

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค
- 1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก
- 1.3 การดำเนินโรค
- 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 1.6 ระบบการบริการผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลแปลงยาว

2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

- 2.1 ความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 2.3 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 2.4 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
- 2.5 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 2.6 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 ความหมายของภาระในการดูแล
- 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 3.3 การประเมินภาระในการดูแล
- 3.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภท

4. การให้สุขภาพจิตศึกษา

- 4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
- 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

5. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค

โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของระบบโดปามีนในสมอง ร่วมกับปัจจัยทางจิตใจและสังคม และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต, 2544)

1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก

ลักษณะอาการของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวกและด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546) ดังต่อไปนี้

1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการ ดังนี้

1) อาการหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion และ delusion of reference ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion และ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดซึ่งมีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจ

2) อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้อาจเป็นเสียงอื่น ๆ ที่ไม่มี ความหมาย อาการประสาทหลอนที่พบได้บ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ auditory hallucination

3) Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านทาง การพูดและสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วย แต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนงูๆ กิริองตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

1.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่

1) Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

2) Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลงมาก

3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

4) Associality เก็บตัว เฉยๆไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

1.3 การดำเนินโรค ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นซ้ำๆ แรกๆ อาการจะน้อยและไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลไม่สังเกตหรือเห็นความสำคัญ และเมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธี การดำเนินโรคจึงเปลี่ยนไป ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบดังนี้ (เกษมตันติผลาชีวะ, 2536)

1.3.1 หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก

1.3.2 หายโดยกลับเป็นอีก

1.3.3 หายโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ

1.3.4 เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง มีระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภท

1.3.5 มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบมักจะมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น

2. ระยะแสดงอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการ

เคลื่อนไหว ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงเป็นพักๆ จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา

3. ระยะเวลาอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) จะลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) จะมีอาการมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ได้ มักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ จะเกิดระหว่าง 5 ปีแรก หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังมีปัญหาการดำรงชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย บางครั้งจะมีอาการซึมเศร้า เป็นภาวะแก่ครอบครัวและสังคม

1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรคได้ 3 ระยะดังนี้ (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546)

1.4.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบเป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างที่รักษากับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1) การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยารักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมองทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ลำคอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยากับผู้ป่วยแต่ละราย

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือในรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาจะทำเป็นชุด ชุดหนึ่งประมาณ 6-12 ครั้ง โดยแบ่งทำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจจะทำวันละครั้ง หรือวันเว้นวันก็ได้ อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการมีนงง สับสนจะ

หายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม ซึ่งอาการนี้จะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ทำ เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อย ๆ ดีขึ้น และหายไปภายใน 3-6 เดือน

3) การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกมัดและจำกัดบริเวณหรือพิจารณาขีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระยษนี้ต้องดูแลใกล้ชิด ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกมัดหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

1.4.2 การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1) การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้นซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

2) การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

3) การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย ผู้รักษาต้องแนะนำวิธีการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ สอนวิธีลดความเครียด

1.4.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วย

ดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (rehospitalization) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์ยาว (long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ต่อการฉีด 1 ครั้ง ระยะเวลาในการรักษานั้นส่วนใหญ่เน้นในครั้งแรก หลังจากอาการทางจิตดีขึ้น แล้วให้ยาต่อเนื่องไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว หากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ยาต่อเนื่องตลอดไป

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (อรพรรณ ลีอนุวัชชัย, 2549)

1.5.1 การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย

2) การประเมินด้านการคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

3) การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนใด มีอาการไม่แน่ใจ มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

4) พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง ระบายผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

5) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อน อย่าเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.5.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งสภาพทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ

ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท มีลักษณะดังนี้

- 1) ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยของตน
- 2) ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร
- 3) เสี่ยงต่ออันตรายจากอุบัติเหตุจากการพยายามหนีจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

- 4) พฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย
- 5) แยกตัว เนื่องจากไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- 6) ไม่สามารถสื่อสารได้ดีเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง
- 7) สับสน วุ่นวายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.5.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

- การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

- การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

- การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

- ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) ต้องกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและสับสนมึนงง

- การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจ และสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

- การพัฒนาการปรับตัว การมองตน และการมองโลกในแง่ดี

2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแผนที่ควรดำเนินการดังต่อไปนี้

- การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่าง ๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่บ้าน

- การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

- การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิตเขตต่าง ๆ

3) กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล ทุกแผนการพยาบาลควรระบุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ในการดูแล ไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิด และสามารถเป็นไปได้จริง โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.5.4 การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาลดังนี้

1) เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ

2) ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

3) รักษาสมดุลด้านชีววิทยา

4) ให้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร

5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม

7) ระวังระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียง ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

1.5.5 การประเมินผล ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ

2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางชีวภาพ

3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น

4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น

- 5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
- 6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
- 7) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ ซึ่งมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมินได้ วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังการพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

1.6 ระบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลแปลงยาว การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช ต้องมีการผสมผสานวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสถานการณ์แวดล้อม สถานที่และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการในขณะที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในด้านสถานที่ปฏิบัติงาน (งานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลแปลงยาว, 2552)

1.6.1 ระบบบริการในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตที่รุนแรง (Active phase) มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ โดยการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะทำในกรณีต่อไปนี้ (ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากร, 2534)

1. มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่บุคคลอื่น
2. มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น อาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยา
3. เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
4. มีปัญหาในการวินิจฉัย

ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตตามปกติ สามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลที่ปกติสุข (จินตนา ยูนีพันธ์, 2542) ดังนี้

1. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล
2. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน

3. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขโดยเสริมสร้าง ศักยภาพส่วนบุคคล ด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกายและการขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

3.2 การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้าง และการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น

3.3 การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิต เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

3.4 การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความแข็งแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีระภาพของบุคคล ให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล สามารถช่วยลดความตึงเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง จะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่นอกเหนือไปจากเรื่องยา

1.6.2 การบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลแปลงยาว
โรงพยาบาลแปลงยาว เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะผู้ป่วยนอก เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โดยมีจิตแพทย์จากโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เป็นผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเดือนละ 1 ครั้ง มีพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่กำลังศึกษาหลักสูตรปริญญาโท ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน ลักษณะของผู้ป่วยที่มารับบริการ เป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เพื่อมารักษาและรับยาต่อเนื่องใกล้บ้านตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คือ ตรวจรักษาโดยจิตแพทย์ รับยาและกลับบ้าน

สำหรับลักษณะการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแปลงยาว ซึ่งเป็นลักษณะของงานผู้ป่วยนอก มีดังนี้

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา และมารับการรักษาต่อแบบผู้ป่วยนอก

2. การประสานงานกับโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลเมืองจะเชิงเทรา เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง กำเริบมากขึ้น

3. การประสานงานกับหน่วยงานทางด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยหรือญาติในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการและการรักษาของผู้ป่วย

ในบทบาทของพยาบาล นับว่ามีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านการบำบัดรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้านได้ ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกนั้น ได้แก่ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ , 2541)

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลให้การพยาบาลโดยตรง โดยการประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบจิตแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลและตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดระบบการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคน สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ ประสานงานกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมปรึกษาวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย

2. ให้การดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานเป็นทีม เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

3. ด้านการให้ความรู้ โดยทำหน้าที่ในการให้ความรู้ สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว และการสร้างทักษะต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง

4. เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

5. พยาบาลต้องติดตามงานวิจัยใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาลนั้น ๆ เพื่อนำมาปรับใช้ในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจะต้องทำการวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6. จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

7. ผู้บำบัด โดยวิธีจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งวิธีการบำบัดด้วยการบำบัดวิธีต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

จากบทบาสดังกล่าว พยาบาลจิตเวชผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยในลักษณะผู้ป่วยนอก จึงควรมีการจัดการบริการที่ครอบคลุมถึงตัวผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่ออยู่ที่บ้าน ครอบครัวจึงมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการวางแผนการดูแลต่อไป

สรุปได้ว่า ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลแปลงยาวเป็นลักษณะการดูแลแบบผู้ป่วยนอก คือการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ที่ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย เป็นการเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด

2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

2.1 ความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2539) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านหมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการทุเลาพอที่จะอยู่บ้านและในสังคมเดิมของเขาได้ โดยมีญาติและมีทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลออกติดตาม ดูแลให้คำแนะนำและให้การรักษาพยาบาล โดยการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อติดตามให้การรักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่บ้านของตนเอง

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2549) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน และเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและชุมชน ให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

Keating & Kelman (1998 อ้างใน อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การดูแลที่บ้านเป็นบริการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษทางการพยาบาลที่บ้านที่ให้แก่สมาชิกในครอบครัว ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังที่พิการ ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โรคจิต โรคประสาท รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย การบริการมุ่งเน้นการบริการที่ต่อเนื่อง เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของชุมชน โดยให้การบริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

สรุปการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง เผชิญปัญหาและปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้

2.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นการจัดให้บริการพยาบาลถึงที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจิตเวชจะคอยติดตามผลของการดูแล จนผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องที่บ้าน ซึ่งมีผู้ที่กล่าวถึงแนวคิดในการดูแลไว้ดังนี้

ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ (2530) กล่าวว่า การที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ต่อสู้ชีวิต มีความหวัง รู้สึกอบอุ่น รู้สึกมีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใย เข้าใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองยิ่งขึ้น

รุจา ภูไพบูลย์ (2538) กล่าวว่า ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปกติที่บ้าน ได้รับการยอมรับทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพและประหยัด เมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่บ้าน ยังได้รับความสนใจน้อยกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (Pelletier, 1988; Klebnoff, 1989 อ้างถึงใน อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549)

- 1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
- 2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน
- 4) ให้บริการอย่างมีความรู้ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด
- 5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
- 6) ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
- 7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- 8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว
- 9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีลักษณะการบริการแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้บริการที่บ้านและในชุมชนเพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

2.3 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2549) ได้กล่าวถึง กิจกรรมที่พยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวชใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้น สามารถกระทำได้ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

2.3.1 การประเมินสภาวะผู้รับบริการ

2.3.2 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน

2.3.3 พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว

2.3.4 สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพ

2.3.5 ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม

2.3.6 การสนับสนุนให้กำลังใจ

2.3.7 การเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.3.8 การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ

2.3.9 การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ควรให้การพยาบาลตามหลักการดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยอาศัยหลักการพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (Basic principles of psychosocial home care) ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 6 กิจกรรมดังนี้ (คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป้าหมายเพื่อเกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และอบอุ่น

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

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำ แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาและมีวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางจิตเวช ได้ถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการ และการเผชิญกับภาวะวิกฤตได้

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนตามศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้สิ่งที่พยาบาลควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่สำคัญคือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคมและวัฒนธรรม การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่มีประสิทธิภาพควรยึดหลักการดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1. ผู้รับบริการแต่ละรายมีสังคมและวัฒนธรรมของตน ที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว
2. วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการจะต้องรับรู้ ยอมรับ และดูแลอย่างเหมาะสม
3. การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจ และเอาใจใส่ผู้รับบริการ เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความร่วมมือของผู้รับบริการ
4. ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ
5. ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับความรู้ เข้าใจโลกทัศน์ของผู้รับบริการ
6. การสังเกต ช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการตลอดจนสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม

7. พยาบาลควรมีความสามารถในการพูดหรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้จะช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้เร็วขึ้น

สรุปได้ว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะได้ผลอย่างแท้จริง จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจ ความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่า มุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

2.4 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ความหมาย ผู้ดูแลในครอบครัว หรือผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน

Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Horowitz (1985) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะโดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายเช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชนจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษาเป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

Orem (1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึงผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแล ช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี่อาจเป็น บิดา มารดา สามีน ภรรยา บุตร ญาติ พี่ น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มี

ภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

สรุปได้ว่าผู้ดูแล คือ บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยการดูแลนั้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในสภาวะ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคม

2.5 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกตินั้น ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตาและอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตตะ, 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) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1. บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น
2. บทบาทของผู้จัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือบริการอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดด้านการป้องกันส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู

สรุปได้ว่า ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความอดทน ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมและครบทุกด้าน

2.6 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและต้องทำในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.6.1 ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง นอกจากนี้การรับผิดชอบในหลายบทบาท เช่น การดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในครอบครัว การหารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าจากการรับบทบาทที่มากเกินไป (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) จนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้ากับการดูแล (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538 ; ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) ดังเช่นการศึกษาของ Salleh (1994) พบว่าอาการของผู้ป่วยจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้ดูแล และบางครั้งมีผลให้ผู้อื่นมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ดูแลต้องกระทำแทน อีกทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วย และสิ่งของต่าง ๆ อีกด้วย

2.6.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่าง ๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรถึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543 ; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก เสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วย

และบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

2.6.3 ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านอื่นๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการเฝ้าดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ ประเพณีต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544 ; Eakes, 1995)

2.6.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องขาดงาน รวมทั้งผู้ดูแลต้องลางาน หยุดงานหรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541; Thomson., 1993; Eakes, 1995) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัวและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง นอกจากนั้นยังพบว่าการศึกษาที่ต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ผู้ดูแลต้องหยุดการทำงานประจำทั้งวัน การใช้จ่ายเงินเพิ่มขึ้นในการดูแล ทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมลดลง ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง (รัชนิกร อุปเสน, 2541 ; Glendy & Mackenzie, 1998) จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (นมิตา ล. สกุล, 2544)

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน

3. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของภาวะในการดูแล

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแลโดยตรงซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานหรือตลอดชีวิต จึงเป็นผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาวะในการดูแลผู้ป่วยหลายแนวความคิดด้วยกัน ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายภาวะในการดูแลไว้ว่า ธุระที่หนัก, การงานที่หนัก หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เช่น พ่อแม่มีภาระในการเลี้ยงดูลูก ครูมีภาระในการอบรมสั่งสอนศิษย์, ความรับผิดชอบ เช่น พ่อแม่ตายหมด พี่ต้องรับภาระส่งเสียเลี้ยงดูน้อง

Zarit, Reever & Bach-Petersen (1980) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกเป็นภาระว่า หมายถึง ปริมาณหรือขอบเขตที่ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตประจำวัน และเศรษฐกิจฐานะ ซึ่งผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

Merriam (1996) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ผู้ดูแล (caregiver) หมายถึง บุคคลผู้จัดให้การดูแล (สำหรับเด็กหรือผู้ป่วยเรื้อรัง) ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

Thomson (1993) กล่าวไว้ว่า ภาระเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่องานการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ในการดูแล หากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแล และมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือมากจะมีภาระน้อย แต่ถ้าผู้ดูแลประเมินว่าเกินความสามารถของตนเอง มีแหล่งสนับสนุนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาระมากขึ้น

Montgomery et al. (1985), Provencher (1996) และ Deolinda (2000) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลไว้คล้ายกันว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากงานความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกท้อใจที่ต้องดูแลผู้ป่วยและความรู้สึกเหมือนติดกับ ส่วนภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น มีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น ความเป็นอิสระลดลง พลังงานลดลง สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวลดลง การมีเวลาทำกิจกรรมในสังคมลดลง ปัญหาหน้าที่การงานและปัญหาด้านสุขภาพ

George & Gwyther (1986) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลเป็นความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม

Feddersen (1990) ให้ความหมายของภาระว่า เป็นสภาพปัญหาในสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้ดูแลจะต้องอดทนต่อสภาพปัญหานั้นประกอบด้วย ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ความเหนื่อยล้า ปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ปัญหาทางด้านสังคม และปัญหาทางการเงิน

Tesler (1982) 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

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2544) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ภาระการดูแลคือ ความเครียด ความรู้สึกหนักหรือกดดัน ที่เป็นผลมาจากการตอบสนองหลายมิติของผู้ดูแลต่อสถานการณ์การดูแล ที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ การดูแลแบ่งเป็น 1) ภาระเชิงอัตวิสัย เป็นภาระที่เป็นรูปธรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อชีวิตส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงบทบาท ความมากมายของกิจกรรมการดูแล 2) ภาระเชิงจิตวิสัย เป็นความคิด ความรู้สึกหรือความกลุ้มใจ อันเป็นมาจากการรับรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ การให้การดูแล ซึ่งมักแสดงออกโดยทัศนคติและอารมณ์

สรุปได้ว่า ภาระในการดูแล หมายถึง ผลกระทบทางลบที่เกิดจากความรับผิดชอบต่อตัวผู้ป่วย เนื่องจากความบกพร่องในทุกด้านของผู้ป่วยทำให้ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นนี้มี 2 ประเภท คือ ผลกระทบที่เกิดกับความรู้สึก อารมณ์ ทัศนคติของผู้ดูแล และผลกระทบที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบของการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

3.2.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา อาจมีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลได้ ดังเช่นการศึกษาของ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะในการดูแล และภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ครั้งแรกหลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะในการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ร้อยละ 27 และร้อยละ 17 ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ส่วน Oberst (1989) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการรักษากับภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบำบัด พบว่าระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าระยะเวลาในการรักษาทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะในการดูแลมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาทั้งสองกรณีมีความขัดแย้งกัน จึงไม่อาจสรุปทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลกับความรู้สึกเป็นภาระได้

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

3.2.3 รายได้ของครอบครัวถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 2001) Montgomery et al. (1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะรับรู้ภาวะในการดูแลน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า รายได้เป็น

ปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าครอบครัวที่มีรายได้มาก จะรับรู้ภาวะในการดูแลน้อย

3.2.4 อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกัน จะทำให้การรับรู้ภาวะต่างกัน (Lefley, 1987; Cook, 1994) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไขและเผชิญปัญหา ผู้มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาคน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลสูงอายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีภาวะในการดูแลน้อย (Montgomery et al., 1985)

3.2.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 1-2คน จะมีภาคน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัว 3-8 คน (Crotty & Kuly, 1986) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลแต่ผู้ป่วยเท่านั้นผู้ดูแลยังทำหน้าที่ดูแลสมาชิกภายในครอบครัวอีกด้วย

3.2.6 การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา เช่น การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาวะของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้ลูกศึกษาแก่ผู้ดูแลช่วยลดภาวะเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหาได้ (Montgomery et al., 1985)

3.2.7 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (นิศากร แก้วพิลา, 2545; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อกรรับรู้ภาวะโดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลเชิงอัตรัย ผู้ดูแลในครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะจะทำให้เกิดความรู้ มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) ทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง และการรับรู้ภาวะการดูแลลดลง (Montgomery et al., 1985)

3.3 การประเมินภาระในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีวิธีการประเมินภาระในการดูแลจากหลากหลายแนวคิด ดังนี้

3.3.1 การประเมินภาระในการดูแลของ Oberst (1991) ได้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดกระทำดูแลว่าควรสนใจทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความต้องการในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแลซึ่งมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแล วัดจากความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม 2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) หมายถึง กิจกรรมการดูแลซึ่งมีปริมาณความต้องการในการดูแล (demand) วัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลแต่ละกิจกรรม

Oberst (1991) ได้สร้างแบบวัดการดูแล (Caregiver Burden Scale: CBS) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เพื่อวัดภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการกับความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984)

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

3.3.2 การประเมินภาระในการดูแลของ Montgomery et al. (1985) โดยแบ่งภาระในการดูแลเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึก ทศคนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือร้อน อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลังและความรู้สึกเหมือนติดกับ 2) ภาระเชิงปรนัย (objective burcen) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมีผลต่อดำเนินชีวิตประจำวันทำให้น้ำหนักงานเปลี่ยนแปลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ

Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ ดังกล่าวข้างต้น ในประเทศไทยแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้น ๆ ได้ จึงทำให้เห็นภาระในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้นการที่จะนำเครื่องมือมาใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับภาระในการดูแลในมุมมองที่ต้องการประเมิน เพื่อที่จะให้การประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แบบประเมินภาวะในการดูแลที่สร้างขึ้นโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) มาใช้ในการประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นการมองภาวะที่ชัดเจน ครอบคลุม และมีความเหมาะสมมากที่สุดกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา เนื่องจากผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยดังนี้คือ การประกอบอาชีพของผู้ดูแลหรือสมาชิก เนื่องจากต้องขาดงานเพื่อไปรับยาแทนผู้ป่วย ทำให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว ผู้ดูแลเกิดความเครียด มีความวิตกกังวล ความรู้สึกเดือดร้อน ความรู้สึกเกินกำลังในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกอับอายเพื่อนบ้านที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เกิดปัญหาสุขภาพกับผู้ดูแล ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง นอนไม่หลับ ฯลฯ และมีอิสระในการร่วมกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัวหรือสังคมลดลง ซึ่งผลกระทบทางลบดังกล่าวที่เกิดขึ้นเป็นความรู้สึก ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล และเป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง ซึ่งเป็นลักษณะที่ใกล้เคียงกับภาวะการดูแลเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985)

3.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการลดภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นภาวะที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรมีบทบาทในการลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ดังนี้ (จิราพร รักการ, 2549)

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

3.4.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (caregiver intervention) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลเพื่อลดภาวะการดูแล แบ่งออกเป็น

1) การให้ความรู้ (education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวังและการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สึกของความพึงพอใจ และเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ (Kasuya, 2000) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดภาวะการดูแลได้ เช่น ดร.ณิ คชพร (2543) ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะการดูแลของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มระดับประคองและสุขภาพจิตศึกษาสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

2) การจัดกลุ่มสนับสนุน (support group) เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาระการดูแลจากการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่นๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แหล่งประโยชน์ และวิธีการแก้ปัญหา Howe & Howe (1987) ได้ศึกษาผลของการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุนต่อภาระการดูแลของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ (The Effect of Support group Participation on Caregiver Burden Among Parent of Adult Off Spring with Severe mental illness) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีภาระการดูแลที่ลดลง

3) ครอบครัวบำบัด (family therapy) การทำครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วย หรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้ และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก

4) การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (develop family strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต และต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักของทุกวัน รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจ และเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระในการดูแล

5) การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (involving caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรค หรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลของการรักษาผู้ป่วยต่อผู้ดูแล (Elliot, 1998) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอมสุวรรณ์, 2541) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแล และผลลัพธ์ของการดูแลในทางบวก (Kramer, 1993) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือ การมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การร่วมวางแผนการรักษา และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและผลลัพธ์ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างทีมการรักษาและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษานี้จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และสามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลได้

สรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับว่ามีความสำคัญและจำเป็นมาก เนื่องจากการกลับป่วยซ้ำ การกำเริบของอาการทางจิตหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับภาระการดูแลของผู้ดูแล หากผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลแล้ว พยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการลดความรู้สึกนั้นของผู้ดูแล เพื่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยโดยตรง โดยเน้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้

4. การให้สุขภาพจิตศึกษา

4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989) สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีป้องกันการป่วยซ้ำได้ วิธีการนี้มักนิยมใช้ก่อนหรือร่วมกับการทำครอบครัวบำบัด (family therapy)

การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (network) (Anderson et al., 1980) ซึ่งในที่นี้หมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือ และสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย

การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบโดยแบ่งได้ดังนี้ (Williams, 1989)

4.1.1 การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นรูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะและสามารถดูแลตนเองได้

4.1.2 การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

4.1.3 การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบที่จำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญคือการสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคองและการให้คำปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey, 1989) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษารูปแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากผลการศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown (1972) ได้เสนอผลงานศึกษาว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ได้แก่ การแสดงความเป็นมิตรระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

จากผลการศึกษาดังกล่าว ทำให้ตั้งข้อสันนิษฐานได้ว่า ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ความไม่รู้และไม่เข้าใจของครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากโรคของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด และกลับเป็นซ้ำอีก ดังนั้น รูปแบบของการบริการจึงให้จัดในรูปของโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัว โดยมุ่งเน้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิต สาเหตุของโรค การรักษา การพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา (problem solving skills) การอยู่ในสังคม (social skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) แก่ครอบครัว

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ซึ่งจิราพร รักการ (2549) ได้ทำการศึกษาและกล่าวไว้ว่า เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัวโดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย

4.2.1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษายพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอา

ใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวเพื่ออนาคตที่ดีกว่า

4.2.2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

4.2.3 การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิดและเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4.2.4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด โดยใช้หลักของการเผชิญปัญหา (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย โดยนำหลักของการเผชิญปัญหามาใช้

4.2.5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) ดังนี้

- 1) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- 2) การช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย
- 3) การจัดการในเรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย
- 4) รับฟังครอบครัวและช่วยเหลือในการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม
- 5) ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโปรแกรมการรักษาผู้ป่วย
- 6) ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
- 7) ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์
- 8) การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรักษา การประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม
- 9) การวางแผนการช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว
- 10) การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว
- 11) ส่งเสริมครอบครัวในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
- 12) สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียของสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย
- 13) การลดความสับสน ความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัวและผู้รักษา ดังนี้

ผู้ป่วย

- ช่วยสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ
- ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
- ลดปริมาณการใช้ยา
- พัฒนาทักษะทางสังคมและการติดต่อสื่อสาร
- ช่วยเพิ่มรายได้ และโอกาสในการประกอบอาชีพ
- สร้างความแข็งแกร่งให้กับครอบครัว
- ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว

ครอบครัว

- เป็นการเตรียมทักษะในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ
- พัฒนาการเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิต
- พัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด
- ลดความรู้สึกเป็นตราบาปและการแยกตัว
- ลดความตึงเครียด
- พัฒนาสัมพันธภาพภายในครอบครัว

ผู้รักษา

- พัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ภายในชุมชนและการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย
- สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่หลากหลาย และวิธีการรักษา

พยาบาล

- ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
- สามารถลดการดูแลในภาวะวิกฤตได้
- พัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

จะเห็นได้ว่า เมื่อได้รับการประคับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ในการเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อมๆ กัน กลายเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวนี้ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาอีกด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้น

นับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery et al., 1985)

สรุปได้ว่า สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทางจิตและครอบครัว ให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการที่กำเริบหรือรุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ รวมถึงการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวผู้ดูแลและพยาบาล

5. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อลดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งเป็นรูปแบบการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่พัฒนาขึ้นโดย จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในทุกกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม มาปรับปรุงใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้คงกิจกรรมที่ 1,3,4 และ 5 ของโปรแกรมไว้ ส่วนในกิจกรรมที่ 2 ผู้ศึกษาได้เพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว ดังรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) การที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว และพยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) การช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ซึ่งในกิจกรรมนี้ผู้ศึกษาได้เพิ่มเติมเนื้อหาของการให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดน้อยลง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย เพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการให้ความรู้ครอบครัวเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) มาใช้ในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ดูแลและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) มาใช้ ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รู้จักการผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985) ทำให้มีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคงในการต่อสู้ปัญหา ทำให้เกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด (Cohen & Wills, 1985) สามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยนำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัษฎลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรี คันธสายบัว, 2544)

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทีปประพิน สุขเขียว (2543) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาส่งผู้ป่วย หรือรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม 2541 ถึงเดือนธันวาคม 2541 จำนวน 120 คน ซึ่งเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก 1) การสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านอยู่ในระดับมากตามลำดับ ดังนี้ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของแรงงาน 2) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะเท่ากับ 38.78 ซึ่งหมายถึงไม่มีภาวะ 3) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามลำดับ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การยอมรับและเห็นคุณค่ากับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตรุณี คชพรหม (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ภาวะเชิงปรณัยและภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลงภายหลังได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าภาวะเชิงปรณัยและภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับการพยาบาล

ตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา มีภาระเชิงประนัยและเชิงอัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สกาวรัตน์ ภูผา (2543) ได้ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 18 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 10 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินหรือการตอบสนอง การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านแหล่งประโยชน์และบริการ โดยเข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ในเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระการดูแลของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีปัจจัยในการบำบัดเกิดขึ้นดังนี้คือ การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม การระบาย การให้ข้อมูล ความเกื้อกูล การได้รับความจริงของชีวิต และความหวัง

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ สูงกว่าก่อนการได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้วพบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย สูงกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทูลภา นุปผาสังข์ (2545) ศึกษาถึงภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท รวมทั้งอำนาจการทำนายการกลับเข้ารับรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่า

ภาวะเชิงประนัยกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .35$) ส่วนภาวะเชิงอัตนัยไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.37$) และภาวะเชิงประนัยและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลร่วมทำนายการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ร้อยละ 23.1 ($p < .01$)

เลิศฤทธิ์ บุญชากร (2545) ได้ศึกษาถึงความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Family Caregiver) กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนจากทุกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติที่กำหนด ผลการประเมินความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าส่วนใหญ่ครอบครัวเครียดมากในเรื่องที่ครอบครัวขาดรายได้จากการประกอบอาชีพของสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากต้องมาดูแลผู้ป่วย ด้านปัจจัยเครียดภายนอกครอบครัวคือ ความอับอายจากการถูกตีตราว่ากรณีญาติป่วยเป็นโรคจิตเภทเป็นเรื่องที่น่าอับอาย ส่วนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ครอบครัวมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ ด้านสาเหตุของความเจ็บป่วย ส่วนใหญ่คิดว่าเป็นกรรมของผู้ป่วยเอง ด้านการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวคิดว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคจิตเภท ด้านการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวภายหลังการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวคิดว่ากรดูแลผู้ป่วยทำให้ครอบครัวสามัคคีกันมากขึ้น ในส่วนของวิธีการเผชิญความเครียดภายในครอบครัวที่ใช้ประจำ คือ ลักษณะของการมีความสามัคคี ร่วมแรงร่วมใจกันแก้ไขปัญหาในครอบครัว ส่วนแหล่งประโยชน์จากภายนอกครอบครัวที่ใช้ประจำคือการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจิตเวช และที่ใช้บางครั้งคือ การขอความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องอื่นๆ ที่อยู่คนละครอบครัว

บุญวดี เพชรรัตน์ (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรดูแลและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จากประชากรที่นำผู้ป่วยที่จิตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประสาทสงขลา จังหวัดสงขลา และเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีจำนวนทั้งสิ้น 250 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐานและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

(Stepwise multiple regression analysis) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และเพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยสามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้ร้อยละ 25

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลต่อการเกิดภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ผลการศึกษาพบว่าภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติ .01

Hatfield (1979) ได้สำรวจสภาพความเดือดร้อนของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 89 คน เพื่อประเมินความต้องการของครอบครัว และวิธีเผชิญปัญหา ผลการศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดแก่ครอบครัว ร้อยละ 65 ครอบครัวมีความวิตกกังวล ร้อยละ 30 การเจ็บป่วยก่อให้เกิดความยุ่งยากกับบรรดาพี่น้อง ร้อยละ 27 ทำให้ชีวิตในสังคมของครอบครัวยุ่งเหยิง ร้อยละ 20 และครอบครัวมีความรู้สึกเศร้าเสียใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย ร้อยละ 22 นอกจากนี้ยังพบว่า เพื่อน ญาติ และบุคลากรทางวิชาชีพ และการได้รับการสอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจ และควบคุมการเจ็บป่วยได้

Jones (1996) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเชิงปรณัยและภาวะเชิงอัตนัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง โดยศึกษาทั้งทดลองระยะยาว (Longitudinal quasi-experimental study) ศึกษามากกว่า 3 ปี ระหว่างปี ค.ศ. 1991-1994 จำนวน 514 ราย โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระงานที่หนัก แต่ผู้ดูแลก็ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น คือผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความขัดแย้งกันเกี่ยวกับความต้องการที่มากเกินไปของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอึดอัดใจ ส่งผลให้เกิดภาวะเชิงอัตนัยสูงขึ้น และพบว่าภาวะเชิงอัตวิสัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลมากกว่าพฤติกรรมของผู้ป่วย และภาวะเชิงอัตวิสัยเป็นภาวะเชิงระบบมากกว่าภาวะเชิงจิตวิสัย

Francell (1998) ได้ศึกษาการรับรู้ภาวะของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 86 ครอบครัว โดยการแบ่งเป็นกลุ่มย่อยและสัมภาษณ์ (focus group) เกี่ยวกับประสบการณ์ของภาวะในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการป่วยทางจิต ผลการศึกษาพบว่า แนวทางที่จะช่วยลดภาวะครอบครัว คือ การให้ความรู้กับครอบครัว

(family education) เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการจัดการกับภาวะวิกฤต และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทีมรักษา (inclusion of family in the treatment team) และการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

Magliano (1998) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 236 ราย ซึ่งอาศัยอยู่ใน 5 ประเทศของทวีปยุโรป ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะอธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับรู้ภาวะในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมและมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพและได้แนะนำว่าควรมุ่งเน้นการปฏิบัติการกับครอบครัวเพื่อเพิ่มการสร้างเครือข่ายทางสังคม และการลดความรู้สึกเป็นตราบาป

Dyck et al. (1999) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 70 ราย ผลการศึกษาพบว่า ทรัพยากรในครอบครัวซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะ อธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับรู้ภาวะในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

Lim & Ahn (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเกาหลี จำนวน 57 ราย งานศึกษานี้เป็นงานศึกษาเชิงพรรณนา โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การเผชิญความเครียด และภาวะของผู้ดูแลในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย นั่นคือผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย ซึ่งรูปแบบของปฏิบัติการที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวคือ การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะเชิงอัตนัย นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลและเพศของผู้ดูแล ยังมีผลต่อการเผชิญความเครียดทางบวกของสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงและผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจะมีการเผชิญความเครียดในทางบวกมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชายและมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อย ซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนี้ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลอีกด้วย สำหรับอายุของผู้ดูแล พบว่ามีผลต่อภาวะของผู้ดูแลเพียงเล็กน้อย

Reinares (2004) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน เพื่อประเมินผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนและประเมินภาวะของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

สามารถเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค และสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระทั้งภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยได้

Pai and Kapur (1981) ศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตเภทครั้งแรก จำนวน 54 คน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งรับการรักษาในโรงพยาบาลตามปกติ อีกกลุ่มหนึ่งให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยร่วมด้วย หลังจากนั้นติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่ครอบครัวได้รับความรู้มีภาระในการดูแลน้อยกว่าและการทำงานที่ในสังคมของผู้ดูแลดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นบุคคลที่มีความพร่องทุกด้านอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับศักยภาพและความสามารถของผู้ป่วยที่จะจัดการกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองได้ การพึ่งพาผู้ดูแลของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้และไม่เป็นอิสระในการดำเนินชีวิต ทำให้รู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระ เมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระแล้วนั้น ย่อมทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยลดลงเกือบทุกด้าน ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำหรืออาการทางจิตกำเริบ รุนแรงขึ้น และอาจเกิดความขัดแย้งระหว่างสัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัวได้ ผู้ศึกษาจึงได้ประยุกต์โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่พัฒนาขึ้น โดย จิราพร รักรการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) คือ การสร้างให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวตระหนักได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นสมาชิกคนหนึ่ง ที่ต้องการความรัก ความเข้าใจและการดูแลจากครอบครัว ซึ่งประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจะส่งผลให้เกิดผลดี ผลเสียกับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ ดังนั้นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจึงสามารถลดความรู้สึกเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลลงได้ เนื่องจากภาระของผู้ดูแลเกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นไม่ถูกวิธี และขาดทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเมื่อมีอาการรุนแรงหรือกำเริบขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลอย่างเหมาะสมและครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดการศึกษา

