล้ามเนื้อคลายผ่อนคลายตัวได้

1.2.3.2. กลุ่มจิตบำบัด (Group psychotherapy) เป็นการรักษาโดยที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพร้อมๆ กัน มีการให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาแก่กัน มีการทราบถึงปัญหาตลอดจนการแก้ไขของบุคคลอื่นๆ มีการเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์ที่แต่ละคนมีต่อกัน ผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยมีได้น้อยไปกว่าการรักษาแบบตัวต่อตัว ในบางกรณีอาจมีความเหมาะสมกว่าด้วย

1.2.3.3 Family therapy (ครอบครัวบำบัด) การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักในการที่จะให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ญาติผู้ป่วยนอกจากจะให้ประวัติและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแล้วยังช่วยให้ผู้รักษาได้เห็นปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว ตลอดจนพยาธิสภาพของครอบครัวอันมีส่วนเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ผู้รักษาจะเข้าใจ psychodynamics ได้ชัดเจนขึ้น การทำครอบครัวบำบัดมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสมและสร้างสรรค์ ความสัมพันธ์ที่ผิดปกติควรได้รับการแก้ไข เช่น การควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป หรือปฏิบัติต่อผู้ป่วยในลักษณะที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นต้น การพบผู้ป่วยและญาติร่วมกันจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันดีขึ้น และเรียนรู้วิธีที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม มีการแสดงออกของอารมณ์ในลักษณะที่ไม่เป็นอันตรายต่อกัน ญาติควรได้พบผู้รักษาอย่างน้อยเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับลักษณะของการเจ็บป่วย และสาเหตุตลอดจนวิธีการดูแลผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอและพบแพทย์ตามนัด ญาติจะได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีกของผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัว

1.2.3.4 นิเวศน์บำบัด คือการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตัวเองจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

### 1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2547) โดยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทมีหลักการดังต่อไปนี้

#### 1.3.1 หลักการพยาบาลผู้ป่วย

1.3.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยจะไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลา

หลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดร่างกาย ด้านสุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ภาวะขาดสารอาหารเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้ป่วยประเภทนี้มีพฤติกรรมคงรูปเดิมชนิดหุ่นขี้ผึ้งอาจจะมีปัญหากล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ก็อาจจะมึนปัญหาด้านกล้ามเนื้อหดตัวและขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดี๋ยวกิจกรรมที่จัดให้ ก็ควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ในระยะแรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ควรอนุโลมให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังตนเองได้ตามสมควร

1.3.1.2 การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลผู้ป่วยด้านความคิดนั้น พยาบาลควรกระทำคือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือทำให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลาย ๆ ความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้นสิ่งแรกที่พยาบาลต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือการหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้น ๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

2) การให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมผู้ป่วยให้อยู่กับความจริง โดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนผู้ป่วยอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น ได้ยินเสียง ในขณะที่พยาบาลไม่ได้ยิน พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลจะบอกในการรับรู้ของผู้ป่วย ว่าการได้ยินเสียงของผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

1.3.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าทีนิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจจะทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.3.1.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของ ผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้อง วางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยเดินอยู่ คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับ คนอื่น ๆ โดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วย ความหวาดระแวงและการหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่น ไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับ ผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคม ที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะด้านสังคมที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้าน สุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้าน กิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มี จำนวนมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชและโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของโรคเกิดจากด้านร่างกายและจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือการใช้ยาและการรักษาจิตสังคมเข้า ด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทต้อง สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตได้ และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการพยากรณ์โรค จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำให้ ทราบแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว

### 2.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Horowitz (1985 อ้างใน จอมใจ สุวรรณ โน, 2541) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแลดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงมุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น ใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2.) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชนจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดูแลเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

Orem (1991 อ้างใน สมจิต หนุเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึงผู้ที่ต้องการให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยเหลือส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ดังนั้นผู้ดูแล คือบุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะสมาชิกในครอบครัว หรือเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติกับผู้ป่วย หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อน ซึ่งในการคัดเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ต้องพิจารณาหลายๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลเนื่องมาจาก การดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง มีผลต่อสุขภาพ ของผู้ดูแลได้



## 2.2 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปจะมีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ แต่มีความแตกต่างที่ชัดเจนในส่วนของการดูแลเฉพาะของโรคจิตเภท และในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ละคนทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการ และความรุนแรงของพฤติกรรม ที่มีผลต่อความบกพร่องในด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ผู้ดูแลจะต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีเข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ และดูแลให้ครอบครัวเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย

## 2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลและครอบครัว จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านความเป็นอิสระของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อส่วนบุคคล ดังต่อไปนี้

2.3.1 ด้านร่างกาย การมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลได้ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคส่วนใหญ่มักจะมีอาการเรื้อรัง จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับจนต้องพึ่งยานอนหลับหรือดื่มสุรา เกิดอารมณ์เศร้าซึมและเครียด (Ekberg, Griffith, & Foxall, 1986 ; Minister of Supply and Services of Canada, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีกร อุปเสน (2541) เกี่ยวกับบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยและบางรายอาจถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายด้วย

2.3.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรจึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ ; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นดราม่า ความรู้สึกอับอายที่มีญาติเจ็บป่วย

ทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เศร้า โศกเสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลจะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงตามมา

2.3.3 ด้านความเป็นอิสระของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลมีความเป็นอิสระน้อยลง เนื่องจากมีภาระหลายอย่างที่ต้องดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย โดยไม่สามารถกำหนดเวลา ที่จะให้การดูแลได้แน่นอน เพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย

2.3.4 ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เพราะต้องลางาน, หยุดงาน หรือต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541; Thomson et al., 1993) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ (นิมิตา ล.สกุล, 2544) เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติ ผู้ป่วยพบว่า การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัว มีรายจ่ายมากขึ้น ในการรักษาพยาบาล และรายได้ของสมาชิกคนอื่นๆ ลดลง

## 2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การเจ็บป่วยทางจิตต้องการ การเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกติ นั้น จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

จอม สุวรรณโน (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ 1) ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล 2) ช่วยเหลือระดับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ 3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพ จัดหายา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยา ช่วยเหลือด้านการเงิน 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน 6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม คือ 1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (Care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วย 2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (Care manager role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและภาวะ

จิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ด้านการป้องกันส่งเสริมรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ

### 3. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 3.1 ความหมายของภาระในการดูแลตามแนวคิดต่าง ๆ

ความหมายโดยทั่วไปของภาระจากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ให้ความหมายของคำว่า ภาระ หมายถึง การงานที่หนัก หรือหน้าที่ ที่ต้องรับเอา

George & Gwyther (1986) ให้ความหมายภาระว่า เป็นความยากลำบากหรือเป็นสิ่งที่รบกวนสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับ เฟดเดอร์เซน (Feddersen, 1990 อ้างใน ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) ให้ความหมายของภาระว่า เป็นสภาพปัญหาในสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงซึ่งผู้ดูแลจะต้อง อดทนต่อสภาพนั้น ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาทางกายภาพ เช่น ความเหนื่อยล้า ปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ปัญหาทางด้านสังคม และปัญหาด้านการเงิน

Miller et. al. (1991) ได้ให้ความหมายของภาระว่า เป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียดของผู้ดูแลในการรับผิดชอบและดูแลผู้ป่วย

Thomson and Doll (1982), Leflery (1993), Cook et al.(1994) และ Montgomery Gonyea and Hooyman (1995) ให้ความหมายของภาระว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึง ความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเคียดแค้นของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจาก ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น ความเป็นเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น ความเป็นอิสระลดลง สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวลดลง ปัญหาหน้าที่การงานและปัญหาสุขภาพ ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทศนคติ ปฏิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ

เพ็ญพักตร์ อุทิส (2544) ให้ความหมายว่า ภาระการดูแลคือ ความเครียด ความรู้สึกหนักหรือกดดัน ที่เป็นผลมาจากการตอบสนองหลายมิติของผู้ดูแลต่อสถานการณ์การดูแล มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การดูแล แบ่งเป็น 1) ภาระเชิงอัตวิสัย เป็นภาระที่เป็นรูปธรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อชีวิตส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงบทบาท ความมากมายของกิจกรรมการดูแล 2) ภาระเชิงจิตวิสัย

เป็นความคิดความรู้สึก หรือความกังวลใจ อันเป็นผลมาจากการรับรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ การให้การดูแล ซึ่งมักแสดงออกโดยทัศนคติและอารมณ์

สำหรับแนวความคิดภาระของผู้ดูแลที่ผู้ศึกษาเลือกใช้นั้น ได้เลือกใช้ แนวความคิดภาระของผู้ดูแล (Caregiver Burden) ของ Montgomery, et al. (1985) โดยให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมร่วมในสังคม หน้าที่การงาน และภาวะสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ปฏิกริยาทางอารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

#### 3.2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ดูแล

##### 3.2.1.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน

อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา มีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล Bull (1990), Oberst, Thoms, Gass & Ward (1989)

##### 3.2.1.2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ย่า

ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สายสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelves, 1986)

##### 3.2.1.3 การศึกษา รวมทั้งความรู้ของผู้ดูแล โดยการศึกษา จะช่วยให้บุคคลมี

ข้อมูล และความเข้าใจ ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ และการเจ็บป่วยสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ ในการเผชิญและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา (Orem, 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

##### 3.2.1.4 รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อ

การดำเนินชีวิต ในการตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

3.2.1.5 อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้รับรู้ภาวะแตกต่างกัน (Lefley, 1987; Cook, et al. 1993) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้ที่มีอายุมากกว่าจึงย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย (Montgomery, 1985)

3.2.1.6 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 1 – 2 คน จะมีภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัว 3 – 8 คน (Crotty & Kuly, 1986)

3.2.1.7 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ได้แก่ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษาแก่ผู้ดูแล สามารถช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหา (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลายอย่างแทนผู้ป่วย และต้องรับผิดชอบงานในครอบครัวด้วย ทำให้รู้สึกเป็นภาระมาก

### 3.2.2 ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วย

3.2.2.1 พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ พฤติกรรมที่นำกลัวหรือแปลกประหลาดของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ใช้บ่งชี้ภาระของผู้ดูแล (Maurin & Boyd, 1990 : Fadden, Bebbington, Kuipers, 1987 อ้างใน ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) พฤติกรรมที่รุนแรงหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระได้เช่น ในประเทศอินเดียมีการศึกษาเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบซึ่งผู้ป่วยไม่สนใจตนเอง เฉยเฉื่อยชา ไม่ค่อยพูด กับกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก ได้แก่ ผู้ที่แสดงอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีท่าทางแปลก ๆ ก้าวร้าว พบว่า ภาระไม่ต่างกันมากในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการตรวจครั้งแรก แต่เมื่อพาผู้ป่วยมาตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา พบว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยชนิดที่มีอาการทางบวกมีภาระที่มีอยู่จริงต่ำกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (Raj, Kulhara, & Avasthi, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Potaszik & Nelson & Nelson (1984 อ้างถึงใน ยาใจ สิริทิมงคล, 2538) โดยได้ทำการสอบถามครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 43 ราย พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเดือดร้อนในระดับสูงของญาติได้แก่ อาการของผู้ป่วย เช่น การแยกตัวออกจากสังคม การหลงผิด และ Tessler, Killian, & Gubman (1987 อ้างถึงใน ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) ได้กล่าวไว้ว่า ระดับความเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเป็นตัวทำนายภาระผู้ดูแลได้ นอกจากนี้จำนวนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาซึ่งคงอยู่ในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาที่บ้าน มีผลต่อภาระเช่นกัน หากผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมหรืออาการทางจิตหลายอาการจะทำให้ผู้ดูแลเป็นภาระมาก (Salleh, 1994)

3.2.2.2 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาในประเทศมาเลเซียเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการระบาดของครอบครัว พบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาวะเพียงเล็กน้อย (Salleh, 1994)

3.2.2.3 จำนวนผู้ป่วยในการดูแล หากผู้ป่วยในการดูแลมากยิ่งขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีภาระมากขึ้น

### 3.3 การประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระการดูแลซึ่งแตกต่างกัน ทำให้แบบประเมินภาระในการดูแลแตกต่างกัน ซึ่งนักวิจัยจะสร้างเครื่องมือตามแนวคิดของตนเอง (Thompson, Futterman, Gallagher-Thompson, Rose, & Lovetts, 1993 อ้างใน ดร.ณิ ศขพรหม, 2543) เครื่องมือส่วนใหญ่อาศัยตัวบ่งชี้ภาระสองมิติ คือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย (Miller et al., 1991) ซึ่งภาระเชิงปรนัย จะแสดงถึงความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงาน หรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแล เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัว ความมีอิสระ การมีกิจกรรมในสังคม การทำงาน และภาวะสุขภาพ (Montgomery et al., 1985) ส่วนภาระเชิงอัตนัยจะเป็นทัศนคติ ความรู้สึก หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแล ที่มีต่อความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Montgomery et al., 1985; Platt, 1985) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมของภาระในแต่ละมิติได้สามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงผลการรับผิดชอบผู้ดูแลในแง่มุมที่แตกต่างกัน

สำหรับเครื่องมือประเมินภาระของผู้ดูแลทั้งสองมิติรวมกันเป็นมิติเดียว (Kosberg, Cairl, & Killer, 1990) การประเมินในลักษณะนี้ คะแนนที่ได้ไม่สามารถแยกมิติของภาระการดูแลได้ จะเห็นได้ว่าเครื่องมือประเมินภาระของผู้ดูแลแต่ละมิติจะชี้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลเป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมต่อการนำไปใช้กับผู้ดูแลกลุ่มอื่นที่มีปัญหาแตกต่างกัน ดังนั้นการจะนำเครื่องมือมาใช้ จึงต้องประเมินว่าเครื่องมือที่สามารถประเมินภาระของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะใด รวมทั้งความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ต้องการศึกษาเพื่อที่จะให้การประเมินภาระของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินภาระผู้ดูแลที่ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งมองภาระของผู้ดูแลแยกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัย เนื่องจากผู้ศึกษาเห็นว่าการมองภาระใน 2 มิติ มีความครอบคลุม สามารถประเมินภาระของผู้ดูแลในมิติที่แตกต่างกันได้ชัดเจนมากขึ้น

### 3.4 การพยาบาลเพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแล และครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางร่างกาย จิตใจผู้ดูแล ซึ่งการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลประกอบด้วย

3.4.1 การพยาบาลโดยการปฏิบัติกรกับผู้ป่วย (Patient intervention) เป็นการปฏิบัติกร โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุด ได้แก่การปฏิบัติกร เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น พฤติกรรมบ้ำบัด การฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหวและช่วยลดอาการนอนไม่หลับ (Elloit, 1998)

#### 3.4.2 การพยาบาลโดยปฏิกรกับผู้ดูแล (Caregiver intervention) ได้แก่

3.4.2.1 การให้ความรู้ (Education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al 1998 อ้างถึงใน สมคิด ศรีราที, 2545) และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สึกรักของความรักและเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ Kasuya (2000) นอกจากนี้ยังมี ครุณี คชพรหม (2543) ที่ทำการศึกษาผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่ากลุ่มระดับประคองและจิตศึกษา จะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชลงได้

3.4.2.2 กลุ่มสนับสนุน (Support group) ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาระการดูแล โดยการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่นๆ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน (Dunkin et al 1998 อ้างถึงใน สมคิด ศรีราที, 2545) ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แหล่งประโยชน์ และวิธีการแก้ปัญหา Howe & Howe (1987 cite in Cook , 1999) ได้ศึกษาผลของการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุนต่อภาระการดูแลของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ (The Effect of Support group Participation on Caregiver Burden Among Parent of Adult Off Spring with Severe mental illness) พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีภาระการดูแลน้อยลง

3.4.2.3 ครอบครัวบ้ำบัด (Family therapy) ครอบครัวบ้ำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วยหรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบ้ำบัดเป็นการให้ความรู้และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาทกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก (Dunkin et al 1998 อ้างถึงใน สมคิด ศรีราที, 2545)

3.4.2.4 การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (Develop Family Strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญและรับมือกับความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวช และต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักทุกวัน รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจ และเชื่อมั่นว่า สามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้ เป็นแนวทางในการลดภาระการดูแล

3.4.2.5 ให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา (Involving Caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค หรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการรักษาต่อผู้ดูแลผู้ป่วย (Elliot, 1998) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมเป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณ โน, 2541) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแล ประสบการณ์และผลลัพธ์การดูแลในทางบวก (Kramer, 1993 อ้างในจอม สุวรรณ โน, 2541) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือการมีส่วนร่วมในการรักษาเช่น การร่วมวางแผนการรักษา และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและผลลัพธ์ ผู้ดูแลต้องมีความเชื่อมั่นในผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างการรักษาและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษานี้ ทำให้ผู้ดูแล มีความรู้ ทักษะและความรู้สึกของการมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์และเป้าหมายของการมีส่วนร่วมคือ ผู้ดูแลได้พบกับความต้องการของตนเอง (Mohr, 2000)

สรุปแล้วการพยาบาลเพื่อลดภาระของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมี 2 แนวทาง คือ การปฏิบัติการกับผู้ป่วย และ การปฏิบัติการกับผู้ดูแล ซึ่งผู้ศึกษามีความสนใจที่จะลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทและข้อมูลอื่นๆ ทั้งจากพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวด้วยกัน ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อรับฟังปัญหา ให้ความรู้เพิ่มเติมให้กำลังใจ กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลต่อไป



#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการสอนสุขภาพจิตศึกษา

##### 4.1 แนวคิดเรื่องการสอน ความหมายของการสอน หลักและกระบวนการเรียนการสอน ปัญหาและประเด็นสำคัญของการสอน

###### แนวคิดเรื่องการสอน

จากการที่ผู้ป่วยและครอบครัวมักต้องเผชิญปัญหาที่ต่อเนื่อง เกี่ยวกับภาวะเรื้อรังและพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนการรักษาที่ยาวนานและยุ่งยาก สถานะเช่นนั้นทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลดังนั้นพยาบาลจึงมีการนำเอาการสอน (Teaching) มาเป็นกิจกรรมการพยาบาลหนึ่งที่มีความสำคัญเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทำให้ผู้ป่วยและญาติ มีพลังอำนาจในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และเกิดความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ของตนเองได้มากขึ้น ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเผชิญปัญหาหรือปรับตัวต่อความเจ็บป่วย (Lubkin, 1986) อย่างไรก็ตามในบางครั้งการสอนก็อาจมีปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่ทำให้พยาบาลไม่ประสบความสำเร็จในการช่วยเหลือ การปรับตัวหรือการดูแลตนเองของผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาและอุปสรรคเหล่านั้นมักเกิดขึ้นจากการที่พยาบาลที่ทำการสอนผู้ป่วยมีความเข้าใจ มีทักษะและทัศนคติต่อการสอนผู้ป่วยไม่เพียงพอ และไม่เหมาะสม (Lubkin, 1986) พยาบาลต้องให้ความสนใจและศึกษาหาความรู้ ตลอดจนฝึกปฏิบัติการสอนผู้ป่วยและญาติจนเกิดความชำนาญต่อไป

###### ความหมายของการสอน

การสอนคือ วิธีการใด ๆ ก็ตามที่นำมาใช้ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้

Fattu (1960 อ้างใน ขวัญตา ไผ่หยกงาม, 2543) กล่าวถึงการสอนว่า หมายถึง ทุกอย่างที่คุณสอนทำซึ่งอาจจะเป็นงานที่คุณสอนทำโดยลำพังหรือทำร่วมเป็นกลุ่มก็ได้เพื่อจัดประสบการณ์ต่าง ๆ ให้แก่ผู้เรียน ในรูปแบบของเนื้อหาวิชาและประสบการณ์ เพื่อให้ผู้เรียนได้มีการพัฒนาด้านความคิด เหตุผล ทัศนคติ ทักษะ อุปนิสัย ทำให้เห็นคุณค่า และความสำคัญของชีวิตในอนาคต

มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ (2543) สรุปว่า การสอน หมายถึง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามจุดประสงค์ที่กำหนด ซึ่งต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ของผู้สอน

ชนิษฐา นาคะ (2543) กล่าวถึงการสอนว่าเป็นวิธีการให้สมาชิกมีพัฒนาการความรู้หรือทักษะที่สำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของสมาชิก ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ ๆ และตัดสินใจทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้เรียน

สรุปได้ว่า การสอนหมายถึง กระบวนการถ่ายทอดความรู้โดยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและส่งผลถึงพฤติกรรมตามจุดประสงค์ที่กำหนด ซึ่งต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ของผู้สอน

#### หลักและกระบวนการเรียนการสอน

1. การประเมินการเรียนการสอน (Teaching learning assessment)
2. การวางแผนการสอน (Planning)
3. การปฏิบัติการสอน (Implementation)
4. การประเมินผลการสอน (Evaluation)
  - สอนในสิ่งที่ผู้ปวยอยากรู้ หรือให้ความสนใจ
  - เนื้อหาการสอนควรจะต้องเนื่องหรือทบทวนความรู้เดิมที่ผู้ปวยมีอยู่ และเพิ่มพูนความรู้ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องประเมินความรู้พื้นฐานของผู้ปวยด้วย
  - ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ปวย
  - ผู้เรียนและผู้สอนต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
  - มีการประเมินผลการเรียนเพื่อการพัฒนา
  - การเรียนรู้นั้นต้องส่งเสริมให้ผู้ปวยระลึกถึงคุณค่าของตัวเอง

หลักการเรียนการสอนเหล่านี้ สามารถนำมาใช้ในการวางแผนการสอนที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้เรียนได้

#### ปัญหาและประเด็นสำคัญของการสอน

##### 1) ปัญหาทั่วไปของผู้เรียน

ไม่ว่าพยาบาลจะใช้แนวความเชื่อของการเรียนรู้แบบใดก็ตาม ในการวางแผนการสอนที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องคำนึงถึงปัญหาของผู้เรียนหลายประการที่อาจมีผลกระทบต่อความสำเร็จของการเรียนรู้ของผู้เรียนเอง ในการวางแผนการสอนผู้ปวยและญาติแต่ละราย พยาบาลต้องประเมินและวิเคราะห์ปัญหาเหล่านั้น และวางแผนหาแนวทางป้องกันหรือขจัดปัญหาเหล่านั้นให้หมดไปก่อนการสอนที่จะเกิดขึ้น Lubkin (1986) จำแนกปัญหาต่างๆ ไป ของผู้เรียนจะมีผลกระทบต่อความสำเร็จในการเรียนรู้ไว้หลายประการคือ ความไม่พร้อมที่จะเรียน ปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาของการสื่อสารภาษาและขาดแรงจูงใจ และกล่าวเน้นว่าภาวะเฉียบพลันหรือเรื้อรังของโรคไม่ใช่อุปสรรคต่อการเรียนรู้ แต่ผู้ปวยที่มีภาวะเรื้อรังของโรค มักจะพบว่า มีปัจจัยในตัวของผู้เรียนเหล่านั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้งกว่าผู้ปวยเฉียบพลัน ปัจจัยในตัวของผู้เรียนทั้ง 5 ประการดังกล่าว เป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องประเมินและวิเคราะห์เพื่อจำแนก และวางแผนแก้ไขหรือป้องกัน ไม่ให้เกิดขึ้นในขณะที่วางแผนการสอน

ในการวางแผนการสอนผู้ป่วยและญาติ พยาบาลต้องประเมินปัญหาด้านจิตใจ เพื่อนำมาวางแผนการสอนให้มีประสิทธิภาพ เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ พยาบาลวางแผนการสอนที่เน้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เป็นมากกว่าการสอนการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นในอนามคต การเรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่จะต้องกระทำในแต่ละวัน จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล คลายความซึมเศร้า และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นที่ละน้อย จนกระทั่งเกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะดูแลหรือควบคุมโรค

## 2) การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

ประเด็นเกี่ยวกับการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือการไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางในการรักษาของแพทย์นั้น เป็นประเด็นสำคัญที่แพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ความสนใจและพยายามสอนผู้ป่วยให้มีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับความเจ็บป่วย ประสบการณ์ในเรื่องนี้มักจะเป็นข้อสังเกตที่ว่าถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการสอนตามโปรแกรมการสอนที่ถูกจัดเตรียมขึ้นอย่างมีแบบแผนแล้วก็ตาม ผู้ป่วยมักจะไม่ยินยอมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง

การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นประเด็นสำคัญอย่างหนึ่งในเรื่องการสอนผู้ป่วย เพราะการสอนจะไม่ประสบความสำเร็จ ถ้าหากพยาบาลไม่ได้แก้ไขปัญหาคารไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาเสียก่อน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา ได้แก่ ความเชื่อ อำนาจการควบคุม ปัจจัยทางสังคม เช่น เศรษฐฐานะ รายได้ เวลา และวิถีชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลต้องประเมินปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว และจัดเตรียมโปรแกรมการสอนที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนวางแผนเพิ่มเติมในการแก้ปัญหา เช่น จัดการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ที่จำเป็น การให้คำปรึกษาครอบครัว การติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

## 3) ปัญหาของพยาบาลในฐานะผู้สอน

Lubkin (1986) จำแนกปัญหาของพยาบาลในฐานะผู้สอนไว้อีกประเด็นหนึ่ง ทั้งนี้เพราะข้อสังเกตที่ว่าแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความพร้อมและมีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลตนเองก็ตาม การสอนที่เกิดขึ้นก็จะมีประสิทธิภาพ ถ้าหากพยาบาลในฐานะผู้สอนวางแผนการสอน ไม่ดีพอ ปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นเพราะมีสาเหตุได้หลายประการ กล่าวคือ การบริหารจัดการที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถแก้ไขหรือป้องกันข้อจำกัดต่างๆ ที่เกิดขึ้นหรือสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยไม่ดี เป็นต้น

การสอนสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว (Anderson, 1980) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและ

การเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ ส่วนปัญหาของการสอนคือ ความไม่พร้อมของผู้เรียน ความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และความไม่พร้อมของผู้สอน ซึ่งจำเป็นต้องแก้ไขปัญหเหล่านี้ก่อนที่จะมีการสอนเกิดขึ้น

การสอนสุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีป้องกันการป่วยซ้ำได้

#### 4.2 รูปแบบของการสอนสุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว (Anderson, 1980) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้

สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีป้องกันการป่วยซ้ำได้ วิธีการนี้มักนิยมใช้ก่อนหรือร่วมกับการทำครอบครัวบำบัด (Family therapy)

การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980) ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (Support) และการบริการด้านความรู้ (Educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skill) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Network) (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980) ซึ่งในที่นี้จะหมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (Intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือ การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วยการให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ (Fowler, 1992 ; Hammond & Deans 1995 ; Yamashita, 1996 ) โดยแบ่งได้ดังนี้

1. การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual Psycho education) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะ และสามารถดูแลตนเองได้

2. การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group Psycho education) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญคือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว Anderson, Hogarty & Reiss (1980)

#### 4.3 แนวคิดเกี่ยวกับการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว (Family Psychoeducation)

การให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทน การเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษารูปแบบนี้ได้รับอิทธิพลมาจาก ผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (Express emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความเป็นมิตรในระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (Hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (Criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotional overinvolvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่า ผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

จากผลการวิจัยดังกล่าว ทำให้ผู้ศึกษาตั้งข้อสันนิษฐานว่า ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ความไม่รู้และไม่เข้าใจของครอบครัว ในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากโรคของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด และกลับเป็นซ้ำอีก ดังนั้น รูปแบบของการบริการจึงจัดในรูปของโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัว โดยมุ่งเน้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิต สาเหตุของโรคการรักษา และการพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา (Problem solving skills) การอยู่ในสังคม (Social skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) แก่ครอบครัว

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss(1980) ซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิบัติการ สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ในการดูแลประกอบด้วย

1. การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (Joining) คือการให้ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัวซึ่งไม่ใช่ทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่

เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวเพื่ออนาคตที่ดีกว่า

2. การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) คือการที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

3. การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) คือการที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (Coping skills) คือการที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทาง จัดการกับความเครียด ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5. การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) ดังนี้

5.1 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

5.2 การช่วยเหลือทางด้านสังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย

5.3 การจัดการในเรื่องการใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย

5.4 รับฟังครอบครัวและช่วยเหลือในด้านการวางแผนการรักษาตามความ

เหมาะสม

5.5 ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโปรแกรมการรักษา

สำหรับผู้ป่วย

5.6 ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัว และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

5.7 ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์

5.8 การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ทางจิต การรักษา การประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม

5.9 การวางแผนการช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร

ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

5.10 การฝึกเทคนิคในการ แก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว

5.11 ส่งเสริมครอบครัวในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

5.12 สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัวของสมาชิกในครอบครัวและ

ผู้ป่วย

5.13 การลดความสับสน ความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษาดังนี้

#### ผู้ป่วย

1. ช่วยสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ
2. ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. ลดปริมาณการใช้ยา
4. พัฒนาทักษะทางสังคมและการติดต่อสื่อสาร
5. ช่วยเพิ่มรายได้ และโอกาสในการประกอบอาชีพ
6. สร้างความแข็งแกร่งให้กับครอบครัว
7. ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว

#### ครอบครัว

1. เป็นการเตรียมทักษะในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ
2. พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการบำบัดรักษา
3. พัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด
4. ลดความรู้สึกรับผิดชอบ และการแยกตัว
5. ลดความตึงเครียด
6. พัฒนาสัมพันธภาพภายในครอบครัว

#### ผู้รักษา

1. พัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ ภายในชุมชนและการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย
2. สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่หลากหลาย และวิธีการ

#### รักษาพยาบาล

3. ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
4. สามารถลดการดูแลในภาวะวิกฤติได้
5. พัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

จะเห็นได้ว่า เมื่อได้รับการประคับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ได้รับการเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อม ๆ กัน กลายเป็นแนวทางที่ดี ในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก หลังออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาอีกด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้น นับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะ ในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง(Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

## 5. แนวคิดเกี่ยวกับการติดตามทางโทรศัพท์

โทรศัพท์จัดเป็นสื่อที่มีประโยชน์อย่างมาก และเป็นสื่อที่มีความสำคัญกับสังคมในปัจจุบัน ที่ต้องการความสะดวก รวดเร็ว ในการใช้ติดต่อด้านธุรกิจ ด้านบริการสาธารณสุข เช่น บริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ที่ได้นำโทรศัพท์มาใช้ในการติดตามกลุ่มประชากรต่าง ๆ เช่น ในผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนั้นยังใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูล (Hash, Donlea & Walljasper, 1985) ติดตามผลการวางแผนก่อนจำหน่าย (North, Meeusen & Hollinsworth 1991 ; Cave 1989) นอกจากนั้น การติดตามทางโทรศัพท์ยังช่วยเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการให้ความรู้หรือคำแนะนำสั้นๆ ในรูปแบบการสอนเป็นรายบุคคล ที่ให้ตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้า (พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541)

### 5.1 ความหมายของการติดตามทางโทรศัพท์

คำจำกัดความของการติดตามทางโทรศัพท์ มีผู้นิยามไว้จำนวนมาก ซึ่งคำจำกัดความและความหมายที่ใช้กันอยู่ เป็นการแสดงตามความคิดเห็นของแต่ละบุคคล สามารถสรุปได้ดังนี้

การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการให้คำแนะนำ การสนับสนุน การประเมินสุขภาพ ในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม (Shu, Mermina & Nystrom, 1996) ส่วน Nicklin (1986) ได้ให้ความหมายอีกประเด็นหนึ่งว่า เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้อย่างต่อเนื่อง ภายหลังจำหน่าย และช่วยเหลือ ผู้ป่วย ครอบคลุมในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยไม่คาดคิด รวมถึงการให้ความมั่นใจ นอกจากนี้ Rice (2000) ได้กล่าวเพิ่มเติมไว้ว่า เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้าน และประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการให้คำปรึกษา และประคับประคองจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วน Elliott & Reimer (1998) กล่าวว่า เป็นการช่วยเหลือและประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวในการตอบคำถาม และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ และ Hunter (2000) กล่าวว่าเป็นการติดตาม กระตุ้น ชี้แนะและให้การเสริมแรง พฤติกรรมที่เหมาะสม สำหรับ Lanigan (2000) และ Cave (1989) ได้มีความเห็นที่คล้ายคลึงกันว่าการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ทบทวนในแผนการรักษา การนัดหมาย การบริการ และให้ความมั่นใจ ในปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ Rivard, Krieger, Petitclerc & Baumgarten (1988) อธิบายว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และประคับประคองจิตใจ



ในการศึกษาครั้งนี้ การติดตามทางโทรศัพท์หมายถึง การกระตุ้น การแนะนำ และการเสริมแรง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อลดภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การติดตามทางโทรศัพท์เป็นการให้สิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการติดตาม การชี้ให้ผู้ดูแลและครอบครัวเห็นถึงผลทางบวก และทางลบ ที่จะเกิดขึ้น ร่วมกับการเสริมแรงทางสังคม โดยการให้คำชมเชย เมื่อผู้ดูแล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการเสริมแรงดังกล่าวจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะส่งผลให้ ลดภาวะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

## 5.2 วิธีการและระยะเวลาในการติดตามทางโทรศัพท์

Elliott & Reimer (1998) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายใน 1-7 วันแรกหลังจากจำหน่าย ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์ประมาณ 5-30 นาที เฉลี่ย 15 นาที พบว่าสามารถช่วยประคับประคองด้านจิตใจและการเลี้ยงดูทารกแก่มารดาได้เป็นอย่างมาก Cave (1989) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและมีปัญหาซับซ้อนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้โทรศัพท์ติดตามระยะเวลา 6 เดือน พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และประคับประคองด้านจิตใจได้ Hunter (2000) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ในการประคับประคองจิตใจในผู้ที่มีอาการทางจิต เรือรังกุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 21 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 11 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน ใช้โทรศัพท์ในการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์หรือมากกว่านั้นถ้ามีข้อบ่งชี้ ระยะเวลาในการโทรศัพท์ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้นขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วยวัตถุประสงค์ของการติดตามเพื่อช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา กระตุ้นซักซ้อม ชี้นำในพฤติกรรมให้แรงเสริมเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม พบว่ากลุ่มทดลองไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเลยตลอดระยะเวลาที่ทดลอง 60 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 8 คน

Mcintosh & Worley (1994) ศึกษาการติดตามและการดูแลทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคจิต จำนวน 127 คน โดยติดตามภายใน 72 ชั่วโมงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และติดตามซ้ำภายใน 2-3 สัปดาห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลต่อเนื่อง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำจากการติดตามภายใน 15 เดือน ผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำเพียง ร้อยละ 12

North, Meeusen & Hollinsworth (1991) ใช้โทรศัพท์ติดตามประเมินผลของการวางแผนก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยที่จำหน่ายจากศูนย์ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 62 คน โดยติดตามเรื่องการใช้จ่ายและประเมินอาการของผู้ป่วย ระยะเวลาในการติดตาม 10-14 วัน หลังจำหน่าย พบว่า ร้อยละ 92 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการติดตามทางโทรศัพท์และการวางแผนก่อนจำหน่ายมาก

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยโดย รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 1 สัปดาห์ และมีการติดตามซ้ำ 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ โดยมีการติดตามนาน 6 สัปดาห์ระยะเวลาในการติดตามแต่ละครั้งนาน 15-20 นาทีพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และสุมิตรา ฤทธิสุนทร (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ที่นำการติดตามทางโทรศัพท์ของรัชณี ศรีหิรัญ มาประยุกต์เข้าด้วยกัน ระยะเวลาในการติดตามหลังดำเนินการดูแลที่บ้านมาแล้ว 3 วัน และมีการติดตามซ้ำในอีก 1 สัปดาห์ต่อมา ระยะเวลาในการติดตาม 30 นาที พบว่าพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่บ้านทั้งโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ยา และสารเสพติด การดูแลสุขภาพจิต การปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หลังได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า วิธีการติดตามทางโทรศัพท์มักจะติดตามภายใน 3 วัน และติดตามซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาในการติดตามแต่ละครั้งประมาณ 15-60 นาที ในการศึกษาครั้งนี้ วิธีการในการติดตามทางโทรศัพท์จะติดตามหลังดำเนินการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวไปแล้ว 3 วัน และมีการติดตามซ้ำในอีก 1 สัปดาห์ต่อมา ระยะเวลาในการติดตาม 30 นาที

## 6. โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว (Family psychoeducation) โดยพัฒนามาจากแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นรูปแบบการดำเนินการที่สำคัญซึ่งช่วยลดปัญหาการะในการดูแลเหล่านี้โดยเป็นแนวคิดที่มีการดึงให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (Partnership) ในการดูแล และมีกิจกรรมประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (Joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) นอกจากนี้ยังได้นำการติดตามทางโทรศัพท์ตามแนวคิดของ McIntosh & Worley (1994) มาใช้ในการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ ซึ่ง โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษา ได้ปรับปรุงมาจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ในโปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เพิ่มกิจกรรมการติดตามทางโทรศัพท์อีก 1 กิจกรรม รวมเป็น 6 กิจกรรม โดยในแต่ละกิจกรรมจะประกอบด้วยเนื้อหา และรูปแบบของกิจกรรมที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการะในการดูแลตนเองดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา หมายถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นสามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ หมายถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีการสื่อสารที่ดี และมีประสิทธิภาพได้

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาใช้โทรศัพท์ ในการติดตามผู้ดูแล เพื่อซักถามปัญหา รับฟังเรื่องราวเกี่ยวกับสถานการณ์ของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท กระตุ้นเตือน ให้ผู้ดูแลรวมทั้งสมาชิกครอบครัว นำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการทำกิจกรรมแต่ละครั้งไปปฏิบัติต่อที่บ้าน

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสอนสุขภาพจิตศึกษา

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่อยู่ในเขตความผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัฒนาดุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อน

ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

พรชัย จุลเมตต์ (2540) ศึกษาผลการสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองของผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน พบว่า ภาวะเชิงประนีและภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จากผู้วิจัย ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลอง มีภาวะเชิงประนีและภาวะเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ครุณี คชพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ 12 คน พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษามีภาวะเชิงประนีและภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

สกวรัตน์ ภูผา (2543) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นจำนวน 18 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 10 คน โดยเข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ในเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีปัจจัยในการบำบัดเกิดขึ้นคือ การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การระบาย การให้ข้อมูล ความเกื้อกูล การได้รู้ความจริงของชีวิต

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน พบว่าค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์ (2549) ศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรีจำนวน 20 ครอบครัว พบว่าคะแนนภาวะเชิงประนี และ อัตนัยจำแนกตามรายชื่อ ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Pai and Kapur (1981) ศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตเภท ครั้งแรก จำนวน 54 คน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งรับการรักษาในโรงพยาบาล ตามปกติ อีกกลุ่มหนึ่งให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยร่วมด้วย หลังจากนั้นติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มที่ครอบครัวได้รับความรู้ มีภาระในการดูแลน้อยกว่า และการทำหน้าที่ในสังคมของผู้ดูแลดีขึ้น

Yamashita (1996) ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 14 คน ในญี่ปุ่นตอนใต้ โดยมีสาระ 5 ประเด็น คือ มีการรับฟัง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปรียบเทียบปัญหา ทำความเข้าใจซึ่งกัน และกัน ให้ข้อเสนอแนะ และแสดงความรู้สึกที่จริงใจต่อกัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในบทบาท ผู้ดูแลมากขึ้น

Framcell (1998) ศึกษาเรื่อง การรับรู้ภาระของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง จำนวน 86 ครอบครัว โดยการแบ่งกลุ่มย่อยและสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ของภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการป่วยทางจิตเวช ผลการศึกษาพบว่าแนวทางที่จะช่วยลดภาระของครอบครัวลงคือ 1) การให้ความรู้กับครอบครัวเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการจัดการกับภาวะวิกฤต 2) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทีมการรักษา และตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

Dyck, Short & Vitaliano (1999) ศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 70 คน พบว่าทรัพยากรในครอบครัวซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาระ อธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับภาระในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่ไม่ดี

Ostwald et al. (1999) ศึกษาการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย Dementia โดยจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสาร ผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล พัฒนาความแข็งแกร่งของผู้ดูแลและทักษะการปฏิบัติภาระที่หนัก เพิ่มความรู้สึกเชื่อมั่น ในความสามารถของผู้ดูแลให้เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ พบว่า การจัดโปรแกรมดังกล่าว สามารถลดภาระของผู้ดูแลได้

Reinares et al. (2004) ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว แก่ผู้ป่วย โรคอารมณ์แปรปรวน เพื่อประเมินผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนและประเมินภาระของผู้ดูแล โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกลุ่มทดลองสามารถเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค และสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระ ทั้งภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยได้

## 7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดตามทางโทรศัพท์

รัชนี ศรีศิริบุญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายในผู้ป่วยเพศชายหลังจำหน่ายเดือนกันยายน 2544 โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย มีคะแนนการดูแลตนเอง มากกว่า กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุมิตรา ฤทธิสุนทร (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท อัมเอบปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยนำแนวคิดของ Danielson, Bissell and Fry (1989) และการติดตามทางโทรศัพท์ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลที่บ้าน จำนวน 20 ครอบครัว พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้าน สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Cave (1989) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและมีปัญหาซับซ้อนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต และผ่าตัดเต้านม จำนวน 116 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแผนการรักษา ยาและอาการข้างเคียง การดูแลตนเอง และการนัดหมายมาตรวจตามนัด ใช้โทรศัพท์ติดตามระยะเวลา 6 เดือน พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และประทับใจประคองด้านจิตใจได้

North, Meeusen & Hollinsworth (1991) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามประเมินผลของการวางแผนก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยที่จำหน่ายจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 62 คน โดยติดตามเรื่องการใช้จ่ายและประเมินอาการของผู้ป่วย ระยะเวลาในการติดตาม 14 วัน หลังจำหน่าย ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 92 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการติดตามทางโทรศัพท์และการวางแผนก่อนจำหน่ายมาก

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

Shu, Mermina & Nystrom (1996) ศึกษาโปรแกรมการใช้โทรศัพท์ในการสร้างความมั่นใจในผู้สูงอายุหลังจำหน่ายออกจากศูนย์การดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่า โปรแกรมนี้ สามารถกระตุ้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ และสามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

Elliott & Reimer, 1998 ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 20 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประคับประคองจิตใจมารดา และประเมินสุขภาพทารก โดยใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาภายใน 1-7 วันแรกหลังจากจำหน่ายพบว่า สามารถช่วยประคับประคองด้านจิตใจและการเลี้ยงดูทารกแก่มารดาได้อย่างมาก

Hunter (2000) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ในการประคับประคองจิตใจในผู้ที่มีอาการทางจิตเรื้อรัง ในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 21 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 11 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน เพื่อช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา กระตุ้น ชักซ้อม ชี้นำในพฤติกรรม ให้แรงเสริมเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม พบว่ากลุ่มทดลอง ไม่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำเลยตลอดระยะเวลาที่ทดลอง 60 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจำนวน 8 คน

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

