

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลอรัญประเทศ อำเภออรัญประเทศ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค
- 1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก
- 1.3 การดำเนินโรคและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท ICD-10
- 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.2 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.3 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 ความหมายของภาวะในการดูแล
- 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะในการดูแล
- 3.3 การประเมินภาวะในการดูแล
- 3.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทในชุมชน

4. การให้สุขภาพจิตศึกษา

- 4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
- 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

5. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2543) กล่าวว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวมความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย และมีพฤติกรรมแปลก ๆ การป่วยทางจิตโดยเฉพาะ โรคจิตเภทก่อให้เกิดผลเสียหายหลายด้าน ทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และประเทศชาติ

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ว่า โรคจิตเภท หรือ schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม โดยไม่มีอาการทางกายหรือการสูญเสียอวัยวะทางสมองส่วนใด เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบได้ทั้งชายและหญิง และมีอัตราการป่วยซ้ำสูง

1.2 ปัจจัยสาเหตุของโรคจิตเภท ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภทเกิดได้จากหลายปัจจัย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) ได้มีการศึกษาด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกลุ่มที่มีผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรคร้อยละ 35-58 ฝาแฝดไข่คนลำใบมีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 16 (Wilson and Kneisl, 1996)

1.2.2 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological Factors) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับ dopamine ในสมอง โดยมีข้อค้นพบดังนี้

1.2.2.1 ผู้ป่วยจิตเภท มีปริมาณสาร dopamine ในสมองมากเกินไป

1.2.2.2 มีจำนวน post synaptic receptor มากเกินไป

1.2.2.3 มีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ Gamma – amino butyric acid

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาค้นพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระดับ monoamine oxidase ต่ำใน blood platelet แต่ไม่เป็นที่ยืนยันแน่ชัด

จากการศึกษาค้นคว้าด้านกายวิภาคของผู้ป่วยจิตเภทด้วย CT scan บางรายพบว่ามี การขยายของ lateral ventricles บางรายพบว่ามีปริมาณของ calcarine sulcal fluid volume เพิ่มขึ้น บางรายมี การฝ่อของ anterior vermis ของ cerebellum ซึ่งยังไม่มีการยืนยันที่แน่นอน เหมือนโรคทางกาย อื่นๆ

1.2.3 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

1.2.3.1 จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าเป็น ความผิดปกติจากการพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในช่วงปีแรก ที่มีผล ทำให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพ กับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้าน ภาษา สถิติปัญญา การคิด การจำ การตัดสินใจ ความสนใจ การ รับรู้

1.2.3.2 ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และความไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และ สามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

1.2.3.3 ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดจากสัญชาตญาณมีมากและไม่ สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิด ชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะ และ ขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจ ไม่แน่ใจ (ambivalence)

1.2.4 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) จากการศึกษพบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็น โรคจิตเภท ก็คือประชากรที่มีฐานะ ยากจน ป่วยเป็น โรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต้อง เผชิญกับสภาวะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง

นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า เด็กที่ป่วยเป็น โรคจิตเภท มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน พยายามดึงเด็กเข้ามาเป็นพวกของตน ในที่สุดเด็กเกิดความลังเล ไม่แน่ใจ (ambivalence) ซึ่งเป็น อาการสำคัญของ โรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป เด็กไม่สามารถ พัฒนาบุคลิกของตนได้เหมาะสม

1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก ลักษณะอาการแสดงของ โรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ดังต่อไปนี้

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความคิดผิดปกติ ของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการ ดังนี้

1.3.1.1 อาการหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion และ delusion of reference ส่วนอาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion และ grandiose delusion

1.3.1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนที่พบได้บ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ auditory hallucination

1.3.1.3 Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านการพูดและสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก และแปลก

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งทีคนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

1.3.2.1 Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

1.3.2.2 Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

1.3.2.3 Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

1.3.2.3 Associality เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

1.3 การดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) คือ

1.3.1 ระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน

ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ได้หากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลลงเรื่อย ๆ

1.3.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.3.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการ โรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบ เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

1.3.4 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามหลัก ICD-10 ซึ่งมานิซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2541) ได้กำหนดรหัสการวินิจฉัยไว้ดังนี้

F20.xx Schizophrenia

ลักษณะอาการจำเพาะ: มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อยสองข้อขึ้นไป โดยมีแต่ละอาการอยู่นานพอสมควรในระยะเวลา 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้ หากรักษาได้ผล)

- (1) อาการหลงผิด
- (2) อาการประสาทหลอน
- (3) Disorganized speech (เช่น มี derailment หรือ incoherence อยู่บ่อยๆ)
- (4) มีพฤติกรรมแบบ disorganized หรือ catatonic อย่างเห็นได้ชัด
- (5) อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (affective flattening) พูดน้อย หรือไม่พูด (alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (avolition)

หมายเหตุ : เพียงอาการเดียวในเกณฑ์ข้อ A. ก็เพียงพอ หากอาการหลงผิดเป็นแบบ bizarre หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วยหรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาโต้ตอบกัน

มีปัญหาด้านสังคมหรือการงาน : ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมด้านสำคัญๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจน อย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง โดยมีปัญหานี้อยู่นานพอสมควร (หรือหากเริ่มป่วยตั้งแต่วัยเด็กหรือวัยรุ่น ผู้ป่วยมีพัฒนาการไม่ถึงเป้าหมายตามวัยในด้านของสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเรียน หรือการงาน)

ระยะเวลา : มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งภายใน 6 เดือนนี้ต้องมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A. (ระยะอาการกำเริบ) นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และอาจรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้น (prodromal symptoms) หรืออาการหลงเหลือ (residual symptoms) ด้วย ในระยะเริ่มต้นหรือระยะหลงเหลือ อาจมีอาการเพียงแต่อาการด้านลบ หรือ อาการตามเกณฑ์ในข้อ A. สองข้อขึ้นไป แต่อาการเบาบางกว่า (เช่น มีความคิดแปลกๆ มีการรับรู้ที่ต่างไปจากปกติ (unusual perceptual experience))

ไม่รวมถึง Schizoaffective และ Mood Disorder: ต้องแยกโรค Schizoaffective และ Mood Disorder ที่มีอาการโรคจิต โดยข้อใดข้อหนึ่งใน (1) ไม่มี Major Depressive, Manic หรือ Mixed Episode ในระยะอาการโรค หรือ (2) หากมีอาการด้านอารมณ์ขณะที่อาการโรคจิตกำเริบ ช่วงเวลาที่มีอาการด้านอารมณ์โดยรวมทั้งหมดจะสั้น เมื่อเทียบกับระยะอาการโรคจิตกำเริบและระยะที่มีอาการโรคจิตหลงเหลือ

ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารหรือโรคทางกาย : อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านเสรีวิทยาจากสาร เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

ความเกี่ยวเนื่องกับ Pervasive Developmental Disorder : หากมีประวัติของ Autistic Disorder หรือ Pervasive Developmental Disorder อื่นๆ จะวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อยหนึ่งเดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล)

1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท โรคจิตเภทมีสาเหตุที่มีผลต่อการเจ็บป่วยหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยา รักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้าซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาและมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นต้น (เกษม ตันติผลาชีวะ และ ลักษณา ชีร์โมกษ์, 2536)

1.4.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ตันติผลาชีวะ และ ลักษณา ชีร์โมกษ์, 2536) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท มีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้า ๆ นอกจากนี้อาการที่พบมากอีกอาการหนึ่งก็คือ อาการง่วงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก อาการจะดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ และอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบรองลงมาได้แก่ อาการต่อระบบต่อมไร้ท่อ ที่พบบ่อยได้แก่ อาการคัดนม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด และฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนังเป็นอาการแพ้แสงแดด ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 และ สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่

1.4.1.1 ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti-psychotics) กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิมที่สำคัญ คือการ Block dopamine receptors ในสมอง และออกฤทธิ์ Block receptors ของ catecholamine ตัวอื่นๆ และรบกวน catecholamine storage ด้วย ทั้งของ serotonin, nor epinephrine และ dopamine เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย Parkinsonism ขึ้น และถ้า receptor ถูก Block นาน ๆ ก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของ Tardive dyskinesia ซึ่งยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ออกฤทธิ์สกัดกั้น dopamine ที่ D₂ receptor ออกฤทธิ์ต่อ serotonergic noradrenergic cholinergic และ histaminergic receptors ในสัดส่วนที่แตกต่างกันสำหรับยาแต่ละตัว ทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน ยากลุ่มนี้พบได้ดังนี้

1) Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตร โครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกันคือ ได้แก่ Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้วังงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียงคือ ความดัน

โลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น Piperidines มีฤทธิ์ทำให้ห้วงนอนปานกลางข้อดีคือมีฤทธิ์ Extra pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine ส่วนพวก Piperazine เป็นยาในกลุ่มที่มี Potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra-pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine, Trifluoperazine, Fluphenazine ยาที่ได้รับ ความนิยมมากในกลุ่มนี้ คือ Chlorpromazine และ Perphenazine (Fleishhacker, 1994)

2) Thioxanthene เป็นยาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับPhenothiazines มาก แต่ มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chorprothixene, Thiothixene, Flupentixol และChopentixol

3) Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ห้วงนอนน้อย และมี Extra-pyramidal side effect สูงคล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Triperidol

4) Dibenzoxanzepines ยากลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียว คือ Loxapine

5) Diphenybutypiperidines ใช้ในประเทศไทย 2 ตัวคือ Pimozideและ

Penfluridol

6) Benzamides ตัวอย่าง เช่น Sulpiride

7) Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว แต่ใช้เป็นยาแก้ปวด

1.4.1.2 ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New anti-psychotics) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) คือ

1) Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการ ทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต่อต้านการรักษา โดยออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin, nor-adrenaline, acetylcholine และ histamine มากกว่าdopamine และออกฤทธิ์ D₁ antagonist มากกว่าฤทธิ์ D₂ antagonist ด้วยโดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาทจึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมาก เพราะยังไม่มีการศึกษา พบว่ามีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง (Forman, 1993)

2) Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ ต้องให้ขนาดปานกลาง (4-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และจะมีผลข้างเคียงน้อยกว่า haloperidol

1.4.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วย จิตเภทชนิดCatatonic รุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น Severe Depression การรักษาด้วยไฟฟ้า มักพบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นคัน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

1.4.3 การรักษาด้านจิตสังคม การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษาด้านจิตสังคมประกอบด้วย

1.4.3.1 การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึง กระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการ คือ ความเข้าใจ ความรัก และพฤติกรรม

1.4.3.2 กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) หมายถึง การบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al, 1989) เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะการริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก การรักษากฎ กติกา การเป็นตัวแบบที่ดีอย่างจริงจัง การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถามการสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งการเงียบ (Trotzer, 1977)

1.4.3.3 นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัยฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

1.4.3.4 การรักษาแบบกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มเสริมแรงจิตใจ เป็นกลุ่มจิตบำบัดที่จัดขึ้นเพื่อช่วยผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และกลุ่มภาพสะท้อน ซึ่งเป็นกลุ่มให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกต่างๆออกมาในรูปภาพและคำพูด เป็นต้น

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ สาเหตุของโรคจิตเภทเกิดจากด้านร่างกายและด้านจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือ การให้ยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้านจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้

มากที่สุด และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ การวางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย จะทำให้ทราบถึงปัญหาหรือแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก โดยสามารถนำการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบและครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับสู่ชุมชนได้ และเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ให้มีแรงจูงใจในการรักษาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.5.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ได้มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้หลายท่าน ดังนี้

Watson (1989 อ้างใน สิรินทร เขียวโสธร, 2545) กล่าวถึง การพยาบาล ว่าเป็นการดูแลระหว่างบุคคลที่เน้นการเป็นมนุษย์แบบองค์รวม ที่มีจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ มีเป้าหมายของการพยาบาลเพื่อให้บุคคลมีภาวะสมดุลของกาย จิต และจิตวิญญาณ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิต การพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ตรงกัน ในการตัดสินใจเลือกสิ่งปฏิบัติที่ดี และเหมาะสมที่สุด

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัว ในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือการยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

1.5.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัช, 2549) ได้แก่ การประเมินสภาพปัญหา, การประเมินสภาพด้านร่างกาย, การประเมินด้านการคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิดประสาทหลอนหรือไม่, การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนใด, พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ต้องได้รับความช่วยเหลือ และด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

1.5.2.1 การวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งสภาพทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม สัมพันธภาพ และอาการทั่ว ๆ ไปที่ได้ทำในขั้นต้น โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาล จะสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น มักเกี่ยวข้องกับอาการ positive symptoms ซึ่งได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด และอาการด้าน negative symptoms ได้แก่ อาการแยกตัว อาการความพร่องด้านสังคม ซึ่งภาวะแปรปรวนด้านความคิดและด้านสังคมจะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุและผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

1.5.2.2 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่าง ๆ

1.1) การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

1.2) การดูแลสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี

1.3) การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

1.4) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจ สนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

1.5) การพัฒนาการปรับตัว การมองตน และการมองโลกในแง่ดี

2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วย

2.1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานยา การมีกิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่บ้าน

2.2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคม
อย่างเหมาะสม

2.3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และ
หน่วยงานใกล้เคียง เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิตเขตต่าง ๆ

1.5.2.3 การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดย
พิจารณาปรับตามความเหมาะสม

1.5.2.4 การประเมินผล ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิต
เภทนั้นพยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว
เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณา

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด และการ
รับรู้ ซึ่งมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ผู้ให้การ
พยาบาลจึงต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัย
ทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมินได้ วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่าง
ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องม
ีการประเมินผลทางการพยาบาล เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังการพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นใน
การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งเป็นรูปแบบ
การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพใน
ชุมชนมีดังนี้

รุจา ภูไพบูลย์ (2538) กล่าวว่า ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปกติที่บ้าน ด้รับ
การยอมรับทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพและประหยัด เมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่การ
ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่บ้าน ยังได้รับความสนใจน้อยกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น

ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2530) กล่าวว่า การที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ
ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ต่อสู้ชีวิต มีความหวัง รู้สึกอบอุ่น รู้สึกมีคุณค่า มีคนต้องการ มีคน
ห่วงใย เข้าใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองยิ่งขึ้น

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก็ใช้หลักการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านข้างต้น ซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (Pelletier, 1988; Klebnoff, 1989 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

- 1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
- 2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน
- 4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด
- 5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
- 6) ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
- 7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- 8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับ โรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว
- 9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
- 10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชน ในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีลักษณะการบริการแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้บริการที่บ้านและในชุมชนเพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพเน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

2.2 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2549) ได้กล่าวถึง กิจกรรมที่พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้น สามารถกระทำได้ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การประเมินสภาวะผู้รับบริการ
- 2) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน
- 3) พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว
- 4) สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิต และการประกอบอาชีพ
- 5) ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม
- 6) การสนับสนุนให้กำลังใจ
- 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 8) การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่น ๆ
- 9) การประเมินผล ปรับการดูแลเป็นระยะ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ควรให้การพยาบาลตามหลักการดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยหลักการพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Basic principles of psychosocial home care) ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 6 กิจกรรม ดังนี้ (คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป้าหมายเพื่อเกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจและอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษาที่ถูกต้อง และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน จึงลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำ แก่ผู้ป่วยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาและมีวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการ และการเผชิญกับภาวะวิกฤตได้

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนตามศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้สิ่งที่พยาบาลควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่สำคัญคือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคมและวัฒนธรรม การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่มีประสิทธิภาพควรยึดหลักการดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549)

- 1) ผู้รับบริการแต่ละรายมีสังคมและวัฒนธรรมของตน ที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว
- 2) วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการจะต้องรับรู้ ยอมรับ และดูแลอย่างเหมาะสม
- 3) การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจ และเอาใจใส่ผู้รับบริการ เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความร่วมมือของผู้รับบริการ
- 4) ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ
- 5) ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ เข้าใจ โลกทัศน์ของผู้รับบริการ
- 6) การสังเกต ช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการตลอดจนสังคม และวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม
- 7) พยาบาลควรมีความสามารถในการพูดหรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้ จะช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้เร็วขึ้น

สรุปได้ว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่อุปครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะได้ผลอย่างแท้จริง จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจ ความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่า มุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

2.3 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ความหมาย ผู้ดูแลในครอบครัว หรือ ผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน Horowitz (1985 cited in Horowitz & Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

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

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า Orem (1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแล ช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกตินั้น ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

จอม สุวรรณโน (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

- 1) ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 2) ช่วยเหลือระดับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ
- 3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพ จัดหาซื้อยารวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยา
- 4) ช่วยเหลือด้านการเงิน
- 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน
- 6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วย โดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น

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

จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบมากมายดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง นอกจากนี้การรับผิดชอบในหลายบทบาท เช่น การดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในครอบครัว การหารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าจากการรับบทบาทที่มากเกินไป (รุจา ภูไพบูลย์, 2538) จนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้ากับการดูแล (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; Song, Biegel, & Milligan, 1988; Salleh, 1994; Eakes, 1995; Adamec, 1996; Hobbs, 1997) ดังเช่นการศึกษาของ Salleh (1994) พบว่า อาการของผู้ป่วยจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้อื่น และบางครั้งมีผลให้ผู้อื่นมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ดูแลต้องกระทำแทน อีกทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วย และสิ่งของต่าง ๆ อีกด้วย

2.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่างๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของ

ความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรถึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (วรกษ นิธิกุล, 2535; ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539; ยอคสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก เสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

2.5.3 ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่น ๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการเฝ้าดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ ประเพณีต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้ง (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุลและพรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544 ; Eakes, 1995)

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

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการเบียดเบียนผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดูแล ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ผู้ป่วยทุกคนต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการความห่วงใย เชื้ออาหาร และต้องการกำลังใจจากครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความท้อแท้ในการดูแลรักษาอาการป่วยของตน ช่วยให้อาการป่วยทางจิตดีขึ้น และเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ป่วยจิตเภทก็จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

3. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของภาระในการดูแล

มีผู้ให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยหลายแนวความคิดด้วยกันดังนี้ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายภาระในการดูแลไว้ว่า ภาระที่หนัก, การงานที่หนักหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เช่น พ่อแม่มีภาระในการเลี้ยงดูลูก ครูมีภาระในการอบรมสั่งสอนศิษย์, ความรับผิดชอบ เช่น พ่อแม่ตายหมด ที่ต้องรับภาระส่งเสียเลี้ยงดูน้องผู้เริ่มศึกษาภาระในทางสุขภาพ กล่าวว่า ภาระ หมายถึง ผลกระทบทางลบที่เกิดจากการกระทำทบาทผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย สอดคล้องกับ Grand & Sains (1963 cited in Vitaliano et al., 1991) ซึ่งยอมรับผลกระทบที่เกิดจากการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยทางจิต ว่ามีผลกระทบด้านลบหรือเป็นภาระของครอบครัว

Honig & Haminton (1966 cited in Jones, 1996) ให้ความหมายของภาระโดยอธิบายในเชิงของผลกระทบที่เกิดจากการดูแลว่ามี 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับสถานการณ์การดูแล เช่น ขาดความเป็นอิสระและสูญเสียรายได้ของครอบครัว เป็นต้น ส่วนภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อประสบการณ์การดูแล เช่น ความวิตกกังวล ความตึงเครียด หรือความรู้สึกอับอาย เป็นต้น ซึ่งให้ความหมายสอดคล้องกับ Thomson & Doll (1982), Montgomery, Gonyea & Hooyman (1985) และ Provencher (1996) ซึ่งได้ให้ความหมายภาระของผู้ดูแลว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็น

ผลมาจากการความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ ส่วนภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น ความเป็นอิสระลดลง พลังงานลดลง สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวลดลง การมีเวลาทำกิจกรรมร่วมในสังคมลดลง ปัญหาหน้าที่การงาน และปัญหาด้านสุขภาพ

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

มุมมองที่ 1 พฤติกรรมของผู้ดูแลที่ส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัย ได้แก่ การประเมินตามสถานการณ์ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับงานของผู้ดูแล

มุมมองที่ 2 พฤติกรรมของผู้ดูแลส่งผลให้เกิดภาระเชิงปรนัย ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ต้องทำตามสถานการณ์ในการดูแล

มุมมองที่ 3 พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาระเชิงอัตนัยจากการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรบกวนของผู้ป่วย

มุมมองที่ 4 พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาระเชิงปรนัยจากการที่ผู้ดูแลมีภาระหน้าที่ ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ต้องทำเนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษา ได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับภาระในรูปแบบที่เหมือนและแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละคน ซึ่งแนวคิดที่จะนำไปใช้ก็ควรจะเป็นแนวคิดที่ตรงกับมุมมองของความสนใจของแต่ละคนและเหมาะสมกับงานวิจัยนั้น ๆ สำหรับแนวความคิดภาระของผู้ดูแลที่ผู้ศึกษาสนใจศึกษา คือ แนวความคิดภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ของ Montgomery et al. (1985) โดยให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเคียดแค้น ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ปฏิกริยาทางอารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแล และ 2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการ

เปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมร่วมในสังคม หน้าที่การงาน และภาวะสุขภาพ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาวะหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะในการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

3.2.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา อาจมีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล

3.2.2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelves, 1986)

3.2.3 รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าครอบครัวที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาวะในการดูแลน้อย

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

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

3.2.6 การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา เช่น การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษาแก่

ผู้ดูแลช่วยลดภาระเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหาได้ (Montgomery et al., 1985)

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

3.3 การประเมินภาระในการดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีวิธีการประเมินภาระในการดูแลจากหลากหลายแนวคิด ดังนี้

3.3.1 การประเมินภาระในการดูแลของ Oberst (1991) ได้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดกระทำดูแลแล้วควรสนใจทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความต้องการในการดูแล และความยากลำบากในการดูแล แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ

3.3.1.1 ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแลซึ่งมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแล วัดจากความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม

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

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

ในประเทศไทย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) เป็นผู้แปลแบบวัดภาวะการดูแลของ Oberst (1991) เป็นภาษาไทยและได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากพยาบาลผู้ชำนาญการ จากนั้นนำข้อคำถามบางข้อไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อไป

3.3.2 การประเมินภาวะในการดูแลของ Montgomery et al. (1985) โดยแบ่งภาวะในการดูแลเป็น 2 มิติ คือ

3.3.2.1 ภาวะเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึก ทักษะคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือยร้อน อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ

3.3.2.2 ภาวะเชิงปรนัย (objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมีผลต่อดำเนินชีวิตประจำวันทำให้หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ

Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาวะในการดูแลออกเป็น 2 มิติ ดังกล่าวข้างต้น ในประเทศไทยแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยชำนาญ (2544) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาวะของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้น ๆ ได้ จึงทำให้เห็นภาวะในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้นการที่จะนำเครื่องมือมาใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับภาวะในการดูแลในมุมมองที่ต้องการประเมิน เพื่อที่จะให้การประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น

ในประเทศไทยได้มีการนำแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลไปใช้อีกหลายงานวิจัยเช่น ของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานครและมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93 การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แบบประเมินภาวะในการดูแลที่สร้างขึ้น โดย นพรัตน์ ไชยชำนาญ (2544) ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) 93 ซึ่งมองภาวะในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาวะเชิงอัตนัย (subjective burden) และภาวะเชิงปรนัย (objective burden) ที่เคยนำไปศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์จังหวัดสุราษฎร์ธานีซึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยแยกเป็นภาวะรายด้านคือภาวะเชิงอัตนัยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88 ส่วนภาวะเชิงปรนัยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .89 และเมื่อนำภาวะทั้ง 2 ด้านมารวมกันแล้วมีค่าของความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93 เนื่องจากเป็นการมองภาวะที่ชัดเจน ครอบคลุมมากที่สุด และมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากผู้ดูแลที่ทำการศึกษารู้สึกมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยทั้งสองมิติ คือภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัย เช่นยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มี

การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยไม่ถูกวิธี และขาดทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเมื่อมีอาการรุนแรงหรือกำเริบขึ้น

3.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัวดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรมีบทบาทในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังนี้

3.4.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (patient intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุด เช่น พฤติกรรมบำบัดต่าง ๆ การฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหว (Elloit, 1998)

3.4.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (caregiver intervention) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลเพื่อลดภาระการดูแล แบ่งออกเป็น

3.4.2.1 การให้ความรู้ (education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตีรารักษ์, 2545) และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สึกรู้สึกของความพึงพอใจ และเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ (Kasuya, 2000) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดภาระการดูแลได้ เช่น ดรุณี คชพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

3.4.2.2 การจัดกลุ่มสนับสนุน (support group) เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาระการดูแล จากการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน ครอบครัวบำบัด (family therapy) การทำครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย หรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้ และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก

3.4.2.3 การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (develop family strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต และเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระในการดูแล

3.4.2.4 การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (involving caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรค หรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือ การมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การร่วมวางแผนการรักษา และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและผลลัพธ์ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างทีมการรักษาและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษา จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และสามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลได้

กล่าวโดยสรุป บทบาทของพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นับเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและสังคม มุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ โดยการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งการพัฒนาความแข็งแกร่งของผู้ดูแลให้สามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลได้ จะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลลดลงได้

4. การให้สุขภาพจิตศึกษา

4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (network) (Anderson, Hogarty, and Reiss, 1980) ซึ่งในที่นี้หมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือ และสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย

การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ โดยแบ่งได้ดังนี้ (Williams, 1989)

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

2) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัว ในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey, 1989) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่ง ได้แก่ การแสดงความเป็นมิตรระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พัฒนาขึ้น โดย Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย

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

2) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

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

4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้

โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) ดังนี้

- 1) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- 2) การช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย
- 3) การจัดการในเรื่องการใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย
- 4) รับฟังครอบครัว และช่วยเหลือในการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม
- 5) ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับ โปรแกรมการรักษาสำหรับผู้ป่วย

ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ในการเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อม ๆ กัน กลายเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาอีกด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

5. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ในโครงการอิสระครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านซึ่งเป็นการจัดให้บริการพยาบาลถึงที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบครัวมีความสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมถูกต้องที่บ้าน พบว่ารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงโปรแกรมเสริมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาจาก จิราพร รักการ(2549) โดยได้ปรับปรุงในกิจกรรมที่ 2 โดยได้เพิ่มกิจกรรมในเรื่องการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ในทุกกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ของ โดยการที่ผู้ศึกษายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว และพยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือระดับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอัตรายและปรนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา เป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำ

ให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และการให้ความรู้เรื่องการยาและรับประทานยาแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว (psychoeducation programs) จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอึดอัดและปรนัยของผู้ดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยงอาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย เพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เกี่ยวกับการให้ความรู้ครอบครัวเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) มาใช้ในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระภาระทั้งด้านอึดอัดและปรนัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) มาใช้ ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน ทิปประพิณ สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอึดอัดได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยผู้ศึกษานำแนวคิด Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544) และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคม หรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Thompson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ทวีประพิน สุขเขียว, 2543) ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระด้านปรนัยลดลง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัชนิกร อุปเสน (2541) ได้ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทครอบครัว ที่อาศัยในเขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 10 คน เป็นชาย 3 คน หญิง 7 คน อายุระหว่าง 51-60 ปี และเป็นญาติผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นข้อความหรือประโยคที่แสดงออกถึงกิจกรรม ความรู้สึกนึกคิดของญาติผู้ดูแลต่อประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงถึงบทบาท และภาระที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแล ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา โดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและสรุปนำเสนอในเชิงปริมาณ ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบทบาทผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านตามการดูแลที่จำเป็น โดยทั่วไป ส่วนการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยญาติผู้ดูแลแสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือ และบทบาทผู้จัดการดูแล และยังพบว่า ในบางครั้งญาติผู้ดูแลไม่แสดงบทบาทใด ๆ ส่วนภาระในการดูแลที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่

บ้านของญาติผู้ดูแล พบภาวะในเชิงรูปธรรมคือ ในด้านการพักผ่อน สุขภาพกาย สุขภาพจิต และภาวะเศรษฐกิจ ส่วนในด้านปฏิสัมพันธ์ของญาติผู้ดูแลกับบุคคลอื่น ญาติผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ และความรู้สึกเป็นภาระในเชิงนามธรรม พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

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

ครุณี คชพรหม (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงภายหลังได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา มีภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วย

จิตเภทของญาติ สูงกว่าก่อนการได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้วพบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย สูงกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัฒนาทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Magliano et al. (1998). ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 236 ราย ซึ่งอาศัยอยู่ใน 5 ประเทศของทวีปยุโรป ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาระ อธิบายได้ว่าครอบครัวจะมีการรับรู้ภาระในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมและมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ และได้แนะนำว่าควรมุ่งเน้นการปฏิบัติการกับครอบครัวเพื่อเพิ่มการสร้างเครือข่ายทางสังคม และการลดความรู้สึกลังใจเป็นดราม่า

Lai-Yu Cheng (2002) ศึกษาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม 32 คน กลุ่มทดลอง 32 คน ผลการศึกษาพบว่าผลลัพธ์ด้านจิตใจ ความรู้ความเข้าใจในครอบครัว ความเข้าใจในการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาของครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

Reinares et al. (2004) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน เพื่อประเมินผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนและประเมินภาระของผู้ดูแล โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนสุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวน และทักษะการเผชิญความเครียด ผล

การศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสามารถเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค และสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระทั้งภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยได้

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความพร้อมทุกด้านอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้และไม่เป็นอิสระในการดำเนินชีวิต ทำให้รู้สึว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระ เมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระแล้วนั้น ย่อมส่งผลทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยลดลงเกือบทุกด้าน ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำหรืออาการทางจิตกำเริบ รุนแรงขึ้นได้ และบางครอบครัวเกิดความขัดแย้งระหว่างสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัว ผู้ศึกษาจึงได้ปรับปรุงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่พัฒนาขึ้น โดย จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวตระหนักได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นสมาชิกคนหนึ่ง ที่ต้องการความรัก ความเข้าใจและการดูแลจากครอบครัว ซึ่งประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ ดังนั้นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจึงสามารถลดความรู้สึกเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้ เนื่องจากภาระของผู้ดูแลเกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นไม่ถูกวิธี และขาดทักษะในการจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลอย่างเหมาะสม และครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนลดการกลับเป็นซ้ำ ส่วนผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยมีวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องจะช่วยลดภาระทั้งเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยได้

รอบแนวคิดการศึกษา

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

- พุคคุยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ
- ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม
- พุคคุยให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการพัฒนา

ความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา

- ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ และการรักษา
- สอบถามประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย
- ให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

- ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของ โรคจิตเภท การสังเกตอาการเตือน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการ
- ยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

- ให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ และอาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด
- สาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเอง และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

- ให้ความรู้ในเรื่องการสื่อสารในครอบครัว
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชน
- วิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน

ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden)
2. ภาระเชิงปรนัย (Objective burden)