

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อน และหลังการทดลองโดย ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคจิตเภทและการดูแลรักษา
 - 1.1 ความหมายโรคจิตเภท
 - 1.2 ลักษณะอาการของโรค
 - 1.3 การดำเนินโรค
 - 1.4 ปัจจัยของการเกิดโรค
 - 1.5 การรักษา
 - 1.6 การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยผู้ดูแล
2. ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 - 2.1 ความหมายของความเครียด
 - 2.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในการดูแล
 - 2.3 ผลกระทบจากการดูแล
 - 2.4 การประเมินความเครียดในการดูแล
 - 2.5 การช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีความเครียด
3. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว
 - 3.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
 - 3.2 แนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
 - 3.3 เนื้อหาของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว
 - 3.4 ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความเครียดในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 - 3.5 การดูแลผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

โรคจิตเภทและการดูแลรักษา

ความหมายโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (thought process) โดยไม่มีพยาธิทางสมอง (Bleuler, 2008) ซึ่งมีความแปรปรวนของความคิด ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่ง มักมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และทำให้มีการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่หลายๆด้าน เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ และการทำหน้าที่ของสังคม (สมพร รุ่งเรืองกิจ, 2546) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในเพศชายและเพศหญิงพบได้พอๆกัน เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่อาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2548) โดยมีความชุกร้อยละ 1 ของประชากรโลก (Sadock & sadock, 2003)

ลักษณะอาการของโรค

อาการของโรคจิตเภทสามารถแบ่งออกได้เป็นสองกลุ่มอาการใหญ่ๆ คือ อาการด้านบวก และอาการด้านลบ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2548) ได้แก่

กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) ซึ่งแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรมได้แก่

1. อาการหลงผิด (delusion) อาการหลงผิด ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ หลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้าย ถูกกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) หลงผิดคิดว่าพฤติกรรมของคนอื่นหรือเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดในโทรทัศน์ วิทู เป็นไปเพื่อสื่อความหมายถึงตนเอง (delusion of reference) หลงผิดคิดว่าตนเองมีอำนาจพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose delusion) คิดว่าความคิดของตนเองกระจายออกตัว ทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าความคิดของตนเองกระจายออกนอกตัว ทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcast) เป็นต้น

2. ประสาทหลอน (hallucination) อาการทางประสาทหลอน ที่พบบ่อยคือ หูแว่ว พบในผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 75 โดยเสียงแว่วที่ได้ยินเป็นเรื่องเป็นราวที่ชัดเจน อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ ได้ยินเสียงคนพูดกันในเรื่องของผู้ป่วย (voice disscussion) เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (commenting)

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอาการด้านพฤติกรรมแปลกแยก แตกต่างจากเดิม และการพูดไม่ต่อเนื่อง (disorganized behavior & disorganized speech) และมีพฤติกรรมที่แสดงออกผิดปกติไปจากเดิม (inappropriate or bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน และพฤติกรรมแบบคาทาโทเนีย (catatonia) อาการนี้มักพบในผู้ป่วยซึ่งเกิดอาการเฉียบพลัน โดยมีลักษณะอาการดังนี้

1. พฤติกรรมแบบคาทาโทเนีย สตูปอร์ (catatonia stupor) ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่พูดไม่รับรู้ความเป็นไปของภาวะแวดล้อม
2. พฤติกรรมแบบคาทาโทเนีย ริจิดิตี (catatonia rigidity) แขนขาของผู้ป่วยเกร็งแข็งอยู่ตลอดเวลา
3. พฤติกรรมแบบคาทาโทเนีย เนกเกติวิซึม (catatonia negativism) ผู้ป่วยจะต่อต้านและทำตรงข้ามคำสั่ง
4. พฤติกรรมแบบคาทาโทเนีย โพสตูริง (catatonia posturing) ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานานๆ
5. พฤติกรรมแบบคาทาโทเนีย เอ็กไซต์เม้นท์ (catatonia excitement) ผู้ป่วยมีอาการวุ่นวาย คลุ้มคลั่ง

กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมีอาการเหล่านี้เช่น

1. พูดน้อย หรือไม่พูด (alogia) แสดงออกโดยการตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดน้อย ไม่สนใจที่จะตอบ
2. อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงอย่างมาก สีหน้าของผู้ป่วยเรียบเฉย ไม่มีการสบตา วิธีการตรวจอาการนี้ คือสังเกตดูขณะที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
3. ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) เฉลี่ยขาด ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยจะนั่งอยู่เฉยๆ เป็นเวลานานๆ โดยไม่ทำอะไรเลย
4. ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน (a sociality)

โดยสรุปอาการแสดงของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) อาการด้านบวก มักพบในระยะอาการกำเริบ ซึ่งมีความผิดปกติคือ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติด้านคำพูด และพฤติกรรม 2) อาการด้านลบ มักพบในระยะหลังของโรค เป็นภาวะที่ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่คน

ท้าวๆไปควร อาการเหล่านี้ได้แก่ พุดน้อย หรือไม่พุด (alogia) อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน (a sociality)

การดำเนินโรค

ลักษณะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป (Kaplan & Sadock, 1995) ผู้ดูแลจะไม่ทันสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยชัดเจนนักจนกระทั่งมีอาการด้านบวกเกิดขึ้นจึงมาพบแพทย์ ทำให้การพยากรณ์โรคไม่ค่อยดี มีอาการกำเริบซ้ำบ่อย และเป็นเรื้อรัง บุคลิกภาพ และพฤติกรรมเสื่อมลงเรื่อยๆทำให้ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ค่อนข้างยุ่งยาก ซับซ้อนกว่า โรคโดย ท้าวๆไป

การดำเนินของโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ส่วนใหญ่ มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานแย่ง บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติ คนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนโดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี จึงแสดงอาการชัดเจนขึ้น

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) ส่วนใหญ่อาการจะกำเริบ เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดกดดันด้านจิตใจ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอย่างเห็นได้ชัดเจน ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก หรือมีการแสดงออกที่เกินสภาพจิตปกติคือ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความผิดปกติของคำพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการจะคล้อยคลึงกับระยะเริ่มมีอาการแต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ในระยะนี้ผู้ป่วย อาจมีอาการกำเริบ เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการกำเริบที่พบบ่อย เช่น การนอนหลับผิดปกติ แยกตัวเอง วิดกกังวล หงุดหงิด วิตกกังวล และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ ต่างๆเข้าตนเอง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ถ้ามีการกลับเป็นซ้ำบ่อย จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้น

สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มารับบริการในโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน มีลักษณะการดำเนินโรคทั้ง 3 ระยะคือ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบ ระยะอาการหลงเหลือ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่กลับไปอยู่บ้านในช่วงเริ่มแรกที่ออกจากโรงพยาบาลมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง โดยเฉพาะอาการด้านลบ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มักไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม ดังนั้น

ผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็โรคจิตเภท อย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแล เพื่อเป็นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และป้องกันไม่ให้อาการของผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระยะของอาการกำเริบอีก

ปัจจัยของการเกิดโรค

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยที่สลับซับซ้อนมาก สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน แต่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า โรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง เพียงอย่างเดียว แต่เกิดหลายปัจจัยร่วมกัน ผู้ป่วยแต่ละรายอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแต่ละอย่างไม่เท่ากัน และบางรายก็บอกสาเหตุได้ยากมาก (เกษม ต้นตะผลาชีวะ, 2544)

จากทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ (biological factor)

1.1 ด้านพันธุกรรม เชื่อว่า โรคจิตเภทถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบว่าญาติพี่น้องใกล้ชิด มีโอกาสป่วยด้วยโรคจิตเภทสูงกว่าประชาชนทั่วไป จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 12 พบในเด็กที่มีบิดา หรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 40 พบในบุตรที่ทั้งบิดา และมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท และพบในพี่น้องร่วมบิดา มารดากับผู้ป่วยได้ร้อยละ 8 (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; Kaplan & Sadock, 1995) และจากการศึกษาเรื่องการรับเป็นบุตรบุญธรรม พบว่าเด็กซึ่งเกิดจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท แต่ได้รับการเลี้ยงดูโดยครอบครัวที่ไม่มีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ มีอัตราการเกิดโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุม คือ เด็กที่ไม่ได้เกิดจากพ่อแม่ที่เป็นโรคจิตเภท และจากการศึกษาครอบครัวยุโรปในฝาแฝด พบว่า คู่แฝดชนิดไข่ใบเดียวกัน และคู่แฝดชนิดไข่คนละใบมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 44.30 และร้อยละ 18.20 ตามลำดับ (Davison & Neal, 1994)

1.2 ความผิดปกติของระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมุติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) เป็นสมมุติฐานที่ยอมรับในปัจจุบัน ซึ่งเชื่อว่าโรคนี้เกิดจากการที่ สารโดปามีนทำงานมากเกินไป (dopaminergic hyperactivity) จึงทำให้เกิดอาการทางจิต (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

1.3 ความผิดปกติทางกายวิภาคของสมอง พบว่ากายวิภาคสมองของผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะสมองผิดปกติ บริเวณเวนติเคิล (ventricular) โตกว่าปกติ ปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณลิมบิก (limbic) และเพิลเวนติเคิล (periventricular) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

1.4 ความผิดปกติทางด้านประสาท สรีรวิทยา พบว่าการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงที่สมอง (cerebral blood) และ การไหลเวียนของการเผาผลาญน้ำตาล (flow glucose_metabolism) ลดลงในบริเวณสมองส่วนหน้า (frontal lobe) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

2. ปัจจัยทางด้านจิต-สังคม สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคที่มีอาการกำเริบบ่อย พบว่ามีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed emotion หรือ high EE) โดยอารมณ์ที่มีผลต่อการเจ็บป่วยทางจิตมากที่สุดได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือ การเข้าไปยุ่งเกี่ยวทางด้านอารมณ์กับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเป็นผลกระทบของการเจ็บป่วยจึงทำให้เศรษฐกิจต่ำ และฐานะยากจนลง มากกว่าสาเหตุที่มาจากเศรษฐกิจต่ำก่อนป่วยเป็นโรคจิตเภท (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542) แต่ทั้งนี้ยังมีข้อสังเกตว่าภาวะสังคมและเศรษฐกิจในระดับต่ำอาจเป็นปัจจัยหนึ่งของโรคจิตเภทได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2542)

สรุปได้ว่าปัจจัยการเกิดโรคจิตเภทนั้นได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ซึ่งประกอบด้วยด้านพันธุกรรม ความผิดปกติของระบบสารชีวเคมีในสมอง ความผิดปกติทางด้านประสาทวิทยา สรีรวิทยา และ ปัจจัยทางด้านจิต-สังคม

การรักษา

การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แพทย์จะพิจารณาตามความเหมาะสม และอาการของผู้ป่วยแต่ละรายโดยผสมผสานวิธีการหลายอย่างร่วมกัน สามารถอธิบายได้ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

1. การรักษาทางด้านชีวภาพ ประกอบด้วย

1) การรักษาด้วยยา ถือว่ามีความสำคัญมาก เพราะการรักษาด้วยยานั้น เพื่อควบคุมอาการด้านบวกและสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยามักมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้นได้ผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) แต่จะถูกพิจารณาให้ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล หรือการออกฤทธิ์ของยาก่อนข้างข้างจึงจำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าควบคู่กันไป (McGorry, Killackey, Lambert, & Lambert, 2005)

2. การรักษาจิต-สังคม ซึ่งการรักษาทางจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษาเนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยเองกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางจิตสังคมก็ยังคงมีอยู่ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) การรักษาทางจิตสังคมเป็นการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความเจ็บป่วย บริบท และปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการประคับประคองทางจิตใจ มีคุณภาพชีวิตและมีความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้น รวมทั้งยังส่งผลต่อ การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย การกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ยังได้รับข้อมูล และการประคับประคองทางจิตใจ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพด้วย (McGorry, Killackey, Lambert, & Lambert, 2005) การบำบัดจิตสังคมได้แก่ จิตบำบัด (psychotherapy) กลุ่มบำบัด (group therapy) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) และการให้คำแนะนำครอบครัว (psycho education or family counselling)

สรุปได้ว่าการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น มี 2 ลักษณะคือ 1) การรักษาทางชีวภาพ ซึ่งประกอบด้วยการรักษาด้วยยา และ การรักษาด้วยไฟฟ้า 2) การรักษาจิต-สังคม สำหรับโรงพยาบาลชุมชน แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสมว่าจะรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีใดบ้าง

การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยผู้ดูแล

ผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายผู้ดูแล ได้มีผู้ให้ความหมายผู้ดูแลหลายท่านดังต่อไปนี้

เดวิส (Davis, 1992) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน เป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคู่สมรส บิดามารดา บุตร ญาติพี่น้องหรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ ซึ่งจำแนกตามขอบเขตความรับผิดชอบในกิจกรรมการดูแลและการใช้เวลาในการดูแลดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) โดยมุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การดูแลด้านความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย การจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วย ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น โดยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2. ผู้ดูแลรอง หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการจัดหาที่พักผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล การประสานกับชุมชนด้านความช่วยเหลือ เป็นต้น โดยอาจปฏิบัติกิจกรรมแทนผู้ดูแลหลักในกรณีที่ผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือให้การช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ญาติหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมแพทยอเมริกัน (Diagnosis and Statistical of Manual Mental Disorder Forth Edition Text Revision [DSM-IV-TR], 2005) ที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มารับการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง หรือค่าตอบแทนจากการดูแล และมีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 6 เดือน

ลักษณะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นการดูแลที่ใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและต้องให้การดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล (ภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ และคณะ , 2548)

จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ ภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ (Tungpunkom, 2000) เรื่อง Staying in Balance: Skill and Role Development in Psychiatric Caregiving ที่สัมภาษณ์เชิงลึกในมารดาที่ให้การดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจำนวน 30 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง ผลการศึกษาพบว่า การช่วยเหลือต่างๆ ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องกระทำต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน ประกอบด้วย การดูแล 3 ด้าน ดังนี้ 1) การดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ 2) การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค 3) การดูแลด้านการบริหารยาและผู้ที่ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดการดูแลดังนี้

1. การดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การที่ผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวันให้แก่ผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า การดูแลให้ได้รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบผู้ป่วยจะมีความพร่องในการดูแลตนเอง ด้านกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมากหรือในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงของยา 2) การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม

ในการทำงาน รับผิดชอบงานเล็กๆ น้อยๆภายในบ้านเป็นสิ่งที่ดี ด้านการจัดการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำงานที่มีประโยชน์ (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) เป็นการลดเวลาการนอนกลางวันของผู้ป่วย และช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วย การชี้แนะผู้ป่วยในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ควรให้เหตุผลประกอบ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และปฏิบัติตามอย่างยั่งยืน 3) การดูแลด้านการป้องกันการถูกรื้อเรียนหรือการถูกรังเกียจจากบุคคลอื่นอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจ เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต และทรัพย์สินของผู้อื่นจะทำการไกล่เกลี่ยเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายร่างกายผู้อื่น (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543) หรือการรักษาสิทธิอันชอบธรรมของผู้ป่วย การควบคุมสิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

2. การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค ประกอบด้วย 1) การจัดการกับอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้แก่ การสังเกตอาการเตือนทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ว่ามีอาการซึมเศร้า หรือไม่ค่อยแสดงออก กระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การแสดงท่าทีสงบ ไม่ตำหนิและอธิบายให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้เข้าใจในสิ่งที่จริงเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการหลงผิด 2) การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้แก่ การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ในขณะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตอะละเวีย ออละวาด ก้าวร้าว ควรเก็บของมีคมทุกชนิด การขอร้องให้เพื่อนบ้านออกจากสถานการณ์เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำร้ายและกรณีที่เพื่อนบ้านถูกผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายกล่าวขอโทษและอธิบายให้เพื่อนบ้านเข้าใจเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น 3) การจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายตนเอง การที่ผู้ดูแลได้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะปัจจุบัน ให้เหตุผลเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นจริงโดยการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ (Tungpunkom, 2000)

3. การดูแลด้านการบริหารยา ประกอบด้วย 1) การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ เช่นการนับเม็ดยาให้เพียงพอจนถึงวันนัดครั้งต่อไป 2) การดูแลด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา การให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาครบตามแผนการรักษา คือการเตรียมยาให้ผู้ป่วยได้กินยาต่อหน้าผู้ดูแลทุกครั้ง และจากการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมพบว่า ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับประทานยาตามแผนการรักษา และเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้องคอยให้ความดูแลอย่างใกล้ชิด และพาไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) 3) การดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยา ตัดสินใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนยาซึ่งอยู่ภายใต้การปรึกษาจากจิตแพทย์ รวมทั้งการจัดเก็บยาให้ปลอดภัย จากการนำไปใช้แบบไม่เหมาะสม (Tungpunkom, 2000)

สรุปได้ว่ากิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ด้าน ดังนี้

1) การดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ 2) การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค 3) การดูแลด้าน

การบริหารยา ซึ่งกิจกรรมทั้ง 3 ด้านนี้มีความครอบคลุมตามความต้องการ การดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามประสบการณ์ตรงของผู้ดูแลซึ่งหากผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้ครบถ้วนจะสามารถส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความเครียด

แนวคิดความเครียด

แนวคิดความเครียดนั้นได้มีผู้กล่าวถึงไว้หลากหลายโดยลาซารัส และโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้รวบรวมความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. ความเครียดในความหมายของปฏิกิริยาตอบสนอง (response definition) หมายถึง การที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งทำให้เกิดความเครียด (physiological response) เช่น มือสั่น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง กระสับกระส่าย เหงื่อออก กล้ามเนื้อเกร็ง เป็นต้น

2. ความเครียดในความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบบุคคล (stimulus definition) ซึ่งแนวคิดนี้ให้ความสำคัญของสิ่งเร้า เหตุการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือก่อให้เกิดความตึงเครียดในบุคคล ซึ่งลาซารัส และโฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แบ่งสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ออกเป็น 4 ประการได้แก่ 1) สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันในช่วงเวลาที่จำกัด (acute, time-limited stressor) 2) สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นและมีผลต่อเนื่อง (chronic intermittent stressor) 3) สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวแต่เรื้อรัง (stressor sequence) 4) สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นเรื้อรัง (chronic) การที่บุคคลต้องเผชิญกับสิ่งเร้าภายนอกและสิ่งเร้าภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นๆ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงที่สุดในชีวิต และเหตุการณ์นั้นนำมาซึ่งความเครียด ได้แก่ การสูญเสียของรัก การหย่าร้าง การถูกไล่ออกจากงาน การตกงาน เป็นต้น ซึ่งมีผู้ให้คำอธิบายว่า ความเครียดเป็นสิ่งที่ใดก็ตามที่รบกวนความต้องการพื้นฐานหรือคุกคามสถานะสมดุลของร่างกาย (Luckman & Sorensen อ้างใน ประภาศรี พุ่มมีผล, 2548)

3. ความเครียดในความหมายของปฏิสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (person environment relationship definition) เป็นแนวคิดที่มองว่าความเครียดไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่และสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การตัดสินใจภาวะเครียดของบุคคลนั้นจะต้องผ่านกระบวนการประเมินค่าทางปัญญา (cognitive appraisal) ว่าปฏิสัมพันธ์นั้นมีผลกระทบ

ต่อตนเองและบุคคลประเมินว่าไม่มีแหล่งประโยชน์ในการจัดการสถานการณ์ บุคคลนั้นจะประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984)

ในการศึกษาความเครียดนี้ ใช้แนวคิดความเครียดของ ลาซารัส และ โฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งมีความหมายว่า ความรู้สึกของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับการตรวจรักษาโรงพยาบาลนาน้อย จังหวัดน่าน ที่มีต่อสถานการณ์การดูแล หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ โดยผ่านการประเมินค่าทางปัญญาต่อสถานการณ์การดูแลนั้น ว่าเกินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าถูกคุกคาม เป็นอันตราย และรบกวนความผาสุกของตนเอง

การประเมินค่าทางปัญญา (cognitive appraisal)

จากแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า การประเมินค่าทางปัญญา (cognitive appraisal) เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรในการคิดพิจารณาตัดสินความสำคัญ และความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ ต่อสวัสดิภาพของตนเอง ความเครียดจะรุนแรงมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการประเมินค่าทางปัญญาของบุคคล และการพิจารณาสิ่งเร้าที่มากระทบว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร และมีผลทำให้เกิดความเครียดหรือไม่ ซึ่งการประเมินค่าทางปัญญา แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ การประเมินชนิดปฐมภูมิ (primary appraisal) การประเมินชนิดทุติยภูมิ (secondary appraisal) และ การประเมินซ้ำ (reappraisal)

1. การประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์หรือเหตุการณ์ในสภาพแวดล้อมของบุคคลทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจง การประเมินขั้นนี้เป็นการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นอย่างไรซึ่งผลการประเมินออกมาได้ 3 ลักษณะ คือ

1.1 ไม่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (irrelevant) คือ การที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นไม่เกี่ยวกับสวัสดิภาพของตนเอง บุคคลจะผ่อนคลายไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์หรือปรับตัว

1.2 มีประโยชน์และเป็นผลดีกับตนเอง (benign positive) คือการที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลทางบวกต่อตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข เกิดขวัญและกำลังใจ

1.3 เกิดภาวะเครียด (stress) คือ การที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นต้องดึงแหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งหากบุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นภาวะเครียดนั้นมี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 การคุกคาม (threat) เป็นการประเมินเหตุการณ์ของบุคคลที่จะเกิดขึ้น โดยคาดคะเนว่าเหตุการณ์เหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น จะทำให้เกิดอันตรายหรืออาจสูญเสียเป็นการคาดคะเนผลของเหตุการณ์ในด้านลบ

1.3.2 การท้าทาย (challenge) เป็นการประเมินเหตุการณ์ของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยคาดคะเนว่าผลของเหตุการณ์จะได้รับประโยชน์ จะมีความงอกงาม เป็นการคาดคะเนถึงผลของเหตุการณ์ในด้านบวก

1.3.3 อันตราย หรือการสูญเสีย (harm & loss) เป็นการประเมินผลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในด้านลบ หลังเหตุการณ์ผ่านไปแล้ว ผลของเหตุการณ์ก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียและเป็นอันตรายต่อบุคคลทั้งด้านสัมพันธภาพสุขภาพหรือความมีคุณค่าในตนเองว่าเกิดความเสียหายกับชีวิตและทรัพย์สิน เช่นการสูญเสียของรักเป็นต้น

2. การประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าจะแก้ไขอย่างไร เช่นการตั้งคำถามเกี่ยวกับตนเองว่า ฉันจะทำอะไรได้บ้างในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลและประเมินความช่วยเหลือที่จะได้รับว่าจะสามารถจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นได้หรือไม่อย่างไร และสามารถใช้สติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ในอดีตมาช่วยในการประเมินการรับรู้ในเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งการประเมินว่าเป็นความเครียดหรือไม่ เป็นความเครียดชนิดใด และมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ปัจจัยคือ

2.1 ปัจจัยทางด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) คือความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่นการเป็นมะเร็ง บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต ลักษณะเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใดและความไม่แน่นอนในเหตุการณ์

2.2 ปัจจัยด้านด้านตัวบุคคล (personal factors) คือความผูกพัน (commitment) ความเชื่อ และความสามารถทางสติปัญญาของบุคคล

3. การประเมินซ้ำ (reappraisal) หมายถึง เป็นการประเมินซ้ำอีกครั้งภายหลังการประเมินขั้นปฐมภูมิและทุติยภูมิแล้วเพื่อพิจารณาว่าสิ่งคุกคามที่ตนได้รับอยู่นั้นว่ามีอยู่หรือถูกกำจัดออกไปแล้ว การประเมินในขั้นนี้มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา (dynamic) ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยใช้ข้อมูลจากบุคคลสิ่งแวดล้อมหรือประสบการณ์ครั้งก่อน

ดังนั้นแนวคิดของ ลาซารัส และฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง และบุคคลจะใช้แหล่งประโยชน์ส่วนตนที่มีอยู่ (resource) ในการ

จัดการกับสถานการณ์ ซึ่งถ้าบุคคลมีแหล่งประโยชน์ไม่เพียงพอ บุคคลจะไม่สามารถจัดการสถานการณ์นั้นได้ บุคคลจึงประเมินตัดสินสถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด ซึ่งการประเมินตัดสินแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ การประเมินชนิดปฐมภูมิ (primary appraisal) การประเมินชนิดทุติยภูมิ (secondary appraisal) และ การประเมินซ้ำ (reappraisal)

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์

ลาซารัส และ โฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมินสถานการณ์ออกเป็น 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors)

1. ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors)

1.1 ความยึดมั่นผูกพัน (commitment) หมายถึง การที่บุคคลให้ความหมายหรือให้ความสำคัญกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อตนเอง ยิ่งให้ความสำคัญมากจะมีผลทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าคุกคามต่อตนเองมาก

1.2 ความเชื่อ (beliefs) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมสถานการณ์ นั้นๆ ความเชื่อที่มีผลต่อการประเมินค่าทางปัญญามี 2 ลักษณะคือ

1.2.1 การที่บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ จะทำให้บุคคลประเมินค่าทางปัญญาว่าสถานการณ์นั้นมีลักษณะทำลาย ทำให้มีความกระตือรือร้นที่จะแก้ไขสถานการณ์

1.2.2 การที่บุคคลเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ไม่สามารถจัดการสถานการณ์ให้ประสบความสำเร็จตามที่ตนต้องการได้ จะทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นในลักษณะอันตราย สูญเสีย หรือคุกคาม ส่งผลให้บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดแก่ตนเอง

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors)

2.1 ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ที่บุคคลประสบ (novelty) โดยเฉพาะเป็นสถานการณ์ที่บุคคลไม่เคยประสบมาก่อน ไม่สามารถบอกลักษณะหรือทิศทางของสถานการณ์นั้นได้ ถ้าเป็นสถานการณ์ที่รุนแรง หรือว่าเป็นอันตรายต่อชีวิต บุคคลจะประเมินค่าทางปัญญาโดยการรับรู้ว่าเป็นอันตราย แต่หากสถานการณ์ที่แปลกใหม่นั้น ทำให้บุคคลได้รับผลประโยชน์บุคคลนั้นก็ประเมินค่าทางปัญญาว่าสถานการณ์นั้นเป็นประโยชน์ สถานการณ์แปลกใหม่นั้นจะเป็นอันตราย

หรือไม่ ขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์นั้น และการเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมที่จะมีผลต่อลักษณะการประเมินค่าทางปัญญาของบุคคล

2.2 ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ (event uncertainty) ถ้าสถานการณ์นั้นมีความคลุมเครือไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และไม่แน่นอน บุคคลอาจประเมินค่าทางปัญญาว่าเป็นสิ่งคุกคามอันตราย หรือสูญเสีย และบุคคลจะประเมินว่าเป็นความเครียด เช่น ความไม่แน่นอนของอาการผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่อาการกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนนิษฐ์, 2548)

2.3 ความสามารถทำนาย หรือคาดการณ์ลักษณะเหตุการณ์ (predictability) คือการที่บุคคลสามารถ ทำนายหรือคาดการณ์ในอนาคตได้ว่า สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดอะไรขึ้นกับตนเองในอนาคต หากบุคคลนั้นสามารถทำนายได้ว่าสถานการณ์นั้นจะเป็นอย่างไรในอนาคต บุคคลจะประเมินค่าทางปัญญาว่าสถานการณ์นั้นทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่า การที่ไม่สามารถทำนายสถานการณ์นั้นได้

2.4 ปัจจัยด้านเวลาเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการประเมินค่าทางปัญญา ซึ่งประกอบด้วย ช่วงเวลาก่อนเกิดสถานการณ์ (imminence) ช่วงเวลาที่สถานการณ์มีผลต่อบุคคล (duration) และการไม่ทราบว่าจะสถานการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อใด (temporal uncertainty)

2.4.1 ช่วงเวลาก่อนเกิดสถานการณ์ (imminence) หมายถึง ช่วงเวลาที่คาดการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นๆ จะเกิดขึ้น โดยทั่วไป หากช่วงเวลาก่อนเกิดสถานการณ์ยิ่งมีมาก การประเมินค่าทางปัญญาของบุคคลยังมีความช้าช้อนมากขึ้น โดยเฉพาะถ้าสถานการณ์นั้นมีแนวโน้มว่าก่อให้เกิดอันตรายหรือได้รับประโยชน์มาก

2.4.2 ช่วงเวลาที่สถานการณ์มีผลต่อบุคคล (duration) หมายถึง ช่วงเวลาที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การที่บุคคลต้องประสบกับความเครียดเป็นเวลานานๆ หรือเรื้อรังจะทำให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตใจได้มากขึ้น

2.4.3 การไม่ทราบว่าจะสถานการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อใด (temporal uncertainty) การที่บุคคลไม่ทราบล่วงหน้าว่าสถานการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อใด ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะประเมินค่าทางปัญญาว่าสถานการณ์นั้นว่าคุกคามมากกว่าการที่ทราบว่าจะสถานการณ์นั้นจะเกิดขึ้นอย่างแน่นอน

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์คือ 1) ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors) กล่าวคือ ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) ประกอบด้วย ความยึดมั่นผูกพันและความเชื่อ

และปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors) ประกอบด้วย ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ที่บุคคลประสบ (novelty) ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ (event uncertainty) ความสามารถทำนาย หรือคาดการณ์ลักษณะเหตุการณ์ (predictability) และปัจจัยด้านเวลา

ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง

ความหมาย

ความเครียดจากการดูแล หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง ที่มีต่อสถานการณ์การดูแล หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ โดยผ่านการประเมินค่าทางปัญญาคือ สถานการณ์การดูแล ว่าเกินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าถูกคุกคาม เป็นอันตราย และรบกวนความผาสุกของตนเอง

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ในการดูแลว่าเป็นความเครียดหรือไม่ เป็นความเครียดชนิดใด มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ซึ่งการประเมินประกอบด้วย 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors) (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors)

1.1 ความยึดมั่นผูกพัน (commitment) เป็นการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความสำคัญและมีความหมายต่อตนเองมากน้อยเพียงใด ยิ่งมีมากก็จะทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นถูกคามต่อสวัสดิภาพของตนเองมากการมีความยึดมั่นผูกพันต่อเหตุการณ์นั้น และการมีความยึดมั่นผูกพันต่อเหตุการณ์นั้นอาจทำให้เกิดแรงผลักดันในการกระทำเพื่อแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น

ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นบิดามารดาของผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง การที่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งนั้น อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความยึดมั่นผูกพันที่จะดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งให้ดีที่สุด และมีความคาดหวังที่จะแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดกับผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเมื่อไม่สามารถดูแลผู้ที่เป็นโรคมะเร็งได้ตามที่คาดหวัง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ดังเช่นการศึกษาของ ศรีสุตา วณาลีสิน และคณะ (2546) เรื่องปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผลการศึกษพบว่า

ผู้ดูแลร้อยละ 93.25 เป็นบิดามารดา ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างแน่นแฟ้น พร้อมทั้งจะทำทุกอย่างให้ลูกหายป่วย จึงพบว่าปัญหาทางอารมณ์ด้านความรู้สึกเป็นห่วงสงสารมีมากที่สุดถึงร้อยละ 93.75 กล่าวคือผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และร้อยละ 75 พบว่าผู้ดูแลรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยว่าจะรักษาไม่หาย และการศึกษาของขวัญพนมพร ธรรมไทย (2544) เรื่องความเครียดและรูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเครียดจะมีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่

1.2 ความเชื่อ (beliefs) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้หรือไม่ ซึ่งถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ไม่สามารถจัดการสถานการณ์ให้ประสบความสำเร็จตามที่ตนต้องการได้ จะทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นในลักษณะอันตราย สูญเสีย หรือคุกคาม ส่งผลให้บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดแก่ตนเอง กล่าวคือการที่ผู้ดูแลเชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์การดูแลได้ จะทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์นั้นในลักษณะอันตราย สูญเสีย หรือคุกคาม ส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์การดูแลนั้นก่อให้เกิดความเครียดแก่ตนเอง ดังการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ที่ศึกษาเรื่องความเครียดและรูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ในการดูแลที่มีความเครียดมาก โดยเฉพาะเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่นของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดนี้ เนื่องมาจากผู้ดูแลมีความเชื่อว่าไม่สามารถจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่นของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากการที่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดทักษะในการดูแล

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors)

2.1 ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ที่บุคคลประสบ (novelty) โดยเฉพาะเป็นสถานการณ์ที่บุคคลไม่เคยประสบมาก่อน ไม่สามารถบอกลักษณะหรือทิศทางของสถานการณ์นั้นได้ ถ้าเป็นสถานการณ์ที่รุนแรง หรือว่าเป็นอันตรายต่อชีวิต บุคคลจะประเมินค่าทางปัญญาโดยการรับรู้ว่าเป็นอันตราย แต่หากสถานการณ์ที่แปลกใหม่นั้น ทำให้บุคคลได้รับผลประโยชน์บุคคลนั้นก็ประเมินค่าทางปัญญาว่าสถานการณ์นั้นเป็นประโยชน์ สถานการณ์แปลกใหม่นั้นจะเป็นอันตรายหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์นั้น และการเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมที่จะมีผลต่อลักษณะการประเมินค่าทางปัญญาของบุคคล

2.2 ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ (event uncertainty) ถ้าสถานการณ์นั้นมีความคลุมเครือไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และไม่แน่นอน ทำให้ไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายเหตุการณ์ได้แน่ชัดว่าจะเกิดอะไรขึ้น ทำให้บุคคลประเมินค่าทางปัญญาว่าเป็นสิ่งคุกคามอันตราย หรือสูญเสีย และบุคคลจะประเมินว่าเป็นความเครียด เช่นความไม่แน่นอนของอาการ

ผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่อาการกำเริบเป็นช่วงๆซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่าอาการจะเกิดขึ้นในระยะเวลาใด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ทำให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทเกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประหยัด ประภาพรหม (2539) ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินและพยากรณ์โรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบมุ่งแก้อารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะมีอาการกำเริบเมื่อใด ผู้ดูแลเกิดความคลุมเครือได้มาก ผู้ดูแลจึงเกิดความเครียดมากสัมพันธ์กับความคลุมเครือของการเจ็บป่วย

2.3 ความสามารถทำนาย หรือคาดเดาสถานการณ์ (predictability) หากบุคคลสามารถทำนายได้ว่าสถานการณ์จะเป็นอย่างไรในอนาคต บุคคลจะประเมินค่าทางปัญญาวา สถานการณ์นั้นทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่าการที่ไม่สามารถทำนายสถานการณ์ได้ กล่าวคือหากผู้ดูแลไม่สามารถทำนายสถานการณ์การดูแลได้ จะทำให้ผู้ดูแลประเมินค่าทางปัญญาวา สถานการณ์การดูแลนั้นก่อให้เกิดความเครียด ดังจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่อีกมีอาการร้อนรุ่ม กังวลใจไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และใครจะเป็นคนดูแลผู้ป่วยในอนาคต (Doombos ,1997) และพ่อแม่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาการรุนแรงมาก มีความกังวลใจเกี่ยวกับการเป็นอยู่ของผู้ป่วยในอนาคตกลัวว่าจะไม่มีคนดูแลผู้ป่วยเมื่อตนเสียชีวิตไปแล้ว (Czuchta และ MacCay, 2001)

2.4 ปัจจัยด้านเวลา เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการประเมินค่าทางปัญญา ซึ่งสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน โดยการไม่ทราบวาสถานการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อใด (temporal uncertainly) กล่าวคือการที่ผู้ดูแลไม่ทราบล่วงหน้าวาสถานการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อใด ทำให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะประเมินค่าทางปัญญาวา สถานการณ์นั้นว่าคุกคาม เช่นความไม่แน่นอนของอาการผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆโดยเฉพาะในระยะกำเริบแบบเฉียบพลันซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่าอาการจะเกิดขึ้นในระยะเวลาใด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ซึ่งผู้ดูแลต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิด และผู้ดูแลไม่มีความรู้ ไม่มีทักษะในการดูแล มีผลทำให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าวได้ ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าก่อให้เกิดความเครียด

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการดูแลคือ 1) ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors) ซึ่ง ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) ประกอบด้วย ความยึดมั่นผูกพัน ความเชื่อ กล่าวคือถ้าผู้ดูแลมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความสำคัญ

หรือมีความหมายต่อตนเอง และมีความยึดมั่นผูกพันต่อเหตุการณ์นั้นมาก และถ้าผู้ดูแลเชื่อว่าสถานการณ์การดูแลนั้นตนเองไม่สามารถควบคุมได้ จะทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลนั้นในลักษณะอันตราย สูญเสีย หรือคุกคาม ส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินว่าก่อให้เกิดความเครียดแก่ตนเอง ส่วนปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors) ประกอบด้วย ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ที่บุคคลประสบ (novelty) โดยเฉพาะเป็นสถานการณ์ที่บุคคลไม่เคยประสบมาก่อน ไม่สามารถบอกลักษณะหรือทิศทางของสถานการณ์นั้นได้ ถ้าเป็นสถานการณ์ที่รุนแรง หรือว่าเป็นอันตรายต่อชีวิต บุคคลจะประเมินค่าทางปัญญาโดยการรับรู้ว่าเป็นอันตราย และถ้าสถานการณ์การดูแลไม่แน่นอนไม่สามารถคาดเดาได้แน่ชัดว่าจะมีเหตุการณ์เกิดขึ้นเมื่อใด และสถานการณ์การดูแลเกิดขึ้นในระยะเวลาที่เร่งด่วนมีผลต่อการตัดสินใจอย่างเร่งรีบ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่สื่อเค้าวาจะเป็นอันตรายต่อผู้ดูแลหรือมีโอกาสที่จะควบคุมไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลประเมินว่าคุกคามต่อตนเองมาก ผู้ดูแลจึงประเมินว่าการดูแลนั้นก่อให้เกิดความเครียด

ผลกระทบจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

จากการที่ผู้ดูแลได้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งใช้ระยะเวลาดูแลนาน และต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเรื้อรังต้องได้รับการดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ผู้ดูแลต้องคอยเฝ้าสังเกตและระวังที่จะเกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลีย ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ บางรายมีอาการเจ็บป่วย ดังเช่น การศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ที่ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 260 คน พบว่า ลักษณะความเครียดของผู้ดูแลที่ปรากฏอาการทางด้านร่างกาย คือ ผู้ดูแลมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ทำให้มีภาวะสุขภาพทรุดโทรม และจากการศึกษาของ รัชนิ อุปเสน (2541) ที่ศึกษาเรื่องบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 10 คน ซึ่งรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อยอ่อนเพลีย และได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่พฤติกรรมที่รุนแรง

ผลกระทบด้านจิตใจ การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ เป็นเวลานาน ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และทำให้ ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ กับข้อใจ (Ip & Mackenzie, 1998) มีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย (Hoyert & Seltzer, 1992) มีอาการ ซึมเศร้า เครียด และกังวลใจ (Doornbos, 2002) ผู้ดูแลบางรายมีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า เกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวนชม วงศ์ไชย (2546) ศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าใน ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ร้อยละ 78.26 ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า ยิ่งไปกว่า นั้นพบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากความเครียดในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชีวิตประจำวัน (Hobbs, 1997) และจากการศึกษาของ ณิชญา พรหมบุตร (2545) ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทจำนวน 380 ราย พบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 31.6 มีปัญหาสุขภาพจิต และ มีแนวโน้มที่เกิดความผิดปกติทางจิตเวช นอกจากนี้มีการศึกษาของ ศรีสุดา วณาลีสิน และคณะ (2546) ศึกษาเรื่องปัญหาทางอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ พบว่าในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิดโกรธ มีความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ที่ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญของ ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 260 คน พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดมากที่สุด เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น

ผลกระทบทางด้านสังคม จากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการผิดปกติของผู้ที่เป็น โรค จิตเภททั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่ สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ (Ip & Mackenzie, 1998) ความสัมพันธ์ กับญาติพี่น้องห่างไปมีเวลาอยู่ร่วมกับครอบครัวน้อยลง การเข้าร่วมกับกิจกรรมในชุมชนน้อยลง (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2545) ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพบปะเพื่อนฝูงลดลง (มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน, 2544) ยิ่งไปกว่านั้น พบว่าผู้ดูแลมีการเชิญเพื่อนบ้านมาสังสรรค์ที่บ้านน้อยลง (ปัทมา ทัพเสรีพิท, 2534)

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผู้ป่วย ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการ รักษา ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายไม่ทำงานบ้านหรืองานประจำ ทำให้ผู้ดูแลเสียค่าใช้จ่ายใน ครอบครัวเพิ่มขึ้น จากค่ารักษาพยาบาลที่เป็นค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จึงเป็นภาระหนักและยุ่งยากสำหรับผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง หรือต่ำ ดังเช่น การศึกษา ของ มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงษ์สงวนสิน (2544) ศึกษาเรื่อง การรักษาพยาบาลผู้ป่วย จิตเภทตามการรับรู้ของครอบครัว พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภททำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการ รักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกคนอื่นๆลดลง และหลายครอบครัวต้องประสบปัญหาทาง

เศรษฐกิจ เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลและค่าเดินทาง (Laidlaw et al., 2002) ยิ่งไปกว่านั้นการศึกษาของ ประไพศรี บุรณางกูร (2538) เรื่องการศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต พบว่า ปัจจัยความวิตกกังวลของญาติต่อผู้ป่วยโรคจิตมากที่สุดคือ เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็นค่าเดินทาง ค่ายา และญาติขาดรายได้ เมื่อต้องพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ หรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวต้องหยุดงาน มาดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ ซึ่ง สอดคล้องกับ การศึกษาของ เลิศฤทธิ์ บัญชาการ (2544) ที่ศึกษาเรื่องความเครียด การเผชิญกับความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม พบว่า ส่วนใหญ่ครอบครัวมีความเครียดภายในครอบครัวทางด้านเศรษฐกิจมากที่สุด ซึ่งทำให้ครอบครัวขาดรายได้จากการประกอบอาชีพของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากต้องมาดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 36.8 ยิ่งไปกว่านั้นจากการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ที่ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและพบได้บ่อยๆ ได้แก่ สถานการณ์ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายใช้ชีวิตประจำวันผู้ป่วย และการที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งใน ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ซึ่งอาจทำให้ส่งผลกระทบไปยังด้านอื่นๆ ตามมา โดยเฉพาะความเครียด ดังนั้นการประเมินว่าผู้ดูแลมีความเครียดหรือไม่ จึงเป็นสิ่งที่ต้องกระทำเพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือต่อไป

การประเมินความเครียดในการดูแล

ความเครียดมีลักษณะที่ซับซ้อน และเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในร่างกายของบุคคล ซึ่งเราไม่สามารถจับต้องได้หรือวัดได้โดยตรง แต่เนื่องจากเมื่อบุคคลเกิดความเครียดก็จะมีปฏิกิริยาตอบสนอง โดยมีการแสดงออกทั้งร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกต่างๆ ดังนั้น หากเราสามารถวัดได้ว่าบุคคลมีอาการทางร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกมากน้อยเพียงใด เพราะอาการต่างๆทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ก็คือปฏิกิริยาอันเกิดจากความเครียดนั่นเอง ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการวัดและประเมินความเครียดในการดูแล หลายรูปแบบดังนี้

1) แบบวัดความเครียดของ รุ่งรวี เตังไตรสรณ์ (Tentrisorn อ้างในอารีรัตน์ แนวชาลี และคณะ, 2551) สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต (Life event) ผสมผสานกับแนวคิดสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน (daily hassle) ของผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ซึ่งมีคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 28-140 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง มีความเครียดมาก ซึ่ง

จากการศึกษาของ อารีรัตน์ แนวชาลี, ศรีสมร ภูมณสกุลและ อรพินธ์ เจริญผล (2551) ได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปใช้สอบถามความเครียดของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์ ในการศึกษาเรื่องความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเครียดและพฤติกรรมความเครียดของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เลี้ยงของคู่สมรส

2) แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของ ศรีธเรศ (Sritares, 2003) ซึ่งใช้ประเมินความเครียดจากบทบาทการดูแล ซึ่งพัฒนามาจาก อาร์ชโบลด์ และ คณะ (Archbold et al., 1990) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความขัดแย้งในบทบาท ด้านบทบาทไม่ตรงกับความคิดหวัง ด้านความเครียดในบทบาทที่เพิ่มขึ้น และด้านความเครียดในบทบาทโดยรวม รวมทั้งหมด 42 ข้อ แต่ละข้อมีค่าช่วงคะแนนเท่ากับ 0-4 คะแนน การแปลคะแนนมีดังนี้ 0.00-1.66 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในบทบาทระดับต่ำ 1.66-2.66 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในบทบาทระดับปานกลาง และ 2.67-4.00 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในบทบาทระดับสูง ซึ่งจากการศึกษาของ ดวงสุดา วงศ์ช่วย, ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และวงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชิธร (2553) ได้นำแบบสอบถามความพร้อมในการดูแลไปใช้วัดความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแล ในการศึกษาเรื่องความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอในขณะได้รับการรักษา

3) แบบสอบถามความเครียดในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สร้างขึ้นโดย อัจฉราวรรณ ศรียวง และ ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ (อ้างใน อัจฉราวรรณ ศรียวง, ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำและ ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, 2548) ตามกรอบแนวคิดของ ลาซารัส และ โพลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) และจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ เกี่ยวกับสถานการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยใช้แบบลิเคิร์ต (Likert) กำหนดความรู้สึกเป็น 5 ระดับ ตามระดับความรู้สึกของความเครียด การให้คะแนนแบ่งตามระดับความรู้สึกเครียดดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเครียดเลย, 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย, 3 คะแนน รู้สึกเครียดปานกลาง, 4 คะแนน รู้สึกเครียดมาก และ 5 คะแนน รู้สึกเครียดมากที่สุด คะแนนของแบบสอบถามมีค่าระหว่าง 22-110 คะแนน การแบ่งค่าคะแนนที่ใช้ค่าพิสัย และอันตรภาคชั้น แบ่งได้ 3 ระดับ การแปลผลดังนี้ 22.00-51.33 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับเล็กน้อย 51.34 -80.67 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง 80.68 -110 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับสูง ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวได้มีผู้นำไปใช้วัดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ การศึกษาของ จิราภรณ์ นพคุณขจร และ จิรพรรณ สุริยงค์ (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย

จิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และ จากการศึกษาของ สุวารี คำปนสาย (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการลดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

4) แบบสอบถามความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าที่พัฒนาโดย เดือนเพ็ญ โยเฮียง (อ้างใน เดือนเพ็ญ โยเฮียง, ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, 2550) ดัดแปลงจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดย อัจฉราวรรณ ตรีขวง และ ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ (2548) ตามแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในการดูแลของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) นำมาหาความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96 และ นำมาหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ .92 ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ เกี่ยวกับความเครียดในการดูแล คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 ระดับตามระดับความเครียด โดยให้คะแนนดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเครียดเลย, 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย, 3 คะแนน รู้สึกเครียดปานกลาง, 4 คะแนน รู้สึกเครียดมาก และ 5 คะแนน รู้สึกเครียดมากที่สุด คะแนนของแบบสอบถามมีค่าระหว่าง 22-110 คะแนน การแปลผลดังนี้ 22.00-51.33 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับเล็กน้อย 51.34 -80.67 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง 80.68 -110 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับสูง ซึ่งจากการศึกษาของ พลฤศศักดิ์ จันทราทิพย์ (2552) ได้นำแบบสอบถามความเครียดดังกล่าว มาใช้วัดความเครียดในการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก ซึ่งศึกษา เรื่อง ปัจจัยทำนายความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา

5) แบบวัดความเครียด (The Perceived Stress Scale [PSS]) ของโคเฮน และคณะ (Cohen et al., 1983) ซึ่งสร้างจากแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1966) และแปลโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา มี 14 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 อันดับ โดยให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของความรู้สึก คือ ไม่เคย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง เกือบทุกครั้ง โดยข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 13 เป็นคำถามทางบวก ส่วนอีก 7 ข้อที่เหลือเป็นคำถามทางลบ คะแนนรวมแบบวัดความเครียดมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน คะแนนกำหนดเกณฑ์การประเมินจากคะแนนรวมระดับคะแนนที่มากแสดงว่ามีความเครียดมากกว่าระดับคะแนนที่น้อยกว่าโดยแบ่งระดับความเครียดเป็น 3 ระดับ และแบ่งช่วงคะแนนในแต่ละระดับให้เท่ากัน ดังนี้ ช่วงคะแนน 14-32 หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ ช่วงคะแนน 33-51 หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 52-70 หมายถึง มีความเครียดระดับสูง ซึ่งแบบวัดความเครียดดังกล่าว ได้นำมาวัดความเครียดครั้งนี้ ใช้วัดความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก ดังการศึกษาของประภาศรี

ท่งมีผล (2548) เรื่องการสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของมารดา เด็กออทิสติก และใช้วัดความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทจากแอมเฟตามีน ดังการศึกษาของ แวนดาว วงศ์สระประกิต (2546) ที่ศึกษาเรื่องความเครียดและวิธีการปรับแก้ความเครียดของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทจากแอมเฟตามีน

จะเห็นได้ว่าการประเมินความเครียดมีแบบประเมินหลากหลายรูปแบบแต่ละรูปแบบ มีความแตกต่างกัน สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามความเครียดในการดูแลที่เป็นโรคจิตเภท สร้างขึ้นโดยอัญจรวรรณ ตรีวง และ ภัทราภรณ์ ท่งปั่นคำ (อ้างใน อัญจรวรรณ ตรีวง, ภัทราภรณ์ ท่งปั่นคำและ ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, 2548) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท และผู้วิจัยพิจารณาว่าข้อคำถามในแบบสอบถามมีความเหมาะสมสามารถประเมินความเครียดของผู้ดูแลที่ให้การดูแลที่เป็นโรคจิตเภทได้

การช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการดูแลดังนี้

1) โปรแกรมจิตศึกษา ซึ่งสร้างขึ้นโดยฟอลลูน และคณะ (Falloon, et al. อ้างใน ภัทราภรณ์ และคณะ, 2548) เป็นโปรแกรมที่ให้ความรู้ด้านจิตสังคม เน้น การลดความเครียดในครอบครัว โดยสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีวิธีการจัดการกับความเครียด ให้บุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมดังกล่าวมุ่งเน้นทักษะการแก้ปัญหาและการติดต่อสื่อสารซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหา และ ทักษะการสื่อสาร การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา เหตุผลในการใช้ยา ร่วมกับการรักษาทางจิตสังคม ในการทำกลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง จำนวน 25 ครั้ง ส่วนการบำบัดรายบุคคล เนื้อหาดำเนินการเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัว โดยใช้ทักษะการจัดการกับปัญหาเป็นหลัก หลังจากให้โปรแกรม 9 เดือนพบว่า ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภทลดลง ซึ่ง ฟอลลูน และ คณะ (Falloon, et al. อ้างใน ภัทราภรณ์ และคณะ, 2548) เชื่อว่าความเครียดของครอบครัวจะมีผลทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตมากขึ้น เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตลดลง จึงเป็นผลมาจากความเครียดของครอบครัวลดลง

2) โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา เป็นโปรแกรมที่เน้นการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของโกลด์ สติน รอดนิก อีแวนส์ เมย์ และ สตินเบอร์ (Goldstein, Rodnick Evans, May & Steinberg

อ้างใน ภัทรารักษ์ ท่งปันคำ และคณะ, 2548) เป็นการให้คำปรึกษากับครอบครัวในระยะสั้น 6 สัปดาห์ มุ่งเน้นการเผชิญปัญหา และวางแผนแก้ปัญหาครอบครัว

3) โปรแกรมจิตศึกษา ซึ่งสร้างขึ้นโดย อัจฉราวรรณ ตริยวง และ ภัทรารักษ์ ท่งปันคำ (อ้างใน อัจฉราวรรณ ตริยวง , ภัทรารักษ์ ท่งปันคำ และทิพาพร วงศ์หงส์กุล, 2548) ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรมจิตศึกษา เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท ทักษะการสื่อสาร และทักษะการจัดการกับปัญหา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ภายหลังได้รับ โปรแกรมจิตศึกษามีคะแนนความเครียดต่ำกว่า ก่อนได้รับ โปรแกรมจิตศึกษา

4) โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทกับครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งสร้างขึ้นโดย ฟาวเลอร์ (Fowler อ้างใน ภัทรารักษ์ ท่งปันคำ และคณะ, 2548) ลักษณะของโปรแกรมเป็นการประชุมกลุ่ม จัดประชุมกลุ่มทุกเดือนเป็นเวลา 6 เดือน เนื้อหาของโปรแกรมเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท การสนับสนุนประคับประคองแก่ครอบครัวผู้ป่วย และการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย การให้ความรู้แบ่งออกเป็น 6 เรื่อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภททางอารมณ์ กลวิธีการปรับตัว การรับประทานยา การดื่มสุราและการใช้ยาเสพติด แหล่งที่ให้ความช่วยเหลือและการจัดการกับปัญหาผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่าครอบครัวผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้ขึ้นซึ่งโปรแกรมส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

5) โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการอยู่ร่วมกับสังคม ของ เอนเดอร์สัน โฮการ์ต และริสส์ (Anderson, Hogarty & Reiss อ้างใน ภัทรารักษ์ ท่งปันคำ และคณะ, 2548) เป็นการให้ความรู้ทางจิตเวชและการรักษา เพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาและการเผชิญความเครียด รวมทั้งสร้างเครือข่ายระหว่างผู้รักษากับครอบครัว

6) โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการลดความเครียดในการดูแลเด็ก พัฒนาการล่าช้า ซึ่งสร้างขึ้นโดย เดือนเพ็ญ โยเอียง , ภัทรารักษ์ ท่งปันคำ และชาลินี สุวรรณยศ (อ้างใน เดือนเพ็ญ โยเอียง, ภัทรารักษ์ ท่งปันคำ และชาลินี สุวรรณยศ, 2550) ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรมฯ เป็นแผนการปฏิบัติกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลรวมถึงการจัดการปัญหาความตึงเครียดที่เกิดจากการรับรู้บทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแล ประกอบด้วยแผนการสอน 8 เรื่อง ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแลด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่เป็นจากรโรงพยาบาล ด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ผลการศึกษาพบว่า

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการลดความเครียดในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า สามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้

7) โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองของ มาลินี ปานพวงแก้ว (2542) ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มตามแนวคิดของโรเจอร์ส และกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือ เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยจิตเวชมารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยทั่วไป ดังจากการศึกษาของ มาลินี ปานพวงแก้ว (2542) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองมีระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง

8) จิตศึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคจิตเภท และทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจากการศึกษาของ สมญา นูรวุฒิ และเพชร คันธสาขันธ์ (2544) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการให้จิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า ผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยดีขึ้นร้อยละ 100 และมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 90

9) การให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปรับตัว และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจากการศึกษาของ ดาวรุ่ง หนูแก้ว (2546) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปรับตัว และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการให้การปรึกษาทางสุขภาพแก่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพพบว่าการปรับตัวดีขึ้น และความเครียดลดลงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

10) การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง จากการศึกษาของ โสภา มุสิโก (2545) ซึ่งศึกษาเรื่อง การลดความเครียดโดยวิธีให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในญาติผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการบริการปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองพบว่ามีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P<.05$

11) การศึกษาเชิงวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดของโรเจอร์สต่อการลดความเครียดในญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจากการศึกษาของ อัจฉรา บัวเลิศ (2535) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการศึกษาเชิงวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดของโรเจอร์สต่อการลดความเครียดในญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองเข้าร่วมการศึกษาเชิงจิตวิทยา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมงต่อเนื่องกัน 8 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมกลุ่มมีคะแนนจากแบบสำรวจความเครียดต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมกลุ่มมีคะแนนจากแบบสำรวจความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

12) การศึกษาเชิงวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์สต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองเข้าได้รับการศึกษาทางจิตวิทยาตามแนวโรเจอร์ส จำนวน 18 ชั่วโมงติดต่อกันเป็นเวลา 2 วัน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลทั่วไปตามปกติ ซึ่งจากการศึกษาของ ซาลินี สุวรรณยศ และขวัญพนมพร ธรรมไทย (2546) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น หลังเข้ารับการศึกษแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ส มีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนเข้ารับการศึกษเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

13) การศึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และการผ่อนคลายด้วยการบริหารเวลาตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของ อรพรรณ เสนาะ (2544) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการศึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และการผ่อนคลายด้วยการบริหารเวลาตนเองเพื่อลดความเครียดในญาติผู้ป่วยโรคจิต โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 5 คน คือ กลุ่มผ่อนคลายโดยการ บริหารเวลาของตนเอง กลุ่มศึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และกลุ่มควบคุม ระยะเวลาในการทดลองมี 3 ระยะ ระยะทดลอง ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล โดยกลุ่มทดลองพบผู้วิจัย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะ 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการศึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ มีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง ระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนญาติผู้ป่วยโรคจิตที่ได้รับการผ่อนคลายโดยการบริหารเวลาของตนเองมีระดับความเครียดในระยะหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการดูแลดังกล่าวข้างต้น สามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้ แต่งานวิจัยส่วนใหญ่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้ การผ่อนคลายความเครียด การเผชิญกับปัญหา การจัดการกับปัญหา การปรับตัว การบริการปรึกษา รวมถึงการวางแผนแก้ปัญหากับครอบครัว แต่ยังขาดเรื่องทักษะในการดูแล ซึ่งในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดจึงควรมีโปรแกรมที่มีเนื้อหาครอบคลุมทักษะในการดูแลทุกด้านซึ่งทักษะในการดูแลอาจเป็นปัจจัยหนึ่งของแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลในการประเมินสถานการณ์การดูแล ถ้ามีการประเมินใหม่ผู้ดูแลอาจประเมินว่าสถานการณ์การดูแลนั้นไม่ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ความเครียดในการดูแลลดลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ และคณะ (2549) ได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว เพื่อใช้ในการเตรียมความพร้อมในผู้ดูแล โดยโปรแกรมมีเนื้อหาเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้านประกอบด้วย การดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค การดูแลด้านการบริหารยา ตลอดจนการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 3 ด้านดังกล่าว นอกจากนี้ได้มีการนำโปรแกรมฯ ไปใช้อย่างต่อเนื่องดังเช่น จากการศึกษาของ สุวารี คำปวนสาย (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการลดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว มีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ในระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ จิราภรณ์ นพคุณขจร และ จีรพรรณ สุริยงค์ (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในระยะก่อนทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$)

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว มาใช้ในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลน่าน้อย จังหวัดน่าน ซึ่งผู้ดูแลอาจประเมินสถานการณ์การดูแลว่าไม่ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ความเครียดในการดูแลอาจลดลงได้

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ภัทราภรณ์ และคณะ (2548) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยผู้ดูแล (Family caregiving) เป็นกระบวนการที่สำคัญเนื่องจากเป็นแนวทางหนึ่งในการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง และเป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองของประชาชนในชุมชน ดังนั้นการ

ดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต จริตประเพณี ความเชื่อ ความต้องการของผู้ดูแล และชุมชน ตลอดจนตัวผู้ป่วยเอง เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากที่สุด นอกจากนี้ เป็นการผสมผสานความรู้ทางการแพทย์ และภูมิปัญญาท้องถิ่น (Tungpunkom, 2000)

แนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

จากแนวคิดการพัฒนาทักษะของเดรฟัส และ เดรฟัส (Dreyfus & Dreyfus, อ้างใน Tungpunkom, 2000) กล่าวว่า การพัฒนาทักษะการดูแล หมายถึง พฤติกรรมการดูแล ซึ่งเกิดจากผู้ดูแลกระทำตามประสบการณ์ที่ตนเองสั่งสมมา ซึ่งผู้ดูแลจะพัฒนาทักษะในขั้นเริ่มแรกที่อิงทฤษฎี ต่อมาก็จะผสมผสานกับประสบการณ์จนเกิดความเชี่ยวชาญต่อไป จากแนวคิดของการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว หากผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะการดูแลจนมองการดูแลเป็นเรื่องที่ปกติ และมีชีวิตที่สมดุลได้นั้น จะนำไปสู่การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ภัทรภรณ์ ห่งปันคำ และคณะ (2548) ได้อธิบายรูปแบบการพัฒนาทักษะจากแนวคิดการพัฒนาทักษะของเดรฟัส และ เดรฟัส (Dreyfus & Dreyfus, อ้างใน Tungpunkom, 2000)

ตามรูปแบบการพัฒนาทักษะ (Skill Acquisition Model) ซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนาทักษะ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเริ่มต้น ผู้ดูแลที่รับบทบาทผู้ดูแลใหม่ จะทำกิจกรรมการดูแลแบบลองผิดลองถูก แต่หากผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องโรค การรักษา และการดูแลที่ถูกต้อง ผู้ดูแลจะปฏิบัติตามข้อแนะนำ หรือตามกฎระเบียบทุกขั้นตอนโดยไม่คำนึงถึงบริบทสิ่งรอบข้าง ผู้ดูแลมองว่าการดูแลเป็นงานชิ้นหนึ่งที่ตนต้องทำตามบทบาทที่ได้รับ ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียด ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการดูแลและการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแลในขั้นนี้ จึงมีส่วนความสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาทักษะอย่างถูกต้อง

ขั้นที่ 2 ขั้นเรียนรู้ ผู้ดูแลเริ่มที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่นอกเหนือจากข้อปฏิบัติหรือกฎระเบียบ จากการอ่านหนังสือ จากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ โดยผสมผสานกับประสบการณ์ตรงของตนเองไปช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว ผู้ดูแลเริ่มจำเหตุการณ์ รายละเอียดต่างๆ ซึ่งจะมีแตกต่างจากบุคคลสู่บุคคล

ขั้นที่ 3 ขั้นมีความสามารถ ผู้ดูแลเริ่มกระทำกิจกรรมนั้นด้วยใจ และความรู้สึก เริ่มมีการประยุกต์วิธีการทำกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของตนเอง แต่มีจุดมุ่งหมายเหมือนเดิม หากมี

เหตุการณ์ใหม่ๆเกิดขึ้น ผู้ดูแลจะตัดสินใจแก้ปัญหาบนพื้นฐานประสบการณ์ที่ตนเองได้สั่งสมไว้เป็นหลัก

ขั้นที่ 4 ขั้นชำนาญ ผู้ดูแลเริ่มใช้สัญชาตญาณในการทำกิจกรรม การกระทำจะเป็นไปด้วยความรวดเร็ว เป็นอัตโนมัติ เริ่มมองเห็นจุดสำคัญของสิ่งที่เป็นประเด็นหลักๆ และไม่สนใจต่อสิ่งเล็กน้อย

ขั้นที่ 5 ขั้นเชี่ยวชาญ ผู้ดูแลเริ่มมองว่าการดูแล และความยุ่งยากที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหาแต่มองว่าเป็นสิ่งปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และแสวงหาแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างสมดุลไปพร้อมกับสิ่งที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลจะกระทำตามประสบการณ์ที่ตนเองสั่งสมมา

ภัทราภรณ์ และคณะ (2548) กล่าวว่า ผู้ดูแลจะพัฒนาทักษะในขั้นเริ่มแรกที่อิงทฤษฎี ต่อมาก็จะผสมผสานกับประสบการณ์จนเกิดความรู้ความเชี่ยวชาญต่อไป ซึ่งจากแนวคิดของการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว หากผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะการดูแลจนมองการดูแลเป็นเรื่องที่ปกติและมีชีวิตที่สมดุลได้นั้น จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดการพัฒนาทักษะของ เดรฟัส และ เดรฟัส (Dreyfus & Dreyfus, อ้างใน Tungpunkom, 2000) มาทดลองใช้ในการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล

จากแนวคิดและความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านดังกล่าวข้างต้นนั้นพอจะสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นหน้าที่หลักของทีมการดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมช่วยเหลือและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนั้น ผู้ศึกษาที่เป็นหนึ่งในทีมการดูแลผู้ป่วย จึงได้เห็นความสำคัญในการหาแนวทางการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้กับญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่จัดได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในปัจจุบัน พบว่ามีหลายรูปแบบทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อม และความเหมาะสมของหน่วยงานนั้นๆปัจจุบันโรงพยาบาลนานาชาติมี รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในลักษณะแบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในรายที่ซับซ้อน แต่ไม่สามารถลงสู่การปฏิบัติอย่างครอบคลุมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการทั้งหมดได้ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เนื่องจากเนื้อหาในโปรแกรมนั้นมีความครอบคลุมในการพัฒนาทักษะการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยที่บ้าน ที่เป็นไปตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องให้การดูแล ที่ได้จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ของ ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ (Tungpunkom, 2000) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ 2) การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค 3) การดูแลด้านการบริหารยา

ทักษะที่จำเป็นที่ใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 3 ด้านมีทั้งหมด 14 ทักษะ ซึ่งการใช้ทักษะดังกล่าวมีการใช้ทักษะในแต่ละด้านแตกต่างกันดังนี้

ทักษะการดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การดูแลด้านการป้องกันการถูกรังเรียนหรือการถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น โดยทักษะที่ใช้มี 8 ทักษะดังนี้

1. ทักษะการเตือน หมายถึง การใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลที่แสดงถึงความห่วงใย ดังนั้นการพูดด้วยความรัก และความห่วงใยเป็นหัวใจของการเตือนที่ดี การเตือนในเรื่อง 1) การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ แปรง เปลี่ยนเสื้อผ้า การรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ โดยเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบผู้ป่วยจะมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ด้านกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก 2) เรื่องการช่วยงานบ้าน การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำงาน รับผิดชอบงานเล็กๆ น้อยๆ ภายในบ้านเป็นสิ่งที่ดี เป็นการลดเวลาการนอนกลางวันของผู้ป่วย และช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วย 3) เรื่องการรับประทานยา การรับประทานยาเป็นสิ่งที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช

2. ทักษะการแนะนำ หมายถึง การชี้แนะผู้ป่วยในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ควรให้เหตุผลประกอบ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และปฏิบัติตามอย่างยั่งยืน

3. ทักษะการทำกิจกรรมแทน หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวันให้แก่ผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ในกรณีที่ผู้ป่วย มีอาการทางจิตกำเริบหรือในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงของยา อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน

4. ทักษะการสอนกำกับ หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ทำการฝึกกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยเรื้อรัง และในช่วงที่มีอาการกำเริบ จะมีความพร้อมในการดูแลตนเอง

5. ทักษะการต่อรอง หมายถึง เทคนิคการสร้างเงื่อนไขเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยใช้รางวัล หรือ การลงโทษเป็นเงื่อนไข

6. ทักษะการไกล่เกลี่ย หมายถึง การเจรจาอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจ เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต และทรัพย์สินของผู้อื่น หรือการรักษาสิทธิอันชอบธรรมของผู้ป่วย

7. ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย หมายถึง การควบคุมสิ่งแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ในกรณีที่ ไม่สามารถ จัดการ หรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยตรงกับผู้ป่วยได้

8. ทักษะการจัดการการถูกประทับตรา/การถูกรังเกียจ หมายถึง การที่ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับการที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม มีวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ทักษะการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะ โรค ประกอบด้วย การจัดการกับอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายตนเอง โดยทักษะที่ใช้มี 5 ทักษะดังนี้

1. ทักษะการประเมินและสังเกตอาการ หมายถึง การประเมิน และการสังเกตถึงปัญหาหรือความต้องการในการดูแล

2. ทักษะการขอความช่วยเหลือ หมายถึง การขอความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

3. ทักษะการบอกสิ่งที่เป็นจริง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานะปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นจริง

4. ทักษะการถอยห่าง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้หลีกเลี่ยงจากสถานการณ์การดูแลชั่วคราวเพื่อสงบสติอารมณ์

5. ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง เทคนิคการป้องกันตนเองตนเองจากการถูกทำร้ายร่างกาย จากผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และไม่เกิดอันตรายต่อทักษะการดูแลด้านการบริหารยา ประกอบด้วย การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การดูแลด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา การดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยา โดยทักษะที่ใช้มีดังนี้

1. ทักษะการจัดการเรื่องยา หมายถึง การดูแลจำนวนยาให้เพียงพอจนถึงวันนัด และการให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาครบตามแผนการรักษา ตลอดจน การตัดสินใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนยารวมทั้งการจัดเก็บยาให้ปลอดภัย จากการนำไปใช้แบบไม่เหมาะสม

2. ทักษะการประเมินและสังเกตอาการ การประเมิน และการสังเกตถึงปัญหาหรือความต้องการในการดูแล จากการรับประทานยา

ทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งหมด 14 ทักษะ พบว่ามีความครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 3 ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งหากผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลได้ครบถ้วนจะสามารถส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยใช้ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่น่าจะสอดคล้องและมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ปฏิบัติงานของพยาบาล เพื่อช่วย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลน่าน อำเภอน่าน จังหวัดน่าน ได้มีการพัฒนาทักษะการดูแลเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านต่อไป

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว หมายถึง รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมในผู้ดูแล ในเรื่องทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ 2) การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค และ 3) การดูแลด้านการบริหารยา ตลอดจนการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 3 ด้านดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งพัฒนาโดยภัทรภรณ์ พุ่มปันคำ และคณะ (2548)

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว พัฒนาจากการผสมผสานแนวคิดที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับ แนวคิดการพัฒนาบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน แนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย การสอนให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของตนเองในฐานะเป็นผู้ดูแล และเข้าใจธรรมชาติของการดูแล ตลอดจนการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลซึ่งในโปรแกรมฯมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับยาและการรักษาอื่นๆที่ใช้รักษาโรคจิตเวช ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 14 ทักษะ เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีความเข้าใจและสามารถนำไปดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินกิจกรรมในครั้งแรกจะช่วยให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของตนเองในฐานะผู้ดูแลเข้าใจในบทบาทของผู้ดูแลรวมทั้งเข้าใจธรรมชาติของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่ประกอบไปด้วย กระบวนการดูแล กิจกรรมการดูแล และทักษะการดูแล ซึ่งกระบวนการดูแลแบ่งออกเป็น 3 ช่วงตามสถานการณ์ของการดูแล คือ การดูแลในช่วงวิกฤติหรือฉุกเฉิน การดูแลในช่วงขอความช่วยเหลือ การดูแลในช่วงการดำเนินชีวิตตามปกติ โดยกระบวนการดูแลจะเป็นพลวัตรกลับไปมาในแต่ละช่วงตามอาการของผู้ป่วยที่จะกำเริบเป็นครั้งคราว โปรแกรมฯนี้จะช่วยส่งเสริมให้กระบวนการดูแลอยู่ในช่วงของการดำเนินชีวิตตามปกติ ให้ได้นานที่สุด ลักษณะของเนื้อหาในโปรแกรมฯมีความครอบคลุมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวช 3 ด้าน คือ 1) การดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ 2) การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรคร่วม 3) การดูแลด้านการบริหารยา โดยกิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้านนี้ผู้ดูแลจะทำได้ดีต้องเริ่มต้นจากการยอมรับในบทบาทของตนเองก่อนเมื่อยอมรับบทบาทของตนเองแล้วต่อจากนั้นก็จะต้องอาศัยทักษะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งภัทรภรณ์ พุ่มปันคำ (Tungpunkom, 2000) ได้ศึกษา และสรุปทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ที่ได้จากการเรียนรู้โดยประสบการณ์ตรงของมารดาที่ดูแลลูกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่บ้านที่แบ่งออกเป็น 14 ทักษะที่

จำเป็น คือ 1) ทักษะการประเมินสังเกตอาการ 2) ทักษะการเตือน 3) ทักษะการแนะนำ 4) ทักษะการบอกสิ่งที่เป็นจริง 5) ทักษะการทำกิจกรรมแทน 6) ทักษะการสอนกำกับ 7) ทักษะการถอยห่าง 8) ทักษะการต่อรอง 9) ทักษะการไต่ถาม 10) ทักษะการจัดการเรื่องยา 11) ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม 12) ทักษะการขอความช่วยเหลือ 13) ทักษะการจัดการการถูกประทับตรา/การถูกรังเกียจ 14) ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ลักษณะโปรแกรมฯ มีทั้งหมด 6 ครั้ง การดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง โดยแต่ละครั้งมีจุดมุ่งเน้นที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

ครั้งที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน กิจกรรมในครั้งนี้ เป็นการชี้แนะให้ผู้ดูแลยอมรับ และเข้าใจในบทบาทของตนเองในฐานะผู้ดูแลซึ่งเมื่อผู้ดูแลยอมรับในบทบาทของตนเองแล้วจะส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการที่จะเรียนรู้แนวทางการดูแลซึ่งเป็นกิจกรรมในครั้งต่อไป ประกอบด้วยกิจกรรม

1) ให้ผู้ดูแลประเมินความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ก่อนเริ่มฝึกโปรแกรมฯ (วัดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ) และให้ผู้ดูแลประเมินความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของตนเองอีกครั้ง หลังฝึกโปรแกรมฯครบ 6 ครั้ง (วัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ)

2) ให้ผู้ดูแลวิเคราะห์ว่าส่วนใหญ่การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล อยู่ในช่วงใด ตามใบงานที่ 1.2 และร่วมอภิปรายเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่บ้านในประเด็น กิจกรรมการดูแลกระบวนการดูแล ทักษะการดูแลโดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วม ตามใบความรู้ครั้งที่ 1 เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ครั้งที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ กิจกรรมในครั้งนี้จะเป็นการให้ความรู้ใน เรื่องโรคจิตเภท อาการและอาการแสดงต่างๆ ซึ่งการมีความรู้เรื่องโรคนั้นจะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น

กิจกรรมประกอบด้วย ให้ผู้ดูแลอภิปรายคำตอบที่แตกต่าง ซึ่งประเด็นชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่างคนปกติ และผู้ที่เป็นโรคจิตเวช ตามใบงานที่ 2.1 การสำรวจอาการทางจิตเวชของผู้ป่วย โดยให้ผู้ดูแลอภิปรายความหมายของโรคทางจิตเวช สาเหตุ ความเชื่อผิดๆ และอาการสำคัญ ตามใบความรู้ ครั้งที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ

ครั้งที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่นๆ ที่ใช้รักษาโรคจิตเวช กิจกรรมในครั้งนี้เป็นการทำความเข้าใจในการรักษาที่มีความสำคัญก่อนที่จะเข้าสู่การพัฒนาทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในการเข้าร่วมโปรแกรมฯครั้งต่อไป

กิจกรรมประกอบด้วย ให้ผู้ดูแลอภิปรายกระบวนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ตนเองดูแล และอภิปรายความสำคัญของการรักษาแต่ละอย่าง ตามใบความรู้ครั้งที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้ง

การรักษาอื่นๆ ที่รักษาโรคจิตเวช ให้ผู้ดูแลเขียนชื่อยาของผู้ป่วย จำนวน วันเวลาที่เริ่มรับประทานยา วัตถุประสงค์ของการใช้ยา วันที่ปรับเปลี่ยนยา เหตุผลที่เปลี่ยนแปลงในตาราง โดยใช้คู่มือยาเป็นหลัก หากผู้ดูแลไม่รู้จักชื่อยา หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลอภิปรายเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยรับประทานส่งผลต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ตามใบงาน 3.1 กระบวนการรักษาพยาบาล

ครั้งที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ กิจกรรมในครั้งนี้ เป็นการให้ทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิตร่วมกันของคนในครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแล และผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้บรรยากาศของครอบครัวดีขึ้นมาด้วย

กิจกรรมประกอบด้วยให้ผู้ดูแลเลือกอธิบายความหมายของทักษะแต่ละทักษะ ใช้ในสถานการณ์ใดบ้าง ตามใบความรู้ครั้งที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล และฝึกทำบทบาทสมมติเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วย หลังจากนั้นฝึกทักษะต่างๆ ตามใบงานที่ 4 ทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน

ครั้งที่ 5 ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค กิจกรรมในครั้งนี้ โดยเป็นการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็น ซึ่งหากผู้ดูแลมีทักษะด้านนี้แล้วก็จะส่งผลให้ความเครียดและวิตกกังวลในการดูแลมีน้อยลงและมองการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเรื่องที่ไม่ยากลำบากนัก

ประกอบด้วยกิจกรรม ให้ผู้ดูแลบอกอาการเตือนก่อนกลับเป็นซ้ำของผู้ที่ดูแลอยู่ แล้วให้เลือกอธิบายความหมายทักษะแต่ละทักษะใช้ในสถานการณ์ใดบ้าง ตามใบความรู้ครั้งที่ 5 ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค ฝึกการทำบทบาทสมมติเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วย แล้วฝึกทักษะต่างๆ อภิปรายเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือในชุมชน และการจัดการที่เคยได้รับ และผู้ดูแลฝึกการป้องกันตนเองเบื้องต้น ตามใบงาน 5.1 ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค

ครั้งที่ 6 ทักษะที่เกี่ยวกับการบริหารยา กิจกรรมในครั้งนี้ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ญาติเห็นความสำคัญ และมีทักษะในการดูแลเรื่องยาที่ถูกต้องชัดเจน เพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทในการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง

ประกอบด้วยกิจกรรมให้ผู้ดูแลบอกอาการข้างเคียงของยาที่เคยทราบ โดยใช้แบบตรวจสอบอาการข้างเคียงของยาและ ร่วมอภิปรายบทบาทของผู้ดูแลในการสังเกต และช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงของยา ตามใบงานครั้งที่ 6 การบริหารยา และตามใบความรู้ครั้งที่ 6 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา

จะเห็นว่าลักษณะของกิจกรรมการดูแล ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสามารถให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้มากที่สุด และเนื้อหาของโปรแกรมเป็นเนื้อหาที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้ง 3 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) ทักษะการดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ 2) ทักษะการดูแลที่เกิดจากภาวะโรค และ 3) ทักษะการดูแลด้านการบริหารยาโดยมีความครอบคลุมทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ซึ่งทักษะการดูแลอาจเป็นปัจจัยหนึ่งของแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล หากผู้ดูแลได้รับทักษะการดูแลก็จะเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ให้กับผู้ดูแลในการประเมินสถานการณ์การดูแล เมื่อมีการประเมินสถานการณ์การดูแลใหม่ ผู้ดูแลก็จะประเมินสถานการณ์นั้นว่าไม่ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง

ผลของโปรแกรมดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความเครียดในการดูแล

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ของภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ และคณะ (2548) มีลักษณะของกิจกรรมการดูแลประกอบด้วย กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสามารถให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้มากที่สุด และเนื้อหาของโปรแกรมเป็นเนื้อหาที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้ง 3 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) ทักษะการดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ 2) ทักษะการดูแลที่เกิดจากภาวะโรค 3) ทักษะการดูแลด้านการบริหารยาโดยมีความครอบคลุมทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ซึ่งทักษะการดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งของแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล หากผู้ดูแลได้รับทักษะการดูแลก็จะเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ให้กับผู้ดูแลในการประเมินสถานการณ์การดูแล เมื่อมีการประเมินสถานการณ์การดูแลใหม่ ผู้ดูแลก็จะประเมินสถานการณ์นั้นว่าไม่ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง ซึ่งได้มีการนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้อย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของสุวารี คำปวนสาย (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และการศึกษาของ จิราภรณ์ นพคุณขจร และ จีรพรรณ สุริยงค์ (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของ

ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในระยะก่อนทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$)

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวไปเพิ่มทักษะการดูแลให้กับผู้ดูแล ซึ่งทักษะการดูแลอาจเป็นปัจจัยหนึ่งของแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล เมื่อมีการประเมินสถานการณ์การดูแลใหม่ ผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวอาจจะประเมินสถานการณ์การดูแลว่าไม่ก่อให้เกิดเครียด ส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลงได้

การดูแลผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

โรงพยาบาลน่านเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง เป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่ซับซ้อน ให้บริการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันไปครอบคลุมในเรื่อง การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีสาระสำคัญของการกระบวนการดูแลดังนี้

งานบริการผู้ป่วยนอก เป็นการบริการตรวจรักษา บริการรับยาเดิม บริการให้คำปรึกษาและบริการคลินิกพิเศษต่างๆ เช่น คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช คลินิกอดสุรา คลินิกอดบุหรี่ คลินิกจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสารเสพติด เป็นต้น จากบริการดังกล่าวจะพบว่า มีผู้ดูแลรายใหม่และรายเก่าที่เข้ามาใช้บริการ โดยผู้ดูแลรายใหม่ทางโรงพยาบาลจะดำเนินการคัดกรองอาการทางจิตเวช สัมภาษณ์ประวัติ ให้คำแนะนำ หรือบางรายที่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีภาวะเครียดจากการดูแล ผู้ดูแลจะได้รับบริการโดยการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม และหลังให้บริการปรึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายที่ประเมินอาการแล้วผู้ดูแลควรได้รับการรักษาจากแพทย์จะส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยรักษา และนัดติดตามดูอาการเพื่อให้การบริการปรึกษาและรับการรักษาต่อเนื่อง และถ้ากรณีที่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่มาตามนัด จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้การบริการปรึกษาที่บ้าน ซึ่งถ้าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชน มีระบบการส่งต่อโดยส่งพบจิตแพทย์เพื่อรับตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดต่อไป ในกรณีที่ผู้ดูแลรายเก่าที่มารับบริการโดยพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมทางสังคมของผู้ดูแลที่อยู่ในชุมชน และการให้การดูแล เช่นอาการผิดปกติทางจิต การดำเนินชีวิตทั่วไป การรับประทานยา การติดต่อทางสังคม การทำงาน เป็นต้น หากพบว่ามีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมหรือการให้การดูแลพยาบาลจะให้คำปรึกษา และส่งพบแพทย์เพื่อปรับ

แผนการรักษาให้เหมาะสม ในรายที่มีปัญหาซับซ้อนก็จะพิจารณาปรึกษางานเยี่ยมบ้าน (home health care) เพื่อดำเนินการต่อไป

งานบริการผู้ป่วยใน เป็นการบริการผู้ดูแลที่มีในรายที่มีปัญหาซับซ้อนมากซึ่งแพทย์เป็นผู้ให้การตรวจวินิจฉัยเพื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้บริการดูแลและมุ่งเน้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล หลังจากอาการทุเลาแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ หากพบปัญหาซับซ้อนในการดูแล ก็จะดำเนินการประสานงานเยี่ยมบ้านเพื่อดำเนินการเยี่ยมบ้านต่อไป

งานเยี่ยมบ้าน เป็นการให้บริการเชิงรุกครอบคลุมการให้คำปรึกษาที่บ้าน ประสานเครือข่ายบริการ และเตรียมชุมชนเพื่อรองรับผู้ป่วยกลับชุมชน โดยสาระสำคัญคือ รับปรึกษาจากงานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน โดยการลงทะเบียนจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และพิจารณาดำเนินงาน โดยการติดต่อทางโทรศัพท์ จดหมาย ประสานงานกับเครือข่าย เช่น สถานีอนามัย ผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน เพื่อดำเนินการช่วยเหลือ เรื่องการทำงาน การดำเนินชีวิตในสังคม เป็นต้น

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแล ซึ่งทักษะในการดูแลนับว่าเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนตนอย่างหนึ่งของผู้ดูแล หากผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแล จะทำให้ผู้ดูแลขาดแหล่งประโยชน์ส่วนตนในการจัดการสถานการณ์ ซึ่งจากแนวคิดของ ลาซารัส และ โฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่าความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยสติปัญญา ผ่านกระบวนการประเมินค่าทางปัญญา (cognitive appraisal) ว่าปฏิสัมพันธ์นั้นจะมีผลเสียหรือเป็นโทษต่อสุขภาพหรือไม่ ซึ่งการประเมินจะขึ้นกับคุณลักษณะของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลรับรู้และประเมินสถานการณ์ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง เป็นสิ่งคุกคาม ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลจะใช้แหล่งประโยชน์ส่วนตนที่มีอยู่ในการปรับตัวอย่างเต็มที่ หากบุคคลประเมินว่ามีแหล่งประโยชน์ส่วนตนไม่เพียงพอกับความ ต้องการ ทำให้บุคคลไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ บุคคลจึงประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับทักษะในการดูแลซึ่งเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ส่วนตนให้กับผู้ดูแล โดยการให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลจะได้นำไปใช้ในการจัดการกับสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เมื่อผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวก็จะทำให้ผู้ดูแลประเมินว่ามีแหล่งประโยชน์เพียงพอกับความ ต้องการในการจัดการกับสถานการณ์ และสามารถจัดการสถานการณ์การดูแลนั้นได้ ดังนั้นเมื่อมีการประเมินซ้ำ

ผู้ดูแลก็จะประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ความเครียดในการดูแลลดลง

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมาใช้ในการฝึกทักษะให้กับผู้ดูแล เพื่อเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ส่วนตนให้กับผู้ดูแล ซึ่งโปรแกรมฯ ดังกล่าวพัฒนาโดย ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ และคณะ (2548) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมในผู้ดูแล เนื้อหาของโปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรมการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเวช และทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ทักษะการดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ 2) ทักษะการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค และ 3) ทักษะการดูแลด้านการบริหารยา โดยทำการประเมินความเครียดก่อนและหลังการให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่งหากผลการศึกษายืนยันว่าโปรแกรมนี้สามารถลดความเครียดในการดูแลได้ ผู้ศึกษาจะได้นำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลกลุ่มนี้ต่อไป