

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท
2. การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน
3. ทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
4. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว
5. การเผยแพร่ความรู้
6. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่บึง

โรคจิตเภท

ความหมายของโรคจิตเภท

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำอธิบายไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติด้านอารมณ์ การรับรู้กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม เป็นกลุ่มอาการแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ สติปัญญา การเชื่อมโยงความคิดการควบคุมตัวเอง การแสดงออกทางอารมณ์ และขาดแรงจูงใจ (World Health Organization, 2002)

ในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV-TR (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision) ให้ความหมายของการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ว่าเป็นอาการและอาการแสดงทางจิตโดยใช้เกณฑ์ด้านความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน เกณฑ์ด้านการสังคม เกณฑ์ด้านระยะเวลาที่เกิดอาการ ทั้งนี้จะต้องสามารถบ่งบอกให้ได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่อาการที่เกิดจากความผิดปกติของโรคทางสมอง หรือการได้รับสารพิษ (อ้างในสุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

ส่วนระบบการแยกโรค ICD - 10 (The 10th Edition of the International Classification Disease) ได้ให้ความหมายว่า โรคจิตเภทหมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการ

เจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการ หลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติ ด้านความคิด ด้านคำพูด มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด มีลักษณะอาการผิดปกติ อย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association [APA], 1994)

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2549) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท เป็นกลุ่มอาการแสดง ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมอง ด้านการรับรู้สติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตัวเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และขาดแรงจูงใจ

ดังนั้นโรคจิตเภทหมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยมีการแสดงออกของพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป มีความผิดปกติด้านความสามารถในการ ควบคุมตนเอง การแสดงออก และความสามารถด้านการสื่อสาร ไม่เหมาะสม

ลักษณะอาการของโรค

อาการที่สำคัญของโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์ อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual Disorder Fourth Edition Text Revision [DSM-IV-TR], 2000) คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1. อาการด้านบวก (positive symptoms)

1.1 อาการหลงผิด (delusion) การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริงและ เป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์หรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยก็ยังคงยังไม่เปลี่ยนความเชื่อ ของตน ความหลงผิดที่พบในโรคจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น อาการหลงผิดที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วย หลงผิดคิดว่ามีคนปองร้ายได้แก่ หลงผิดคิดว่าผู้อื่นพูดเรื่องราวที่เกี่ยวกับตน ว่าร้าย นินทา สิ่ง ที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง ผู้ป่วยมักดึงเรื่องรอบตัวมาเชื่อมโยงกับตนเอง เช่น เห็น คนคุยกันก็เชื่อว่าเขา คุยเรื่องของตนเอง อ่านหนังสือพิมพ์ก็รู้สึกว่ามีเรื่องเกี่ยวกับตนเองไป เขียน ดูโทรทัศน์ก็รู้สึกว่ามีเรื่องในโทรทัศน์เกี่ยวข้องกับตนเอง หลงผิดคิดว่าการกระทำของตนถูก ควบคุมโดยอำนาจภายนอก เช่น เชื่อว่าตนมีเครื่องดักจับสัญญาณคลื่นอยู่ในสมอง หรือมีอำนาจ ะไรบางอย่างมาบังคับให้ตนเองต้องทำตามทุกอย่างโดยฝืนไม่ได้เลย หลงผิดคิดว่าตนเจ็บป่วยทาง ร่างกาย หลงผิดคิดว่าตนเป็นใหญ่ และหลงผิดคิดว่าส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายขาดหายไป (ศิริยุพา นันสุนานนท์, 2544)

1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) คือการมีการรับรู้ต่างๆ ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นซึ่ง เป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนชนิดต่างๆ ชนิดที่พบบ่อยคือหูแว่ว โดยพบในผู้ป่วยร้อยละ 75 เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียงหรือคำพูด

เช่น คนพูดว่าร้าย สบประมาท พูดเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคนๆ เดียวหรือหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆ หรือพูดจาโต้ตอบด้วยแบ่งเป็น อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน (auditory hallucination) อาการประสาทหลอนทางการเห็น (visual hallucination) อาการประสาทหลอนทางการสัมผัส (tactile hallucination) อาการประสาทหลอนทางการได้กลิ่น (olfactory hallucination)

1.3 ความผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยจะมีปัญหาทางด้านความคิด ขาดความเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่องเพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราวโดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปอีกรื่องหนึ่ง ความผิดปกติเช่นนี้เรียกว่าความสัมพันธ์ไม่ต่อเนื่อง (loss association) หรือผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่องเลยเรียกว่า การพูดไม่ต่อเนื่องกัน (incoherence)

1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายลักษณะต่างๆ เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็กและพลุ่งพล่านกระวนกระวายมาก อาจไม่สนใจดูแลตนเองแต่งตัวสกปรกหรือแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เช่น การช่วยเหลือตัวในที่สาธารณะ ผู้ป่วยอาจส่งเสียงร้องตะโกนหรือกล่าวคำหยาบ

พฤติกรรมแบบไม่เคลื่อนไหว (catatonia) อาการนี้มักพบในผู้ป่วยซึ่งเกิดอาการอย่างเฉียบพลัน โดยมีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้ ได้แก่ การเคลื่อนไหวทางร่างกายลดลง (catatonia stupor) ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่พูด ไม่รับรู้ความเป็นไปของภาวะแวดล้อม การเคลื่อนไหวทางร่างกายแข็งเกร็ง (catatonia rigidity) แขนขาและลำตัวของผู้ป่วยเกร็งแข็งอยู่ตลอดเวลา การเคลื่อนไหวทางร่างกายแบบต่อต้าน (catatonia negativism) ผู้ป่วยจะต่อต้านและทำตรงข้ามกับคำสั่ง การเคลื่อนไหวทางร่างกายอยู่ในท่าแปลกๆ เป็นเวลานาน (catatonia posturing) ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งซึ่งมีลักษณะแปลกประหลาดเป็นเวลานานๆ การเคลื่อนไหววุ่นวายคลุ้มคลั่ง (catatonia excitement) ผู้ป่วยมีอาการอะอะ ดิ้นเต้น วุ่นวาย ก้าวร้าว อาจเป็นอันตรายต่อคนอื่นหรือเกิดอุบัติเหตุกับตัวเอง (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

2. อาการด้านลบ (negative symptoms) อาการด้านลบมีดังต่อไปนี้ อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) สีหน้าของผู้ป่วยเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง พูดน้อยไม่พูด (alogia) แสดงออกโดยตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดน้อยและไม่สนใจที่จะตอบ ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิดโดยจะนั่งเฉยๆ เป็นเวลานานๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคมอาการทั้งทางด้านบวกและด้านลบจะปรากฏในกิจกรรมต่างๆ เช่น การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การทำงาน การเรียนและการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านการเรียนและ

อาจเรียนไม่จบ ผู้ป่วยจำนวนมากถูกให้ออกจากงานและได้รับการจ้างให้ทำงานในระดับต่ำกว่าเมื่อเทียบกับบิดามารดา ซึ่งเรียกว่ามีวิถีชีวิตต่ำลง

การดำเนินของโรค

ส่วนใหญ่การป่วยด้วยโรคจิตเภทเริ่มมีอาการอายุประมาณ 20-30 ปี พบว่าเพศชายเริ่มมีอาการขณะอายุน้อยกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่แล้วจะพบอาการหลังช่วงวัยรุ่น โรคนี้ยังอาจพบได้ในผู้สูงอายุ เช่น เริ่มมีอาการภายหลังอายุ 45 ปี แต่พบได้ไม่บ่อยนัก ระยะเริ่มมีอาการของโรคจะค่อยเป็นค่อยไป และมักพบอาการกำเริบเมื่อประสบกับความกดดันด้านจิตใจ ด้านการดำเนินโรคมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย การจัดกลุ่มการดำเนินโรค การกำหนดวิธีการศึกษาแตกต่างกันไป โดยรวมแล้วเมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลานาน 10-20 ปี พบว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ร้อยละ 20-30 สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ (social remission) ร้อยละ 20-30 ยังคงมีอาการอยู่ปานกลาง และร้อยละ 40-60 ยังคงมีอาการมากอยู่เป็นเวลานาน ผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศทางตะวันออกมีพยากรณ์โรคที่ดีกว่าผู้ป่วยทางตะวันตก ซึ่งสันนิษฐานว่าน่าจะเป็นจากการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวของประเทศฝั่งตะวันออกมีมากกว่าทางตะวันตก โดยทั่วไปแล้วโรคนี้จะมีอาการรุนแรงมากที่สุดในช่วงวัยหนุ่มสาว (20-30 ปี) แต่หลังจากอายุ 40 ปี อาการจะลดความรุนแรงลง จนเหลืออาการน้อยในช่วงวัย 50-60 ปี โดยอาการที่จะลดลงส่วนใหญ่มักเป็นอาการในด้านบวก การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละรายจะ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย ระยะของโรคแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ (ศิริยุพา นันสุนานนท์, 2544)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น พฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนไปจากเดิม บางคนอาจหันไปสนใจในเรื่องทางด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ บางคนหมกมุ่นกับบางสิ่งบางอย่างอย่างมาก หากเป็นนักเรียนผลการเรียนเริ่มตกต่ำลง ครูอาจรายงานว่าเด็กมักเหม่อลอยหรือไม่ค่อยสนใจเรียน เพื่อนจะมีความรู้สึกที่ผู้ป่วยห่างไกลจากกลุ่ม มีความคิด คำพูด หรือมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ที่บ้านอาจเห็นว่าผู้ป่วยกลายเป็นคนขี้เกียจวันหยุดก็ตื่นสาย การสนใจเรื่องของร่างกายหรือการแต่งกายก็ลดลง จากเดิมเป็นคนสะอาดกลายเป็นมีเสื้อผ้ากองอยู่เกลื่อนห้อง เมื่อถูกถามเรื่องเหล่านี้มักมีข้ออ้างต่างๆ มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ระยะนี้อาจนานใช้เวลานาน ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุรามากหรือเครียดจัดอาจเห็นชัดขึ้นว่า

ไม่ค่อยปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจนพอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมา (ศิริยุพา นันสุนานนท์ , 2544)

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการก็เพิ่มมากขึ้นจนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลายเดือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สบตคน เป็นต้น ในระยะนี้ความผิดปกติจะเริ่มเห็นเด่นชัด ได้แก่ อาการหลงผิด หูแว่ว หวาดระแวงว่าคนมาทำร้าย หรือพูดแล้วคนอื่นฟังไม่เข้าใจ อาการด้านพฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางคนอาจมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะคนเดียว มีอารมณ์เศร้า หรืออาการอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งเรียกว่าอาการด้านลบ คือ ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไป ได้แก่ พุดน้อยหรือไม่ค่อยพูด การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก สีหน้าเรียบเฉย (ศิริยุพา นันสุนานนท์ , 2544)

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการจะคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการทางจิต อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจซึ่งเป็นบ่อยครั้งก็ยิ่งทำให้อาการเสื่อมลงเรื่อยๆ จะเห็นได้ว่าลักษณะของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ครอบครัวจะไม่ทันสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยชัดเจนนักจนกระทั่งมีอาการด้านบวกเกิดขึ้นจึงมาพบแพทย์ ทำให้การพยากรณ์โรคไม่ค่อยดีนัก มักมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย และ เป็นเรื้อรัง บุคลิกภาพ และพฤติกรรมเสื่อมลงเรื่อยๆ ทำให้ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อนกว่าโรคโดยทั่วไป (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทมีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค จึงไม่สามารถสรุปได้ว่ามาจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทมีดังนี้

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) หลังจากที่มีการพบยาด้านโรคจิตที่ใช้รักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทางชีวภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกับผู้ป่วยทั่วไป ที่ไม่ได้เจ็บป่วยทางจิต และในคนปกติ พบว่ามีลักษณะสำคัญที่รายงานความผิดปกติของชีวภาพในผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

1.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) สมมติฐานที่เชื่อว่าสารโดปามีนที่ทำงานเพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิต ซึ่งการสนับสนุนสมมติฐานนี้ว่า ยาด้านโรคจิตเป็นตัวระงับการทำงานของโดปามีน (dopamine blocker) ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น การค้นพบยาที่ต่อต้านการออกฤทธิ์ของโดปามีนที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวช และ

การค้นพบสารสื่อประสาทบางชนิด เช่น ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) กาบา (gamma-aminobutyric acid: GABA) และกลูตาเมต (glutamate) จะพบว่าการเปลี่ยนแปลงของสารเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคจิตเภทได้เช่นกัน เพราะฉะนั้นการเพิ่มของโดปามีนเพียงอย่างเดียวไม่ใช่เป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภท (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

1.2 ความผิดปกติจากการเสื่อมของระบบประสาท โดยการตรวจพิเศษทางเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในผู้ที่เป็โรคจิตเภทพบว่าช่องสมองด้านข้าง (lateral ventricles) มีขนาดความกว้างขึ้น และพบว่า ฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ในระบบลิมบิก (limbic system) มีขนาดเล็กลง การค้นพบนี้อธิบายว่า การเสื่อมสลายของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ส่วนการศึกษากายวิภาคของสมองในผู้ที่เป็โรคจิตเภทโดยการตรวจพิเศษคอมพิวเตอร์ โทโมกราฟี (Computed tomography) และการตรวจโดยใช้คลื่นความถี่แม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging) พบว่า เวนทริเคิล (Ventricle) มีการขยายใหญ่ขึ้น เนื้อสมองมีขนาดเล็กลงทั้งในสมองส่วนหน้า (frontal lobe) บริเวณพีฟรอนทัลคอร์เท็กซ์ (prefrontal cortex) ฮิปโปแคมปัส (hippocampus) และสุพรีเลีย เทมโปรัล คอร์เท็กซ์ (superior temporal cortex) (Freedman, 2003) โดยที่สมองส่วนหน้าจะเกี่ยวข้องกับการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การพูด การคิด การตัดสินใจ ภาวะการหยั่งรู้ และการเกิดแรงจูงใจ อาการแสดงทางลบจะมีความผิดปกติของสมองส่วนหน้า และอาการแสดงทางบวกจะมีความผิดปกติของสมองส่วนด้านข้าง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้ยิน อันจะนำไปสู่อาการประสาทหลอนทางหูได้

1.3 ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าในสมอง ความผิดปกติทางกายวิภาคของสมองพบว่ากายวิภาคสมองของผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะสมองผิดปกติ บริเวณเวนทริเคิล (ventricular) โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ ลิมบิก (limbic) และ พิลิเวนทริเคิล (periventricular) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

1.4 ความผิดปกติของการถ่ายทอดทางพันธุกรรม จากการศึกษาเกี่ยวกับพันธุกรรมพบว่า ตลอดชีวิตของบุคคลทั่วไปมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้ 1% หากมีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคจิตเภทโอกาสที่บุคคลนั้นจะป่วยเป็นโรคจิตเภทจะสูงกว่า 1% (อรพรรณ ลีอนุวัชชัย, 2549) ส่วนบุตรบุญธรรมซึ่งมีมารดาแท้ๆ เป็นโรคจิตเภทจะเป็นโรคจิตเภทด้วยร้อยละ 9 ในขณะที่บุตรบุญธรรมในกลุ่มควบคุมมีโอกาสเป็นโรคร้อยละ 1 และจากการศึกษาคู่แฝดพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันถ้าคนหนึ่งเป็นโรคอีกคนจะมีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 50 ในขณะที่คู่แฝดจากไข่คนละ

ไม่มีโอกาสเป็นโรคด้วยร้อยละ 8 จากข้อมูลเบื้องต้นบ่งบอกว่ายีนที่ผิดปกติซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับโครโมโซมที่ 6 (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

2. ปัจจัยด้านจิตใจ เชื่อว่าอาการทางจิตอาจเกิดจากการติดขัดในพัฒนาการในระยะใดระยะหนึ่ง ของบุคคลไม่สามารถผ่านความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในวัยนั้น ไปยังพัฒนาการขั้นต่อไปได้ ทำให้ไม่พร้อมที่จะเผชิญกับความตึงเครียดในวัยต่อไปได้ ดังนั้นแม้อายุของบุคคลนั้นจะผ่านระยะพัฒนาการไปแล้ว แต่ความขัดแย้งภายในจิตใจจะยังคงอยู่ นอกจากนี้อาการทางจิตอาจเกิดจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะคุกคามหรือเมื่อบุคคลมีความลำบากในการพัฒนาทางบุคลิกภาพของวัยนั้น เช่น เมื่อบุคคลได้รับความผิดหวังหรือมีความคับข้องใจอย่างมากจึงถอยหลังไปสู่ระยะของการพัฒนาการทางจิตในระดัต้นของชีวิต เพื่อช่วยให้ความกังวลลดลง เช่น การใช้จินตนาการ ซึ่งถือว่าการใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่ (ศิริยุพา นันตุนานนท์, 2544) สำหรับผู้ที่มีความขัดแย้งในใจ ที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติมีมากและไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิด ชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ (อรพรรณ ถิ่นบุญธวัชชัย, 2549) และความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เป็นโรคได้ง่ายขึ้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

3. ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) พบความผิดปกติ เช่น ความผิดปกติของการเรียนรู้ และความผิดปกติของระบบครอบครัว ในปัจจุบันปัจจัยทางจิตสังคมถูกนำมาใช้วางแผนการรักษาหลังจากป่วยมากกว่าที่จะคำนึงถึงสาเหตุ ในด้านครอบครัวพบว่าสภาพครอบครัวที่มีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อยๆ นั้น ครอบครัวมีสัมพันธภาพไม่ดี มีการติดต่อสื่อสารที่ล้มเหลว หรือสับสน การแสดงบทบาทไม่เหมาะสม มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง เช่น การตำหนิ การวิพากษ์ การวิจารณ์ การมีท่าทีที่ไม่เป็นมิตร หรืออยู่ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียในด้านการพัฒนาจิตใจ และพบว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทจะพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่คงอยู่ในสภาพเดิม หรือการที่สังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตมากขึ้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

โดยสรุปแล้วสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทมีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค ประกอบด้วย ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยทางจิตสังคม

การรักษาโรคจิตเภท

เนื่องจากโรคจิตเภทมีสาเหตุการเกิดโรคจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านจิตสังคม การดูแลรักษาจึงต้องผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยา จิตบำบัด และการรักษาด้วย

ไฟฟ้า โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA], 2000) แบ่งการรักษาโรคจิตเภทตามระยะอาการ ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute phase) ระยะอาการคงที่ (stabilization phase) ระยะคงสภาพการรักษา (stable phase) การดูแลรักษาตามระยะต่างๆ ของโรคดังต่อไปนี้

1. การรักษาระยะอาการทางจิตเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ซึ่งมีแนวทางการรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า

1.1 การรักษาด้วยยาด้านโรคจิต การรักษาด้วยยาด้านโรคจิตนั้น จะช่วยลดอาการทางจิตโดยตรง ยาในกลุ่มนี้จะไปยับยั้งการทำงานของโดปามีน (dopamine) ทำให้ผู้ป่วยสงบลงเพื่อการควบคุมอาการด้านบวก โดยขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไป คือ คลอโปรมาซีน (chlopromazine) 300-500 mg ต่อวัน หรือ ฮาโลเพริดอล (haloperidol) 6-10 mg ต่อวัน กรณีผู้ป่วยมีอาการมากอาจให้ เบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ขนาดสูงร่วมด้วย หลังจาก 2 สัปดาห์แล้วอาการทางจิตยังไม่ดีขึ้นจึงจะพิจารณาเพิ่มขนาดของยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) การดูแลในระยะนี้มุ่งเน้นให้มีพฤติกรรมเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง และป้องกันอันตรายต่อผู้อื่น โดยการลดความรุนแรงของอาการทางจิต เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อาการหวาดระแวง ลักษณะอาการทางลบ เช่น อาการซึม ไม่พูด แยกตัวเอง การรักษาจะเริ่มทันทีหลังจากการประเมินทางคลินิก พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพเชิงรักษา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และร่วมมือในการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาหรือรับประทานยา อาจให้ญาติช่วยเกลี้ยกล่อม ร่วมกับการให้ข้อมูลของการบำบัดรักษา ตลอดช่วงเวลาของการบำบัดรักษา ในระยะนี้ควรให้การพยาบาล ได้แก่ ตรวจสอบสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวเพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลง สังเกตอาการข้างเคียงของยา ในกลุ่มอาการเอกซ์ตราไพราไมด์ (Extrapyramidal syndrome) ที่อาจเกิดขึ้นได้ภายใน 1-5 วัน เช่น ดิสไทเนีย (Dystonia) อาการที่พบคือ คีระยะและคอบิดเบี้ยว ไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ลำตัวแอ่น ตาค้าง อะคาทีเซีย (Akathisia) อาการกระวนกระวาย เดินไปมา หุดลุกหุดนั่ง ขาสั่น มือสั่นขณะพัก อาการเหมือนพาร์กินสัน (Parkinson like syndrome) จะมีอาการกล้ามเนื้อเกร็ง ทำเดินแบบขอยเท้า การเคลื่อนไหวช้า ไร้อารมณ์ น้ำลายไหล สังเกตอาการนิวโรเลปติก (Narcoleptic malignant syndrome) จะมีไข้สูง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ชีพจรและความดันเลือดผิดปกติ และถ้ามีอาการท้องผูกให้รับประทานผัก ผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 2,500-3,000 มล. และออกกำลังกาย (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2551)

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้านี้ จะถูกพิจารณาให้ใช้รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะเฉียบพลันที่รุนแรงมากจนทำให้เสี่ยงต่อการเกิด

อันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และไม่สามารถควบคุมอาการให้สงบลงโดยการไช้ยา หรือโรคจิตที่มีอาการซึมเศร้า หรือกลุ่มอาการไม่เคลื่อนไหว ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา (McGorry, Killackey, Lambert, & Lambert, 2005) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) เป็นวิธีการที่ทำให้เกิดการชักโดยใช้ กระแสไฟฟ้ากระตุ้นผ่านสมอง ซึ่งจะมีผลในการรักษา โรคทางจิตเวชได้ เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมอง ระหว่างที่ผู้ป่วยชักจะพบว่า มีเลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น มีเมตาบอลิซึมสูงขึ้น มีการใช้ออกซิเจน และกลูโคสมากขึ้น หลังจากชักแล้ว เมตาบอลิซึม การใช้ออกซิเจน กลูโคส รวมทั้งเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะน้อยลง โดยเฉพาะบริเวณ frontal lobe จะลดลงอย่างมาก ซึ่งจากการวิจัย พบว่าภาวะที่มีการลดลงของเมตาบอลิซึมคือ สิ่งสำคัญของการรักษาด้วยไฟฟ้า นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของ ตัวรับสารสื่อประสาท (neurotransmitter receptors) และสารที่ถูกสร้างขึ้นในเซลล์จากการกระตุ้นตัวรับชนิดใดชนิดหนึ่ง (second messengers) คือ 1) พบการลดลงของ postsynaptic alpha- adrenergic receptors ซึ่งเป็นลักษณะเดียวกับที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า (antidepressants) 2) ยังมีรายงานถึงการเปลี่ยนแปลงของ muscarinic, cholinergic และ dopaminergic neurone system ด้วย (รัตนาสายพานิชย์, 2556)

2. การรักษาระยะอาการคงที่ (stabilization phase) เมื่ออาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วยสงบลงแล้ว ลดขนาดยาต้านโรคจิตที่ใช้ทีละน้อยแล้วต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยทุกวัน ในช่วงที่กำลังลดขนาดยาถ้ามีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นหรือกลับคืนมาอีก จำเป็นต้องเพิ่มขนาดยาทีละน้อยจนสามารถควบคุมอาการได้ การรักษาที่นอกเหนือจากยาแล้วยังมีการรักษาด้วยจิตสังคมการรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม ระยะให้ยาต่อเนื่อง มีเป้าหมายในการรักษาเพื่อลดโอกาสที่อาการจะรุนแรงเพิ่มขึ้น เริ่มวางแผนของการรักษาในระยะยาว (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) ในระยะนี้มีปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรคในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทรอบรู้ บำบัด การเชื่อมแหล่งสนับสนุนทางสังคมและชุมชน (Lenroot, 2003) ในระยะนี้ ควรมีการ ประคับประคอง ควบคุมอาการ ลดความเครียดของผู้ป่วยให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับการรักษาต่อเนื่อง ลดการกำเริบใหม่ โดยควรให้การพยาบาล ได้แก่ การประเมินอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการหูแว่ว ประสาทหลอน อาการหวาดระแวง นอนไม่หลับ อาการง่วงซึม แยกตัวเอง และระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ประเมินอาการข้างเคียงของยาต้านโรคจิตที่ได้รับ ได้แก่ อาการง่วงซึม อาการตาพร่ามัว หัวใจเต้นเร็ว น้ำหนักลด ปากแห้ง คอแห้ง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ตาเหลือก คอบิด หลังแอ่น น้ำลายไหล รวมถึงเฝ้าระวังอุบัติเหตุจากการหกล้มดูแลโดยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าให้ช้าลงโดยเฉพาะเวลาตื่นนอนหรือเข้าห้องน้ำ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ให้เข้าใจถึงยาที่ได้รับ และผลข้างเคียงของยา รวมทั้งแผนการรักษาพยาบาล ไม่ควรหยุดยาเอง กรณีผู้ป่วยมีน้ำหนัก

ไหล แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยบีบเค้นด้านมบ่อยๆ เพราะจะเป็นการกระตุ้นการไหลของน้ำนมมากขึ้นซึ่งอาการจะหายได้เองภายหลัง (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2551)

3. การรักษาระยะคงสภาพการรักษา (stable phase) เป็นช่วงที่อาการของผู้ป่วยทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงให้ยาต่อเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ การรักษาในระยะคงสภาพจะให้การรักษาด้วยยา และการรักษาทางจิตสังคม

3.1 การรักษาด้วยยาระยะคงสภาพ จะให้ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยาอาจใช้ยาฉีดประเภทออกฤทธิ์ ระยะยาว (มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ในปัจจุบันมียากลุ่มใหม่ที่ออกฤทธิ์ได้ดีและมีอาการข้างเคียงน้อยมาก เช่น คลอซาปีน (clozapine) ซึ่งสามารถรักษาได้ผลต่ออาการทั้งทางบวกและทางลบ ยากลุ่มใหม่ที่เริ่มให้ในช่วงแรกของการรักษาคือ ริสเพอิดอน (risperidone) ออลานซาปีน (olanzapine) เอริปีปราโซล (aripiprazole) เป็นต้น โดยเริ่มให้ในขนาดต่ำ และถ้ามีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น วิตกกังวลนอนไม่หลับ หรืออยู่ไม่นิ่ง ก็ให้ยากลุ่ม เบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา ในระยะนี้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายกลับบ้านอยู่กับครอบครัวและชุมชน ในระยะนี้ เน้นเรื่องการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และวิธีการแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา ควรให้คำแนะนำ ดังนี้ การสอนแนะนำ ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล เกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เช่น อาการนอนไม่หลับ หวาดระแวง แยกตัว อาการหูแว่ว ประสาทหลอน เพื่อที่จะสามารถให้การรักษาส่งผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วถึงที่ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนในการใช้ยาดังนี้ มารับการตรวจตามนัด และรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา ห้ามหยุดยาเอง หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง งดยาสูบ บุหรี่ จิบน้ำบ่อย ๆ ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าช้าๆ โดยเฉพาะเวลาตื่นนอนหรือเข้าห้องน้ำ ควบคุมปริมาณอาหาร รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ยาที่อยู่ในรูปยาน้ำ ระมัดระวังสัมผัสผิวหนัง อาจเกิดอาการผิวหนังอักเสบ หรือคุณภาพของยาลดลงเมื่อถูกแสง ควรเก็บยาในขวดสีชา เมื่อเจือจางยาด้วยน้ำผลไม้หรือของเหลวอื่นต้องรับประทานยาทันทีที่ผสมยา ผู้ป่วยที่รับประทานยามานานควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในแสงแดดจ้าเนื่องจากเกิดความไวต่อแสงควรใช้ครีมทากันแดดเมื่อต้องสัมผัสกับแสงแดด (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2551) เป้าหมายสำคัญของการรักษาระยะคงสภาพคือ การป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากหลายสาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2547) การดูแลให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอย่างต่อเนื่อง จะช่วยควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ แต่การรับประทานยาเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่ยอมรับประทานยา ผู้ดูแลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วย

บางรายผู้ดูแลต้องจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อรับยาอย่างต่อเนื่อง (ภัทรารักษ์ พงษ์ปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2548)

3.2 การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial intervention) การรักษาทางด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่มักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยเองกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแต่ปัญหาทางด้านสังคมยังคงมีอยู่ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) การรักษาทางด้านจิตสังคมที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

3.2.1 จิตบำบัด (psychotherapy) เป็นการรักษาผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอดความรู้สึกต่างๆ ให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่ในวิธีการแก้ไขความไม่สมหวัง ความขัดแย้ง ความกลัว ความหวาดวิตก ภายหลังจากการทางจิตสงบแล้ว จากการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า การทำจิตบำบัดมีหลายแนวทางเช่น การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรมรายบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยเสริมสร้างการทำหน้าที่ทั้งด้านสุขภาพจิตและทั่วไป รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำได้ด้วย นอกจากนี้การบำบัดแบบนี้ในระยะเฉียบพลันยังช่วยกระตุ้นให้มีการฟื้นฟูสภาพและจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วขึ้น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ของคนเรานั้น เป็นเพราะเราคิดแบบไม่มีเหตุผล ไม่ใช่เป็นเพราะว่ามีอะไรหรือใครทำอะไรกับเรา หากแต่ขึ้นอยู่กับความคิดที่เราคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับเรามากกว่า วิธีการบำบัดก็คือเปลี่ยนแปลงความคิดของเราจากไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล ปัญหาทางด้านจิตนั้น เกิดขึ้นเพราะว่าบุคคลมีความคิดในลักษณะปรับตัวไม่ได้ เช่น ความคิดทางลบ ไม่มีเหตุผล ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นความเชื่อของเขาที่มีต่อตนเอง และต่อโลกที่เขาอยู่ (รักษนก จันดาวิปี, 2554) วิธีการบำบัดก็คือการปรับความเชื่อพื้นฐานทั้งต่อตนเอง ทั้งต่อโลกและต่ออนาคต ในระยะหลังได้มีการพัฒนาการทำจิตบำบัดแบบ การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (cognitive-behavior therapy) นำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทและมีผลงานวิจัยออกมาสนับสนุนว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตและร่วมมือในการรักษามากขึ้น (มธุรา สุวรรณโพธิ์, 2551) ส่วนเบค (Beck, 1976) กล่าวว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทาง (Active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัด และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน โดยมีแนวคิดที่ว่าอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเรานั้นขึ้นอยู่กับแนวทางการมองของบุคคลนั้น นอกจากนั้น ยุทธนา งามอาจสกุลม้น (2005) ยังกล่าวว่า การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นกระบวนการบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่า อารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ ของเรามีอิทธิพลมาจากความคิด วิธีการบำบัดรักษาจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์

ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมนั้น พร้อมตอบสนองสถานการณ์นั้นด้วยความคิดใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ที่ดีขึ้น และส่งผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในทางที่เหมาะสม

3.2.2 การให้การปรึกษาคครอบครัว (family counseling) จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค และรวมถึงวิธีการดูแลตนเองอีกทั้งยังสามารถมีปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันให้เหมาะสมยิ่งขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ครอบครัวบำบัดมีความสำคัญต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายในการรักษาแบบครอบครัวบำบัดเพื่อบรรเทาปัญหาหรือบรรเทาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่นำครอบครัวมาพบผู้บำบัด และหรือเพื่อปรับปรุงพัฒนาระบบการทำงานหน้าที่ของครอบครัวให้ดีขึ้น แต่ไม่ใช่เพื่อให้ครอบครัวกลายเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์แบบในรูปแบบของการทำงานของระบบครอบครัว ซึ่งครอบครัวบำบัดจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อสมาชิกในครอบครัวให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและมีความตั้งใจและความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองและครอบครัวของตนให้ดีขึ้น (สุจิตรา ชะวร, 2554) นอกจากนี้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ที่พัฒนาโดย ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณพงษ์, ลำเนา เวียงยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548) เป็นโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการสอนให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของตนเองในฐานะเป็นผู้ดูแล และเข้าใจธรรมชาติของการดูแล ตลอดจนการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแล 14 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการประเมินสังเกตอาการ 2) ทักษะการเตือน 3) ทักษะการแนะนำ 4) ทักษะการบอกสิ่งที่จำเป็น 5) ทักษะการทำกิจกรรมแทน 6) ทักษะการสอนกำกับ 7) ทักษะการถอยห่าง 8) ทักษะการต่อรอง 9) ทักษะการไกล่เกลี่ย 10) ทักษะการจัดการเรื่องยา 11) ทักษะการจัดการกับสิ่งแวดล้อม 12) ทักษะการขอความช่วยเหลือ 13) ทักษะการจัดการการถูกประทุษร้าย/การถูกรังเกียจ 14) ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีผู้นำโปรแกรมดังกล่าวไปทดลองใช้ พบว่าสามารถเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วย ช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และสามารถลดความเครียดแก่ผู้ดูแลได้

3.2.3 กลุ่มบำบัด (Group Therapy) หมายถึง เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดซึ่งในกระบวนการบำบัดนั้น ประกอบด้วย ผู้บำบัดจำนวนหนึ่งคนหรือหลายคน กับผู้รับการบำบัดตั้งแต่สองคนขึ้นไป มีเป้าหมายที่จะสำรวจปัญหาทางจิตและอารมณ์ไปถึงความยุ่งยากทางจิตเวชหรือความทุกข์ทุกชนิด ทุกระดับความรุนแรง การบำบัดช่วยเหลือมีตั้งแต่ระดับประคับประคอง บรรเทาผ่านคลายขจัดความอึดอัดหรือความทุกข์ไปจนถึงการส่งเสริมคุณค่าของชีวิต ช่วยให้ให้เห็นสัจจะของความทุกข์ มีการปรับปรุงพฤติกรรมและปรับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นรอบๆ ตัว (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2547) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน

มีคนเข้าใจ ไม่โคดเดี้ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน การฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

3.2.4 นิเวศบำบัด (milieu therapy) เป็นการ จัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ซึ่งประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ในหอผู้ป่วย ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอจะทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) สิ่งแวดล้อมที่เป็นการบำบัดผู้ป่วยประกอบไปด้วยสถานที่ซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย สภาพของโรงพยาบาล หรือสภาพหอผู้ป่วยควรเป็นสถานที่เงียบสงบร่มรื่นน่าอยู่ อาศัย มีความสะดวกสบาย และผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัย มีห้องนอน และห้องน้ำที่จัดเป็นสัดส่วน ผู้ป่วยมีอิสระในการไปไหน หรืออาจจะทำอะไรก็ตามตามความเหมาะสม โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น สภาพบรรยากาศภายในหอผู้ป่วยควรมีความอบอุ่น เป็นมิตร เจ้าหน้าที่ที่อยู่ในหอผู้ป่วยควรพยายามทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคุ้นเคยในการมาอยู่โรงพยาบาล อาจจะช่วยให้ได้โดยการที่ช่วยผู้ป่วยที่มาอยู่ใหม่ ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจที่มาอยู่ในโรงพยาบาล และได้รับการยอมรับ โดยการแนะนำผู้ป่วยใหม่ต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา ต่อเจ้าหน้าที่พยาบาล และผู้ป่วยอื่น การปฐมนิเทศผู้ป่วยใหม่จะทำให้รู้สึกว่าได้ได้รับการยอมรับ เพราะสิ่งแวดล้อมใหม่เป็นสิ่งที่ทำให้รู้สึกกลัว หรือวิตกกังวล เพราะฉะนั้นเจ้าหน้าที่จะต้องพยายามทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าอยู่โรงพยาบาลปลอดภัยสำหรับเขา ที่จะปกป้องเขาจากอันตรายที่เกิดจากอาการทางจิตที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยไปทำอันตรายผู้ป่วยอื่นซึ่งจะทำได้โดยการจำกัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการจำกัดพฤติกรรมอาจจะทำได้โดยตั้งกฎระเบียบของหอผู้ป่วยขึ้นมาให้ผู้ป่วยปฏิบัติ และกฎระเบียบเหล่านั้นต้องมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น การจำกัดพฤติกรรมจะเป็นการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย นอกจากนี้จากการที่ผู้ป่วยมีการตัดสินใจไม่ดี อาจช่วยเหลือผู้ป่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินใจในเรื่องสำคัญ เช่น การหย่าร้าง การขายทรัพย์สินสมบัติเป็นต้น (สมจิตร วงศ์หอม, 2553)

3.2.5 การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (psycho-educational program) การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นกระบวนการดูแลต่อเนื่อง ที่เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช และการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อช่วยให้โรคและการเจ็บป่วยดีขึ้น หรือหายเป็นปกติ โดยการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยฟื้นฟูการคงสภาพและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเป็นความพยายามที่จะทำให้นักลที่เจ็บป่วยหายกลับเป็นปกติได้ (Megenity & Megenity, as cited in Litrell et al., 2006) โดยการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา มีเป้าหมาย คือ การมุ่งให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในภาวะปกติ สามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ และมี

คุณภาพชีวิตที่ดี การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เป็นการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับรักษา การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ทักษะทางสังคม และการเตรียมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น และลดการป่วยซ้ำได้ (ชลารัตน์ ดอนเกิด, 2554)

3.2.6 การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training) การฝึกทักษะทางสังคมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะในการดำรงชีวิตโดยเฉพาะเมื่อต้องออกไปอาศัยอยู่ในชุมชน ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคมมีทักษะในการบริหารจัดการอาการทางจิตของตนเองและการรักษาด้วยยา รูปแบบของการฝึกทักษะทางสังคมอาจเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่มสามารถทำได้ในผู้ป่วยจิตเภททั้งที่ป่วยในระยะเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อย่างไรก็ตามไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า เนื้อหาที่ควรฝึกให้กับผู้ป่วยควรเป็นเรื่องอะไร ใช้รูปแบบวิธีการฝึกอย่างไร ระยะเวลาของการฝึกควรนานเท่าไร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหาและความสามารถในการที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน การประเมินผู้ป่วยแต่ละคนจึงเป็นสิ่งสำคัญ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549) ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้จากการฝึกไปใช้ในชุมชนได้ หากโปรแกรมการฝึกอบรมนั้นมี 1) ระยะเวลาานพอเพียงพอ การฝึกทักษะทางสังคมต้องใช้เวลาเพียงพอน้อย 3 เดือนขึ้นไปและต้องใช้เวลาฝึกอย่างต่อเนื่องติดต่อกันเป็นเวลานาน จึงจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ได้จากการเรียนรู้ แต่ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงอาการทางจิต 2) สอดคล้องกับบริบทในสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอยู่ และผู้ป่วยมีโอกาสได้ฝึกทดลองใช้ทักษะต่างๆในสิ่งแวดล้อมนั้น 3) ให้การเสริมแรงทันทีเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และ 4) มีการฝึกที่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับประโยชน์จากการเข้าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยสามารถอยู่ได้ในชุมชนและมีทักษะทางสังคมที่ดีขึ้นเป็นเวลา 1 ปี (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) และจากการศึกษาของ อุ่น พงษ์ธรรม และคณะ (2550) ได้ศึกษาผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย กลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มทักษะทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทางสังคมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการทดลอง 1 และ 4 สัปดาห์ แต่เมื่อติดตามในสัปดาห์ที่ 8 คะแนนพฤติกรรมทางสังคมไม่แตกต่างกัน

3.2.7 การฟื้นฟูอาชีพ (vocational rehabilitation) เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะทำงานเพื่อหาเงินเลี้ยงชีพ แต่ก็ไม่สามารถทำงานได้ หรือไม่มีงานที่เหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำให้ผู้ที่เป็นโรคต้องกลับเข้ามาอยู่โรงพยาบาล การฟื้นฟูอาชีพจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคได้มีส่วนร่วมในการอยู่ในสังคมด้วยการทำงานโดยพัฒนาทักษะการหางานที่เหมาะสมและมีคุณค่าแก่ตนเอง นันทิยา ไทยภักดี และ จินตนา ลีละ ไกรวรรณ (2553) พบว่าในปัจจุบัน งานเป็นองค์ประกอบสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ฝึกนิสัยในการทำงาน การตรงต่อเวลา มีความรับผิดชอบ เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และมีรายได้จากการประกอบอาชีพการรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้ได้ผลดีต้องให้การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ด้วยยา และให้การรักษาด้านจิตสังคมควบคู่กันไปเพราะโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังเมื่อมีพยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้นจะทำให้เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ทั้งด้านความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ แสดงออก และทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการและทุพพลภาพในที่สุด ถ้าไม่ได้รับการรักษาทางด้านจิตสังคมโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการด้านลบ เพราะการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยแยกตัว อารมณ์เฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น สรุปได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยจิตเวชเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันและการทำหน้าที่ในสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการและทุพพลภาพในที่สุด ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาในชุมชนโดยให้ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวชุมชนได้เหมือนคนปกติ ป้องกันการกำเริบซ้ำ และทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค ซึ่งการรักษาในชุมชนประกอบด้วย การดูแลด้านจิตสังคม การฝึกทักษะทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ (ทองพูน ชานูญมี, 2554)

ในปัจจุบันนี้ ได้มีวิธีการรักษาที่หลากหลายวิธีผสมผสานกัน รวมถึงแนวทางการรักษาที่ได้รับการพัฒนามากขึ้น เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคได้รับการรักษาที่เหมาะสม รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ซึ่งเมื่อผู้ที่เป็นโรคมีอาการคงที่ หรืออาการดีขึ้น แพทย์จะจำหน่ายให้ผู้ป่วยกลับบ้าน แต่ด้วยสมรรถภาพในการทำงานและทักษะทางสังคมที่ลดลงจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านจากผู้ดูแล และเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและให้ผู้ที่เป็นโรคสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติให้มากที่สุด

การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน

ความหมายของการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการเน้นความสำคัญของการดูแลโดยครอบครัว โดยเป็นแนวทางให้บริการจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาจนอาการสงบแล้ว เมื่อกลับมาอยู่ที่บ้านก็ต้องได้รับการดูแลโดยบุคคลในครอบครัว

สมาคมการแพทย์อเมริกัน (The American Medical Association) ได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านว่า เป็นการให้การพยาบาล การสังคมสงเคราะห์ การบำบัดต่างๆ เช่น โภชนบำบัด อาชีวบำบัด กายภาพบำบัด จิตบำบัด และจิตบำบัด การบริการทางอาชีพและสังคม การบริการคนทำงานบ้าน (homemaker services) และการบริการพนักงาน และผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home health aide service) ซึ่งบริการที่ให้เหล่านี้ จะให้ตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่เป็นเหตุเป็นผลในความรับผิดชอบในการบำบัดรักษาของแพทย์ บุคคลที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเหล่านี้ เป็นทีมในการประเมินและพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้ตามความต้องการ และอยู่ภายใต้การแนะนำทางการแพทย์ (Albrecht, 1990)

ตราเกอร์ (Trager) ได้อธิบายว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นบริการที่นำไปให้ที่บ้าน ซึ่งอาจจะให้บริการอย่างเดียว หรือบริการหลายอย่างรวมกัน เพื่อให้บุคคลทุกวัยที่ต้องการบริการ เนื่องจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ได้รับความบอบช้ำ หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นเวลานาน จากการเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในภาวะสุขภาพที่ดีสูงสุด สามารถทำกิจกรรมและพึ่งตนเองได้ (Albrecht, 1990)

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2549) ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหาปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกันและเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว ชุมชนให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนา เวียงยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548) ได้ให้ความหมายไว้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน หมายถึง การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย ส่วนการดูแลโดยครอบครัวหมายถึง การดูแลผู้ป่วยโดยสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด

เช่น พ่อ แม่ ลูก หรือ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย เช่น สามีภรรยา บุตรบุญธรรม โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยครอบครัว หมายถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกิจกรรมต่างๆ โดยอาศัยผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัว ซึ่งบุคคลนั้นๆ ไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

ในที่นี้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่บ้าน หมายถึงการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องที่ให้กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน ซึ่งเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริม สุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพ และคงสถานะที่ดี หรือในระดับที่สามารถพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยเชิงรุกที่กระทำต่อเนื่องในโรงพยาบาลผู้ป่วยและชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัว และชุมชนได้ สามารถพึ่งตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัจจุบันได้มีผู้เห็นความสำคัญที่จะศึกษาและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านไว้แตกต่างกันออกไป การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยครอบครัว (family care-giving) เป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย จิตเวชโดยครอบครัว เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนนานมากขึ้น (ภัทรารักษ์ พุ่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาว์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2548) อีกทั้งในปัจจุบันได้มีแนวการรักษาโดยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้กลับบ้านเร็วที่สุด โดยอยู่ในความดูแลของผู้ดูแลหรือครอบครัวในชุมชน (กรมสุขภาพจิต , 2541) กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่จะต้องดูแลและประคับประคองผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้อยู่ในภาวะปกติได้นานที่สุด จากงานวิจัยเชิงคุณภาพของภัทรารักษ์ พุ่งปันคำ (2548) ได้แบ่งการดูแลออกเป็น 3 ด้าน โดยแต่ละด้านผู้ศึกษาได้พบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยมีหลักการสำคัญคือ ผู้ดูแลจะให้การช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้ไม่สมบูรณ์ ผู้ดูแลจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด โดยสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ส่วนกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นเตือนและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ เช่น แปรงฟัน สระผม การรักษาความสะอาดเล็บมือ เล็บเท้า

1.2 การมอบหมายให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำงานบ้านบ้าง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงานตามศักยภาพของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยไม่คิดฟุ้งซ่าน ให้มาสนใจกับงานที่ทำ

1.3 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ แต่การรับประทานยาเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่ยอมรับประทานยา ผู้ดูแลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อรับยาอย่างต่อเนื่อง

1.4 การดูแลผู้ป่วยด้านการรับประทานอาหาร การที่ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทาน ยาให้ตรงเวลา การรับประทานอาหารตรงเวลาจะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อาหารที่ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

1.5 การดูแลผู้ป่วยด้านการแต่งกาย สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องเรื่องความสนใจในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี เช่น ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติให้เหมาะสมกับกาลเทศะ

1.6 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อม ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่ให้มีสิ่งกระตุ้นที่จะรบกวนการนอน เช่น แสง เสียง ในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต และหาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

1.7 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยอาจจะเป็นการช่วยงานบ้าน ขุดดิน คายหญ้า ซึ่งจะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

1.8 การฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะในการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขาดความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับกาลเทศะ ผู้ดูแลจะต้องฝึกให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

1.9 การปรับตัวในการเผชิญกับปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะ และสอนให้ผู้ป่วย เรียนรู้การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคล อื่นที่อยู่แวดล้อมผู้ป่วย

1.10 การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องคอย สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

1.11 การสร้างความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องคอยสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2. การดูแลด้านการจัดการกับอาการของโรคผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ผู้ที่เป็น โรคจิตเภท มักจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถคาดเดาได้ โดยผู้ดูแลจะต้องสังเกตอาการของผู้ที่เป็น โรค จิตเภท และสามารถจัดการกับอาการผิดปกติต่างๆ ได้ กิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องปฏิบัติคือ

2.1 การสังเกตอาการทางจิตของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท เช่น การสังเกตอาการเตือนผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีอาการกำเริบ โดยการสังเกตท่าทีที่สงบ และสามารถอธิบายให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ได้เข้าใจถึงความเป็นจริง เมื่อผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีอาการหลงผิด

2.2 การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าว อะอะ อาละวาด เช่น การขอความช่วยเหลือ เมื่อสังเกตว่าผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีพฤติกรรมผิดปกติจนไม่ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เก็บของมีคม และดูแลไม่ให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภททำร้ายผู้อื่น ขอร้องให้ เพื่อนบ้านออกจากสถานการณ์เมื่อผู้ที่เป็น โรคจิตเภทจะทำร้าย พร้อมทั้งอธิบายเพื่อนบ้านให้เข้าใจ ในพฤติกรรมของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท

2.3 การจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็น โรคจิตเภททำร้ายตนเองหรือ เสี่ยงต่อการฆ่าตัว ตายโดยการพูดคุยใช้เหตุผลเพื่อให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทอาการสงบลง

3. ดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทต้อง ได้รับการรักษาด้วยยาน้อย 1-2 ปี ถึงแม้ว่าอาการทางจิตจะทุเลา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำจึง อาจจะทำให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทรู้สึกเบื่อหน่ายและไม่ยอมรับประทานยา ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นต้องกระตุ้น เตือน หรือจัดยาให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภททั้งด้านการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประคับประคองทางด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งการดูแลด้านต่างๆ การดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทจะต้องให้การดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ การจัดการกับอาการ ของโรค และดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ไม่มีอาการกำเริบ ซึ่งจะ

เกิดผลดีต่อผู้ที่เป็โรจจิตเภท และเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ที่เป็โรจจิตเภทน้อยที่สุด เป็นบทบาทหนึ่งของผู้ดูแล

นอกจากนี้แล้ว ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาว์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548) ได้อธิบายแนวคิดไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiving) เป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่ง และควรให้ความสนใจเนื่องจากเป็นแนวทางหนึ่งในการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรครื้อรัง อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองของชุมชนโดยประชาชนในชุมชน ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน จาริด ประเพณี ความต้องการของผู้ดูแลและชุมชน ตลอดจนตัวผู้ป่วยเองเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากที่สุด เป็นการผสมผสานความรู้ทางการแพทย์ และภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่วนอรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2545) ได้อธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ในบทบาทของพยาบาลว่าเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัว จากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่กล่าวไว้ข้างต้น

พอจะสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้นเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยเน้นให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีบุคลากรทางการพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

การดูแลผู้ที่เป็โรจจิตเวชที่บ้าน ผู้ดูแล คือ บุคคลสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ที่เป็โรจ ซึ่งเมื่อผู้ดูแลรับรู้ถึงบทบาทที่จะต้องดูแลผู้ที่เป็โรจ และผ่านการพัฒนาเพื่อเข้าสู่บทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็โรจจิตเวชแล้ว ผู้ดูแลควรเข้าใจ ในลักษณะของผู้ที่เป็โรจจิตเภทที่การดูแลค่อนข้างยากเนื่องจากลักษณะของการดำเนินของโรคที่แตกต่างจากโรคโดยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุการเกิดโรคที่ไม่ชัดเจน ลักษณะของอาการที่ไม่แน่นอน ดังนั้น ผู้ดูแลต้องเข้าใจในธรรมชาติของการดูแล ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการดูแล กิจกรรมการดูแล และทักษะการดูแล โดย กระบวนการดูแล แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ตามสถานการณ์ของการดูแลที่เกิดขึ้นจริงจากประสบการณ์ของผู้ดูแลโดยตรง โดยกระบวนการดูแลจะเป็นพลวัตรกลับไปมาในแต่ละช่วงตามอาการของผู้ป่วยที่จะกำเริบเป็นครั้งคราวโดยมีการแบ่งเป็น 3 ช่วงคือ 1) การดูแลในช่วงวิกฤติหรือฉุกเฉิน 2) การดูแลในช่วงขอความช่วยเหลือ เป็นช่วงที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ และ 3) การดูแลในช่วงการดำเนินชีวิตตามปกติเป็นช่วงที่ผู้ที่เป็โรจไม่มีอาการกำเริบ และดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ดูแลตามปกติทั้งผู้ที่เป็โรจและผู้ดูแลมองการเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต (ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาว์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์

มหัตนรินทร์กุล, 2548) ส่วนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจากการศึกษาเรื่อง กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของ วาสนา ปานดอก (2545) พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในด้านการดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค การดูแลด้านการบริหารยา โดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง แต่ เมื่อพิจารณากิจกรรมการดูแลรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในด้านการดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ อยู่ในระดับสูง ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในด้านการดูแลที่เกิดจากภาวะโรค อยู่ในระดับต่ำ ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในด้านการบริหารยาอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้การศึกษาถึงความต้องการในการดูแลของ สุรภา ทองรินทร์ (2546) ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีความต้องการ การฝึกทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับมากรวมทั้ง การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลแม่ทาจังหวัดลำพูน (พัชร คำธิตา, 2546) และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัด สุราษฎร์ธานี (ภัทรา จิตต์ศักดิ์, 2546) พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการฝึกทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง

จะเห็นว่าการฝึกทักษะมีความจำเป็นและเป็นการตอบสนองความต้องการดูแลของผู้ดูแลโดยตรง ส่งผลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่มีคุณภาพ และถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง ที่จะนำไปสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่าง เหมาะสม ถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพที่สามารถทำให้การดูแลผู้ป่วย ในช่วงการดำเนินชีวิตตามปกติให้ยาวนานที่สุดได้

ทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ความหมายของทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ทักษะการดูแล หมายถึง พฤติกรรมการดูแลที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างความรู้ และประสบการณ์การดูแลจริงที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยแบ่งออกเป็น 14 ทักษะดังนี้ 1) ทักษะการประเมินสังเกตอาการ 2) ทักษะการเตือน 3) ทักษะการแนะนำ 4) ทักษะการบอกสิ่งที่จำเป็น 5) ทักษะการทำกิจกรรมแทน 6) ทักษะการสอนกำกับ 7) ทักษะการถอยห่าง 8) ทักษะการต่อรอง 9) ทักษะการไกล่เกลี่ย 10) ทักษะการจัดการเรื่องยา 11) ทักษะการจัดการกับสิ่งแวดล้อม 12) ทักษะการขอความช่วยเหลือ 13) ทักษะการจัดการการถูกประทุษร้าย/การถูกรังเกียจ 14) ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินทักษะการดูแลนี้จะประเมินได้โดย แบบวัดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ ภัทราภรณ์ พุ่มปั่นคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาวี เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548) ส่วนทักษะการดูแลจะพัฒนาขึ้นตามระยะเวลาและประสบการณ์ที่ผู้ดูแลมีอยู่ ดังนั้นการวางพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้องในระยะเริ่มแรก

ควบคู่ไปกับประสบการณ์การดูแลจริงที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะที่มีประสิทธิภาพซึ่ง ภัทราภรณ์ ท่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาว์ เรืองยศ, ปิรทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548) ได้อธิบายถึงรูปแบบการพัฒนาทักษะจากแนวคิดของเครฟส์ และ เครฟส์ โดยผสมผสานจากการวิจัยคุณภาพของ ภัทราภรณ์ ท่งปันคำ (Tungpunkom, 2000) และการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นที่อธิบายออกมาได้ดังนี้ ในขั้นเริ่มต้นผู้ดูแลที่รับบทบาทผู้ดูแลใหม่ยังไม่มีประสบการณ์จะทำกิจกรรมการดูแลแบบลองผิดลองถูกแต่ถ้าหากผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องโรค การรักษาและการดูแลที่ถูกต้องผู้ดูแลจะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือตามกฎระเบียบหรือข้อปฏิบัติทุกขั้นตอนอย่างเคร่งครัดโดยไม่คำนึงถึงบริบทที่รอบข้างผู้ดูแลและไม่มีการยืดหยุ่น ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียด รู้สึกเป็นภาระ และมองว่าการดูแลเป็นเรื่องที่ยากลำบากทำให้ตนต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หรือมีสิ่งที่จะต้องกระทำมากยิ่งขึ้น (ภัทราภรณ์ ท่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาว์ เรืองยศ, ปิรทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2548)

ดังนั้น การให้ความรู้เรื่องการดูแลการเป็นพี่ที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแลในขั้นนี้โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เข้ามารับบทบาทผู้ดูแลใหม่ จึงมีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะอย่างถูกต้อง และต่อจากนั้นผู้ดูแลเริ่มมีประสบการณ์ซึ่งในขั้นต่อไปผู้ดูแลจะเริ่มกระทำกิจกรรมนั้นด้วยใจ และความรู้สึก เริ่มมีการปรับเปลี่ยนหรือประยุกต์วิธีการทำกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสมกับลักษณะและข้อจำกัดของตนเองแต่มีจุดมุ่งหมายเหมือนเดิม หากมีเหตุการณ์ใหม่ๆ เกิดขึ้น ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาบนพื้นฐานประสบการณ์ที่ตนเองได้สั่งสมไว้ เป็นหลัก สามารถวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาได้จนถึงขั้นชำนาญ ที่ผู้ดูแลเริ่มใช้สัญชาตญาณ (intuitive thinking) ในการทำกิจกรรมการกระทำ หรือการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแล การกระทำจะเป็นไปด้วยความรวดเร็ว เป็นอัตโนมัติ เริ่มมองเห็นจุดสำคัญของสิ่งที่เป็นประเด็นหลักๆ และไม่สนใจต่อสิ่งที่เป็นประเด็นเล็กน้อย สามารถมองปัญหาที่ซับซ้อน หรือละเอียดได้มากกว่าเดิม สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และในที่สุดจะทำให้ ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น เริ่มมองว่าการดูแล และความยุ่งยากที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหา แต่จะมองว่าเป็นสิ่งที่ปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และแสวงหาแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างสมดุลไปพร้อมกับสิ่งที่เกิดขึ้น (ภัทราภรณ์ ท่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาว์ เรืองยศ, ปิรทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2548)

ดังนั้นจึงพอจะสรุปได้ว่าผู้ดูแลจะพัฒนาทักษะในขั้นเริ่มแรกที่อิงทฤษฎีต่อมาที่จะผสมผสานกับประสบการณ์จนเกิดความเชี่ยวชาญต่อไปซึ่งจากแนวคิดของการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว หากผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะการดูแลจนมองการดูแลเป็นเรื่องที่ปกติและมีชีวิตที่สมดุลได้นั้น จะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนาจาก

กรอบแนวคิดการพัฒนาทักษะของเดรฟัส (Dreyfus & Dreyfus, อ้างใน Tungpunkom, 2000) ดังนั้นหากนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการพัฒนาทักษะจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถพัฒนาทักษะของผู้ดูแลได้ โดยทักษะการดูแลจะแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

ทักษะการดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ในการดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประกอบไปด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การดูแลด้านการป้องกันการถูกรังเร้นหรือการถูกรังเร้นจากบุคคลอื่นโดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้ (ภัทรารักษ์ ท่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาวั เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2548)

1. ทักษะการเตือน หมายถึง การกระตุ้นทางวาจา ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม หรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินกิจวัตรประจำวันร่วมกันสิ่งที่ผู้ดูแลต้องเตือนคือ การเตือนเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การช่วยงานบ้าน การรับประทานยา ซึ่งสิ่งที่ผู้ดูแลต้องตระหนักคือคำพูดและน้ำเสียงที่เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย และ ความรัก ไม่ใช่อารมณ์
2. ทักษะการแนะนำ หมายถึง การชี้แนะผู้ที่เป็นโรคในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยการชี้แจงเหตุผลประกอบเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคเกิดความเข้าใจ และปฏิบัติตามอย่างยั่งยืน
3. ทักษะการทำกิจกรรมแทน หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตประจำวันให้กับผู้ที่เป็นโรคเช่น การอาบน้ำแปรงฟันในกรณีที่ผู้ที่เป็นโรคมีอาการทางจิตกำเริบและพร้อมในการดูแลตนเอง
4. ทักษะการสอนกำกับ หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ทำการฝึกกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ที่เป็นโรคอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคสามารถเรียนรู้ และทำกิจกรรมนั้นด้วยตนเองมากที่สุด
5. ทักษะการต่อรอง หมายถึง เทคนิคการสร้างเงื่อนไข เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์โดยใช้รางวัล หรือการลงโทษเป็นเงื่อนไข
6. ทักษะการไกล่เกลี่ย หมายถึง การอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจเมื่อผู้ที่เป็นโรคมีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต และทรัพย์สินของผู้อื่น ดังนั้นผู้ดูแลควรเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคทางจิตเวช เพื่อนำไปอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ที่เป็นโรคได้
7. ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม หมายถึง การควบคุมสิ่งแวดล้อมตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ในกรณีที่ไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยตรงกับผู้ที่เป็นโรคได้
8. ทักษะการจัดการการถูกประทุษร้าย/ การถูกรังเร้น หมายถึง การที่ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับการที่มีผู้ที่เป็นโรคจิตเวชอยู่ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม มีวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทักษะนี้ใช้ในกรณีที่ผู้ดูแลแสดงท่าทีรังเกียจที่มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในครอบครัว

ทักษะการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรคในการดูแลอาการที่เกิดจากภาวะโรคประกอบไปด้วย การจัดการกับอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายตนเองโดยทักษะที่ต้องใช้ มีดังต่อไปนี้ (ภัทรภรณ์ พุ่มปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2548)

1. ทักษะการประเมินสังเกตอาการ หมายถึง การประเมิน และการสังเกตถึงปัญหาหรือความต้องการในการดูแล โดยที่การประเมิน หรือการสังเกตนั้น อาจกระทำในขณะที่ผู้ที่เป็นโรครู้ตัวหรือไม่ก็ได้ ผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคเพื่อจะได้นำมาปรับการรักษาอย่างเหมาะสม จากการศึกษาของเหมยเจด (Meijel , 2004) พบว่า สิ่งที่ครอบครัวให้ความสำคัญและต้องการได้รับข้อมูลมากที่สุดอันดับ 1 ใน 10 คือข้อมูลเกี่ยวกับอาการเตือนก่อนการกำเริบซ้ำ

2. ทักษะการขอความช่วยเหลือ หมายถึง การขอความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

3. ทักษะการบอกสิ่งที่เป็นจริง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ให้ข้อมูลที่เป็นจริงให้กับผู้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับสภาวะปัจจุบันเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคตระหนักในสิ่งที่เกิดขึ้นจริง

4. ทักษะการถอยห่าง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้หลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์การดูแลชั่วคราว เพื่อสงบสติอารมณ์ การหลีกเลี่ยงรวมทั้งการหลีกเลี่ยงทางอารมณ์ เช่น เฝือก และการหลีกเลี่ยงทางกาย เช่น การเดินหนี

5. ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง เทคนิคการป้องกันตนเองจากการถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ที่เป็นโรคอย่างปลอดภัย และไม่เกิดอันตรายต่อผู้ที่เป็นโรค ทักษะนี้นำมาใช้เมื่อจำเป็นหากไม่สามารถใช้ทักษะการสื่อสารต่างๆ ได้สำเร็จ

ทักษะการดูแลด้านการบริหารยา ในการบริหารยาประกอบไปด้วย การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การดูแลด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา การดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยาโดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้ (ภัทรภรณ์ พุ่มปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2548)

1. ทักษะการจัดการเรื่องยา หมายถึง การดูแลจำนวนยาให้เพียงพอจนถึงวันนัดและการดูแลให้ผู้ที่เป็นโรคได้รับประทานยาครบตามแผนการรักษา ตลอดจนการที่ผู้ดูแลตัดสินใจปรับเปลี่ยนยารวมทั้งจัดเก็บยาให้ปลอดภัย

2. ทักษะการประเมิน และสังเกตอาการ หมายถึงการประเมิน และการสังเกตถึงปัญหาหรือความต้องการในการดูแล จากการรับประทานยา ผู้ดูแลต้องสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่

เกิดขึ้น เพื่อจะได้ช่วยเหลือระดับประคองตามผู้ที่ เป็นโรคตามอาการ หรือปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยาหากมีอาการรุนแรงจะได้นำส่งโรงพยาบาล

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ได้มีผู้กล่าวถึง ดังนี้

ภัทรภรณ์ ท่งปันคำ (Tungpunkom, 2000) กล่าวว่า มีปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านคือ

1) ปัจจัยภายในของผู้ดูแล ได้แก่ บุคลิกลักษณะของผู้ดูแล ที่ประกอบด้วย สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ความรู้สึกที่มีโอกาสเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้ (sense of mastery) ความรู้สึกของความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา (sense of preparedness) วิธีการเผชิญกับปัญหาของผู้ดูแล (coping strategies) ทักษะและความรู้ของผู้ดูแล (knowledge and skills)

2) ปัจจัยในตัวของผู้ป่วยเอง คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจจะมีผลต่อการดูแลอีกเช่น เหตุการณ์ความเครียดอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ครอบครัว เพื่อน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่สามารถสรุปได้ดังนี้

1) เพศ จากการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแล พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลมาก ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลน้อย เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงตามลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมไทยแล้วเพศหญิงมักจะเป็นผู้มีบทบาทในครอบครัวเป็นแม่บ้านเป็นผู้ดูแลบุตรและคนในบ้าน ส่วนการศึกษาของ บดินทร์ บุญจันทร์ (2553) เกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรักษาด้วยยา ดังนั้นปัจจัยด้านเพศจะส่งผลให้ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นผู้หญิงจะให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นผู้ชาย

2) อายุ จากการศึกษาของ ฉัญญา พรหมบุตร (2545) วาสนา ปานดอก (2545) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคนย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ (40-60ปี) ซึ่งอายุเป็นปัจจัยบ่งชี้ถึงประสบการณ์ชีวิต ในการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในอดีต และสามารถจัดการกับตนเองและ

ผู้อื่น ความสามารถในการเผชิญปัญหาเฉพาะหน้าดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ผู้ที่มีอายุมากผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมามาก มีการตัดสินใจการเผชิญปัญหาและทักษะในการดูแลผู้ป่วย (บดินทร์ บุญจันทร์, 2553)

3) สถานภาพสมรส การศึกษาของ ฌีวียา พรหมบุตร (2545) และ นิศากร แก้วพิลา (2545) พบว่าผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความมั่นคงทางอารมณ์ ส่วนผู้ที่อยู่เป็นโสดจะรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ขาดคนปลอบโยนให้กำลังใจ (บดินทร์ บุญจันทร์, 2553) คู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผูกพันกันมากที่สุด ทำให้เป็นแหล่งช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ ไปได้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ วรารัตน์ ทะมั่งกลาง (2545) ที่ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พบว่า สถานภาพสมรส มีผลต่อภาระของการดูแล ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ บดินทร์ บุญจันทร์ (2553) เกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลที่เป็นโรคจิตเภท

4) ระดับการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาทางสติปัญญา ความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลทำให้สามารถเรียนรู้ถึงความต้องการต่างๆ ไปของบุคคลที่ต้องการดูแล รู้จักนำความรู้และทักษะที่เคยมีมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ (Orem, 1995) แต่พบว่ามีการศึกษาที่ค้นพบว่าญาติผู้ดูแลมีความต้องการในการฝึกทักษะในการดูแลดังผลการวิจัยของ สุรภา ทองรินทร์ (2546) ที่พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการฝึกทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับมาก และผู้ดูแลมีความต้องการการฝึกทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง (พัชรี คำธิดา, 2546) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าหากญาติผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ญาติมีความเครียดลดลง (อัจฉราวรรณ ศรียวง, 2547) และจากการศึกษาของ ดวงจันทร์ บัวคลี (2547) พบว่า ญาติของผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล ส่วนการศึกษาของปภาดา โฆษคุณวุฒิ (2553) เรื่องการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตายขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภท แผนการรักษา การดูแล และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ ชานุชัย ธรรมงาม (2553) ได้ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ และให้ความเห็นว่า ความเป็นไปได้ในการแก้ไขสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ ควรมีการให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยในด้านการดูแลตนเอง การจัดการกับอาการ ผู้ดูแล การสังเกตอาการผู้ป่วย การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความรู้แก่ผู้มาชุมชนเพื่อลดความ

หวาดกลัว ส่วนเพ็ญประภา มาละไวท์ (2550) ที่ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาโครงการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าญาติผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท เมื่อเข้าใจไม่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วย และราตรี เกรือวรรณ (2552) ได้วิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล สวนปรง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยาทางจิตเวชทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำสูง

5) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยที่เป็นภรรยาจะสามารถปรับตัวได้ดี โดยไม่มีความโกรธ หรือความทุกข์ (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) และส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นบิดากับมารดาซึ่งดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก เข้าใจสงสาร ยอมรับและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) จากการศึกษาของ วรางรัตน์ ทะมั่งกลาง (2545) ที่ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พบว่า ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีผลต่อภาระของการดูแล บุญวดี เพชรรัตน์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น พ่อ/แม่/สามีหรือภรรยาผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติจะให้คุณค่ากับสมาชิกในครอบครัว และเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเนื่องจากความรักใคร่ผูกพันกัน

6) ระยะเวลาในการดูแล เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน จากการศึกษาของวาสนา ปานดอก (2545) พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมานาน 1-5 ปี ซึ่งเป็นระยะอาการหลงเหลือ ที่อาการต่างๆของผู้ป่วยเริ่มคงที่ ดังนั้นประสิทธิภาพในการดูแลจะแตกต่างกันไปตามระยะเวลาของการดูแล จากการศึกษาของมยุรี กลับบงษ์ (2552) ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่นานจะมีความเครียดสูง แต่ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานมากขึ้นจะส่งผลให้ความเครียดจะลดลง และการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วยที่เป็นมาไม่นานหรือมีมากจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูง ซึ่งผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย

7) จำนวนครั้งในการนอน โรงพยาบาลของผู้ป่วย ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ก็จะมีจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลสูงตาม ซึ่งอาการเจ็บป่วยทางจิตมักทำให้ผู้ดูแลจำนวนมากต้องเผชิญกับความรู้สึกลูกถูกคุกคามข่มขู่ และเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยเป็นประจำผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล บุญวดี เพชรรัตน์ (2552)

8) รายได้ของผู้ดูแล รายได้เฉลี่ยของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพในการปรับตัวโดยบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ที่สามารถสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัว เมื่อเผชิญกับปัญหาหรือ

ความเครียดต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ (Orem, 1995) และจากการศึกษาของ ญัฎฐา พรหมบุตร (2545) ที่ศึกษาในเรื่อง สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแล จากการศึกษาของ จินดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ (2542) การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ญาติมีปัญหาเรื่องเงิน ต้องการแหล่งสนับสนุนทางการเงิน การรักษาที่รพ.ใกล้บ้านเพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย

ดังนั้นพอจะสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวช ประกอบด้วยด้านตัวผู้ดูแล และด้านตัวผู้ที่เป็นโรคเอง ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแลเองก็มีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้องเช่น เพศ อายุ ความรู้ ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย รายได้ ความรู้หรือข้อมูลในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งในการดูแลเพราะหากผู้ดูแลมีความรู้ ก็จะส่งผลทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นได้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปได้ว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ ความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ดังนั้นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวที่มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาบทบาท และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นหนทางหนึ่งในการเตรียมผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้นและอาจส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

การประเมินทักษะมีหลายวิธี ได้แก่ การปฏิบัติให้ผู้ดูแล และการสังเกตจากพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลโดยตรง จากการพูดคุยสอบถามผู้ดูแลหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม แต่พบว่าการประเมินทักษะ ทั้ง 2 อย่างเป็นการประเมินที่ไม่สามารถบอกระดับได้อย่างชัดเจนในสิ่งที่ประเมิน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกวิธีการประเมินโดยใช้แบบวัดทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวช เพื่อจะประเมินได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการและสามารถบอกระดับได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแบบวัดทักษะการดูแลที่เฉพาะเจาะจงในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่พัฒนาโดย ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาวัล เรืองยศ, ปิรทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548) ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีความครอบคลุมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 3 ด้านที่จำเป็นดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ในการทำการศึกษานี้

แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่สร้างขึ้นโดย ภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาวัล เรืองยศ, ปิรทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก 47 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ มีเนื้อหาเพื่อ

ถามเกี่ยวกับความสามารถของญาติในฐานะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ขณะอาศัยอยู่ที่บ้านตามสถานการณ์ต่างๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่

1. ด้านการใช้ชีวิตตามปกติจำนวน 29 ข้อ ได้แก่ข้อ 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
2. ด้านการจัดการด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 19
3. ด้านการบริหารจัดการเรื่องยา จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 5, 6, 16, 17, 18, 35, 36, 37, 38

ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้วพบว่าได้ความตรงของเนื้อหา 0.92 และมีการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89 การคิดคะแนนของแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สำหรับข้อคำถามทางบวก

ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติ = 1 คะแนน

ทราบและปฏิบัติบ้างแต่ไม่มั่นใจ = 2 คะแนน

ปฏิบัติทุกครั้ง = 3 คะแนน

ผู้ป่วยทำได้เอง หรือ ไม่มีสถานการณ์เกิดขึ้น = 0 คะแนน

ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบคะแนนที่ให้อาจกลับกันกับข้อคำถามในทางบวก นำคะแนนมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ยโดยรวม การแปรผลคะแนน ของแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาว์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2548)

1.00-1.66 = ไม่มีทักษะการดูแล หรือมีทักษะการดูแลในระดับต่ำ

1.67-2.33 = มีทักษะการดูแลในระดับปานกลาง

2.34-3.00 = มีทักษะการดูแลในระดับสูง

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว

รูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยครอบครัว

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลรักษาที่ผสมผสานกันทั้งทางด้านการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หากผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลที่ดี จะส่งผลให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น ลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเป็นรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่บ้านพัฒนาโดย ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์,

ลำเนาวัล เรื่องยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548) จากงานวิจัยเชิงคุณภาพ การทบทวนวรรณกรรมและได้รับความเห็นชอบของผู้เชี่ยวชาญ โดยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัว ได้พัฒนามาจากการผสมผสานแนวคิดที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับ แนวคิดการพัฒนาบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และแนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ซึ่งในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว มีเนื้อหาในการให้ข้อมูลเบื้องต้นของโรคจิตเวช การรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องยา และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 14 ทักษะ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและสามารถนำไปดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินกิจกรรมในครั้งแรกจะช่วยชี้แนะให้ผู้ดูแลได้เห็นความสำคัญของตนเองในฐานะผู้ดูแล เข้าใจในบทบาทของผู้ดูแลอีกทั้งเข้าใจธรรมชาติของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการดูแล กิจกรรมการดูแล และทักษะการดูแล ซึ่งกระบวนการดูแลแบ่งออกเป็น 3 ช่วงตามสถานการณ์ของการดูแล คือการดูแลในช่วงวิกฤติหรือฉุกเฉิน การดูแลในช่วงขอความช่วยเหลือ การดูแลในช่วงการดำเนินชีวิตตามปกติ โดยกระบวนการดูแลจะเป็นพลวัตรกลับไปมาในแต่ละช่วงตามอาการของผู้ป่วยที่จะกำเริบเป็นครั้งคราว โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว นี้จะช่วยส่งเสริมให้กระบวนการดูแลอยู่ในช่วงของการดำเนินชีวิตตามปกติ ให้ได้นานที่สุด ลักษณะของเนื้อหาในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว จะมีความครอบคลุมกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวช 3 ด้าน คือ

1. การดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ
2. การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรคร่วม
3. การดูแลด้านการบริหารยา

โดยกิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้านนี้ ผู้ดูแลจะทำได้ดีจะต้องเริ่มต้นจากการยอมรับในบทบาทของตนเองก่อน เมื่อยอมรับบทบาทของตนเองแล้ว ก็จะต้องอาศัยทักษะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยซึ่ง ภัทราภรณ์ ทุ่งปั่นคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาวัล เรื่องยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548) ได้ศึกษา และได้สรุปทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ที่ได้จากการเรียนรู้โดยประสบการณ์ตรงของมารดาที่ดูแลลูกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่บ้าน แบ่งออกเป็น 14 ทักษะที่จำเป็น คือ 1) ทักษะการประเมินสังเกตอาการ 2) ทักษะการเตือน 3) ทักษะการแนะนำ 4) ทักษะการบอกสิ่งที่จริง 5) ทักษะการทำกิจกรรมแทน 6) ทักษะการสอนกำกับ 7) ทักษะการถอยห่าง 8) ทักษะการต่อรอง 9) ทักษะการไกล่เกลี่ย 10) ทักษะการจัดการเรื่องยา 11) ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม 12) ทักษะการขอความช่วยเหลือ 13) ทักษะการจัดการการถูกประทุษร้าย/การถูกรังเกียจ 14) ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยลักษณะของโปรแกรมฯ มีทั้งหมด 6 ครั้งการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ซึ่งการทำกลุ่มตามโปรแกรมการดูแล

ผู้ปวยจิตเวชโดยครอบครัว ในแต่ละครั้งใช้หลักของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีหลักสำคัญอยู่ 5 ประการคือ

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่องเป็นการเรียนรู้ที่เรียกว่า Active Learning
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. มีการสื่อสารด้วยการพูด หรือเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้

กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยครอบครัว

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพหรือผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุดโดยเน้นการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมมากที่สุดในทุกองค์ประกอบก็คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การได้สะท้อนความคิดและอภิปราย การสรุปความคิดรวบยอด ตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิด ในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบนั้นจะต้องเกิดการเรียนรู้สูงสุดซึ่งทักษะแบบมีส่วนร่วม มีขั้นตอน และกิจกรรมการสอนทักษะดังนี้ คือ ขั้นรู้ชัดเห็นจริงใช้องค์ประกอบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบของความคิดรวบยอด มีกิจกรรมคือการบรรยายนำ องค์ประกอบประสบการณ์ โดยมีกิจกรรมคือการให้กรณีศึกษาสถานการณ์จำลอง การสาธิต องค์ประกอบสะท้อนความคิด และอภิปรายมีกิจกรรมคือ วิเคราะห์ กรณีศึกษา สถานการณ์จำลอง การสาธิต และขั้นต่อไปคือขั้นลงมือกระทำ ซึ่งจะใช้อองค์ประกอบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 2 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบประยุกต์แนวคิดที่มีกิจกรรมคือ ฝึกปฏิบัติ และองค์ประกอบความคิดรวบยอดที่มีกิจกรรมคือ ประเมินการฝึกซึ่งโปรแกรมการดูแลผู้ปวยจิตเวชโดยครอบครัว ได้ใช้หลักการที่สอดคล้องกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วมรวมที่มีขั้นตอนของกิจกรรมการสอนทักษะตามองค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมครบตามองค์ประกอบที่มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 เป็นความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ปวยจิตเวชที่บ้าน มีกิจกรรม 2 ครั้ง คือ

- 1.1 การประเมินทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่บ้าน มีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดระดับทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล เปรียบเทียบคะแนนทักษะการดูแลผู้ที่เป็น

โรคจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล โดยใช้วิธีการให้ผู้ดูแลประเมินทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่บ้านของตนเอง

1.2 การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่บ้าน โดยใช้วิธีการให้ผู้ดูแลวิเคราะห์ว่าส่วนใหญ่การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชของตนเองอยู่ในช่วงใด และร่วมอภิปรายเรื่องการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่บ้านในประเด็น กิจกรรมการดูแล กระบวนการดูแล ทักษะการดูแลโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ตามใบความรู้ครั้งที่ 1 เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่บ้าน การเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1 เป็นการชี้แนะให้ผู้ดูแลยอมรับ และเข้าใจในบทบาทของตนเองในฐานะผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลยอมรับในบทบาทของตนเองแล้วจะส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการที่จะเรียนรู้แนวทางการดูแลซึ่งเป็นกิจกรรมในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ มีกิจกรรม 1 ครั้ง คือ การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างคนปกติ และผู้ที่เป็นโรคจิตเวชได้ ผู้ดูแลสามารถบอกอาการทางจิตเวชของผู้ที่เป็นโรคที่ตนเองดูแลได้ โดยใช้วิธีการเปิดประเด็นคำถาม และให้ผู้ดูแลร่วมอภิปรายในประเด็นต่างๆ และใช้แบบสำรวจอาการผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่างคนปกติกับผู้ที่เป็นโรคจิตเวช ตามใบความรู้ ครั้งที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ ตามใบงานที่ 2.1 การสำรวจอาการทางจิตเวชของผู้ที่เป็นโรค โดยภาพรวมของการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2 นี้ เป็นการให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท อาการและอาการแสดงต่างๆ ซึ่งการมีความรู้เรื่องโรคนั้นจะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากยิ่งขึ้น

ครั้งที่ 3 เป็นความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งเรื่องการรักษาอื่นๆ ที่ใช้รักษาโรคจิตเวชมีกิจกรรม 1 ครั้ง คือ หัวข้อ กระบวนการรักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องกระบวนการรักษาโดยใช้วิธีการ ให้ข้อมูลของกระบวนการรักษา และร่วมอภิปราย ตามใบความรู้เกี่ยวกับยา รวมทั้งการรักษาอื่นๆ ที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเวช ตามใบงานที่ 3.1 กระบวนการรักษาพยาบาลรวมทั้งให้คู่มือยาสำหรับผู้ดูแลหนึ่งเล่มที่กล่าวถึง ลักษณะยา การออกฤทธิ์ อาการข้างเคียง รวมถึงข้อพึงระวังเนื่องจากยาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างมาก โดยโปรแกรมนี้มีเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับการรักษาของโรค และเป็นไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินของโรค ที่พบว่ายามีผลและมีอิทธิพลในการรักษาอย่างมาก

ครั้งที่ 4 เป็นทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ที่เป็นโรคและญาติ มีกิจกรรม 1 ครั้ง คือ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจในทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน และสามารถเลือกใช้ทักษะดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจะใช้วิธีการให้

ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการอธิบายทักษะแต่ละทักษะ 8 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเตือน ทักษะการแนะนำ ทักษะการทำการกิจกรรมแทน ทักษะการสนทนากับ ทักษะการต่อรอง ทักษะการใกล้เคียง ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม ทักษะการจัดการการถูกประทับใจ/ การถูกรังเกียจ ฝึกการใช้ทักษะต่างๆ ตามใบความรู้ ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกันระหว่างผู้ที่เป็นโรคและผู้ดูแล ตามใบงานที่ 4 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน กิจกรรมกลุ่มครั้งนี้เป็นการใช้ทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิตร่วมกันของคนในครอบครัวเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคมีสัมพันธภาพที่ดี จะส่งผลให้บรรยากาศของครอบครัวดีขึ้นมาด้วย

ครั้งที่ 5 เป็นทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะ โรคมะเร็ง 1 ครั้ง คือ ทักษะที่เกี่ยวกับการดูแลด้านอาการ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลทราบอาการเตือนก่อนกลับเป็นซ้ำ ผู้ดูแลทราบวิธีการจัดการเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากภาวะ โรค และสามารถช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรครวมทั้ง ป้องกันตนเองได้รวดเร็ว และผู้ดูแลมีแหล่งช่วยเหลือโดยใช้วิธีการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการอธิบาย ทักษะซึ่งประกอบด้วย 5 ทักษะคือ ทักษะการประเมินสังเกตอาการ ทักษะการบอกสิ่งที่เป็นจริง ทักษะการถอยห่าง ทักษะการขอความช่วยเหลือ ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกการใช้ทักษะต่างๆ บอกอาการเตือนก่อนกลับเป็นซ้ำร่วมอภิปรายแหล่งช่วยเหลือในชุมชน ตามใบความรู้การฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะ โรค ตามใบงาน 5.1 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะ โรคซึ่งการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้เน้นเป็นทักษะที่เฉพาะ โดยเป็นการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับภาวะ โรคที่เป็น ซึ่งหากผู้ดูแลมีทักษะด้านนี้แล้วก็จะส่งผลให้ความเครียดและวิตกกังวลในการดูแลลดลงและมองการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นเรื่องที่ไม่ยากลำบากนัก

ครั้งที่ 6 เป็นทักษะที่เกี่ยวกับการบริหารยามะเร็ง 1 ครั้ง คือ การบริหารยา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถบริหารยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ผู้ที่เป็น โรครับประทานได้โดยทักษะการจัดการเรื่องยาจะรวมถึงทักษะการประเมินสังเกตอาการ ปัญหาหรือความร่วมมือในการรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา เพื่อจะได้ช่วยเหลือและประทับครองตามอาการกระบวนการของกลุ่มครั้งนี้ โดยใช้วิธีการให้ผู้ดูแลบอกอาการข้างเคียงของยาที่เคยทราบ โดยใช้แบบสอบถามอาการข้างเคียงของยา และร่วมอภิปรายบทบาทของผู้ดูแลในการสังเกต และช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคที่มีอาการข้างเคียงของยา ตามใบความรู้การฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาและตามใบงาน 6 การบริหารยา จะเห็นได้ว่าการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้นคือหัวใจของการรักษาและการรักษาต่อเนื่องที่บ้านดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งการพัฒนาทักษะด้านการบริหารจัดการเรื่องยาจึงเป็นทักษะสุดท้ายของโปรแกรมที่จะส่งเสริมให้ญาติเห็นความสำคัญ อีกทั้งมีทักษะในการดูแลเรื่องยาที่

ถูกต้องชัดเจนเพื่อนำไปสู่การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในการรับประทานยาที่ต่อเนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมทั้ง 6 ครั้ง

เนื่องจากโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมีความครอบคลุมทั้งเนื้อหาที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรค และกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสามารถให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้มากที่สุด ผู้ศึกษาจึงเลือกที่จะใช้โปรแกรมฯ นี้ในการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยที่โปรแกรมฯ นี้ได้รับการทดลองใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในเรื่องการผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชโดยผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวในการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้กับผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น โดยจากผลการวัดระยะก่อนและหลังการทดลองทันทีพบว่ามีคะแนนทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (.05) จากค่าเฉลี่ย 68.71 เป็น 79.43 และเมื่อวัดระยะก่อนและระยะติดตาม 1 เดือน พบว่ามีคะแนนทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (.001) จากค่าเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ 68.71 เป็น 86.29 หลังได้รับโปรแกรม นอกจากนี้รูปแบบของโปรแกรมมีความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติที่แท้จริง ซึ่งกิจกรรมแต่ละครั้งและระยะเวลาทั้งหมดในการดำเนินการจนครบตามโปรแกรมใช้เวลาไม่นาน น่าจะเหมาะสมกับ สภาพของหน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว จึงนำมาใช้ในการเพิ่มทักษะหรือเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้กับญาติผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตามการศึกษากฎหมายทฤษฎีบท, สิทธิลักษณะ, วรรณะพจน์, ลำเนา, เรื่องยศ, ปิทธิรส ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2548) เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกันในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนกับผู้ดูแลที่อยู่ในชุมชน

สรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชโดยครอบครัวที่พัฒนาขึ้นกฎหมายทฤษฎีบท, สิทธิลักษณะ, วรรณะพจน์, ลำเนา, เรื่องยศ, ปิทธิรส ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2548) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมผู้ดูแลเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรค บทบาทของผู้ดูแล และทักษะการดูแลเป็น โปรแกรมที่ผสมผสานแนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชที่บ้านโดยการสอนให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของตนเองในฐานะเป็นผู้ดูแลและเข้าใจธรรมชาติการดูแล เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย ความรู้การดูแล ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช อาการและอาการแสดงต่างๆ การให้ความรู้เรื่องยาและทักษะการบริหารจัดการเรื่องยาสำหรับผู้ดูแล

การเผยแพร่นวัตกรรม

เอเวอเรส เอ็ม โรเจอร์ ได้ให้ความหมายของคำว่า นวัตกรรม (Innovation) นวัตกรรมคือ ความคิด การกระทำ หรือวัตถุใหม่ ๆ ซึ่งถูกรับรู้ว่าเป็นสิ่งใหม่ ๆ ด้วยตัวบุคคลแต่ละคนหรือหน่วยอื่น ๆ ของการยอมรับในสังคม (Innovation is a new idea, practice or object, that is perceived as new by the individual or other unit of adoption) (Roger as cited in Burn & Grove, 2005)

การพิจารณาว่าสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นนวัตกรรมนั้น เอเวอเรส เอ็ม โรเจอร์ ได้ชี้ให้เห็นว่า ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคลหรือกลุ่มบุคคลว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับเขา ดังนั้นนวัตกรรมของบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งอาจไม่ใช่ นวัตกรรมของบุคคลกลุ่มอื่น ๆ ก็ได้ จะขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลนั้นว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับเขาหรือไม่ อีกประการหนึ่งความใหม่ (newness) อาจขึ้นอยู่กักระยะเวลาด้วย สิ่งใหม่ ๆ ตามความหมายของนวัตกรรมไม่จำเป็นจะต้องใหม่จริงๆ แต่อาจจะหมายถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เป็นความคิดหรือการปฏิบัติที่เคยทำกันมาแล้วแต่ได้หยุดกันไประยะเวลาหนึ่ง ต่อมาได้มีการรื้อฟื้นขึ้นมาทำใหม่เนื่องจากเห็นว่าสามารถช่วยแก้ปัญหาในสภาพการณ์ใหม่นั้นได้ ก็นับว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งใหม่ได้ ดังนั้น นวัตกรรมอาจหมายถึงสิ่งใหม่ ๆ ดังต่อไปนี้ (Roger as cited in Burn & Grove, 2005)

1. สิ่งใหม่ที่ไม่เคยมีผู้ใดเคยทำมาก่อนเลย
2. สิ่งใหม่ที่เคยทำมาแล้วในอดีตแต่ได้มีการรื้อฟื้นขึ้นมาใหม่
3. สิ่งใหม่ที่มีการพัฒนามาจากของเก่าที่มีอยู่เดิม

กระบวนการเผยแพร่ นวัตกรรม

เบอร์น และ โกรฟ (Burns & Grove) ได้กล่าวถึง กระบวนการเผยแพร่ นวัตกรรมของ โรเจอร์ (Roger as cited in Burns & Grove, 2005) ประกอบด้วยขั้นตอนการเผยแพร่ นวัตกรรม 5 ขั้นตอนดังนี้

1. ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) เป็นระยะที่บุคคล หรือกลุ่มคนเริ่มรู้จัก และตระหนักเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น ซึ่งเป็นความรู้ด้านกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้การวิจัยเป็นพื้นฐาน โดยอาจมีปัจจัยที่สำคัญมีอิทธิพลในระยะให้ความรู้ ได้แก่ 1) การปฏิบัติที่เคยทำมาก่อน 2) ปัญหาความต้องการที่จะรับรู้ 3) ความสามารถในการริเริ่มของหน่วยงาน ปัญหาของวิธีการที่เคยทำมา สามารถเป็นตัวแปรที่จะนำไปสู่ความต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

2. ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) เป็นระยะที่บุคคลเกิดทัศนคติเกี่ยวกับนวัตกรรม เริ่มเห็นประโยชน์ของนวัตกรรมนั้น โดยคุณลักษณะที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับนวัตกรรม เช่น

ผลประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม การเข้ากันได้ดีของสิ่งที่มีอยู่ หน่วยงานสามารถทดลองปฏิบัติตามแนวคิดได้อย่างน้อยภายใต้สภาพที่จำกัด ซึ่งทำให้สามารถเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างวิธีปฏิบัติเดิม และการสังเกตเห็นผลได้ คือระดับของนวัตกรรมที่สามารถมองเห็นผลการปฏิบัติได้ อย่างเป็นรูปธรรม

3. ระยะตัดสินใจ (decision stage) เป็นระยะที่บุคคล หรือกลุ่มคนตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธนวัตกรรมนั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับจุดเด่นของความรู้ที่ได้จากการวิจัยนวัตกรรมนั้น ในขั้นตอนนี้ บุคคลจะมีแนวทางในการตัดสินใจเกี่ยวกับนวัตกรรมใน 2 ลักษณะ คือ การตัดสินใจที่จะยอมรับ (adoption) นวัตกรรมนั้นมาปฏิบัติใช้ และปฏิเสธนวัตกรรม (rejection) คือการตัดสินใจที่จะไม่ยอมรับนวัตกรรมนั้นมาใช้

4. ระยะปฏิบัติ (implementation stage) เป็นระยะที่บุคคล หรือกลุ่มคน นำนวัตกรรมนั้นไปปฏิบัติ อาจนำไปใช้โดยตรง คัดแปลง หรือนำไปใช้ทางอ้อมก็ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ลักษณะ

4.1 การนำไปใช้โดยตรง (direct application) การที่กิจกรรมใหม่นั้นถูกนำไปปฏิบัติตามที่ได้ทำการวิจัยมา อย่างไรก็ตามนวัตกรรมที่ได้ อาจใช้ไม่ได้กับวิสัยปฏิบัติทั่วไปและการวิจัยได้ระบุว่าสภาพดั้งเดิมของนวัตกรรมหรือกิจกรรมสามารถปรับเปลี่ยนได้

4.2 การนำไปปรับปรุงใหม่ (reinvention application) การที่พยายามปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้ตรงกับความต้องการใช้ วิธีนี้ ลำดับขั้นในกระบวนการอาจมีการเปลี่ยนแปลง หรือบางขั้นตอนอาจถูกนำไปรวมกิจกรรมการรักษาตามประสบการณ์เดิม พยายามจะเป็นผู้ปรับเปลี่ยน วิธีการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ความรู้ที่ได้จากการวิจัย จะถูกรวบรวมไปสู่วิธีการของแต่ละบุคคลรวมกับประสบการณ์ที่พบเจอ การศึกษาก่อนหน้านั้นและคำนึงปัจจุบันทำให้สรุปได้ว่าความรู้ใหม่ที่นำมาใช้จะมีความซับซ้อนมากขึ้น เป็นการดัดแปลงนวัตกรรมนั้นให้เหมาะสมกับการปฏิบัติ

4.3 การนำไปใช้ทางอ้อม (indirect application) เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความสามารถที่เข้าใจ ซึ่งอาจนำไปสู่การเปลี่ยนวิสัยอย่างค่อยเป็นค่อยไป การเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ ต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบที่ถูกเปลี่ยนแปลง ในการที่ผลการวิจัยถูกนำไปรวมกับข้อมูลด้านอื่น เพื่อการแก้ปัญหา และการตัดสินใจในการปฏิบัติ

5. ระยะยืนยัน (confirmation stage) เป็นระยะที่บุคคล หรือกลุ่มคนประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม และตัดสินใจที่จะใช้ต่อหรือหยุดใช้นวัตกรรมนั้น และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับบริบทของบุคคล หรือกลุ่มคน

การศึกษครั้งนี้ได้นำนวัตกรรม คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวซึ่งพัฒนาโดย ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาว์ เรืองยศ, ปรีทรศ ศิลปกิจ, และ

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548) โดยการชี้ให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของตนเองในฐานะเป็นผู้ดูแล และเข้าใจธรรมชาติของการดูแล ตลอดจนการให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็น การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักในบทบาทของตนเอง และช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ที่ถูกต้อง และผู้ดูแลได้นำไปพัฒนาผสมผสานกับประสบการณ์จริงส่งผลให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอนของการเผยแพร่แนวทรรรม 5 ขั้นตอน ไปใช้ในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน พื้นที่ตำบลแม่บึง อำเภอฟัว จังหวัดเชียงใหม่

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่บึง

อำเภอฟัวมีเขตการปกครองท้องถิ่นประกอบด้วย เทศบาลตำบล จำนวน 9 แห่ง มีประชากรทั้งสิ้นจำนวน 54,357 คน ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (การสำรวจ จปฐ, 2554) ประชาชนในพื้นที่มีสิทธิประกันสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 98.68 (คปสอ. ฟัว, 2554) อำเภอฟัวมีระยะทางห่างจากจังหวัดเชียงใหม่ 96 กิโลเมตร เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลฟัวเป็นลำดับแรก โรงพยาบาลฟัวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอฟัว ให้บริการด้านสุขภาพแบบองค์รวม ดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้มีสุขภาพดีโดยประชาชนมีส่วนร่วม ให้บริการผสมผสานทั้งการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป มีเครือข่ายบริการสถานีอนามัย 16 แห่ง ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง ตำบลแม่บึง อำเภอฟัว จังหวัดเชียงใหม่เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพของประชาชนด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพหลังการรักษา

จากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เน้นให้ผู้ป่วยเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลที่มีคุณภาพได้มาตรฐานอยู่ใกล้บ้านเข้าถึงได้ง่ายและสะดวกจึงมีระบบเครือข่ายและการส่งต่อในการรักษาพยาบาลโดยให้โรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในพื้นที่และให้ส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลตติยภูมิอื่นๆ ตามลำดับเมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาโรงพยาบาลเฉพาะทางจะส่งผู้ป่วยกลับให้โรงพยาบาลชุมชนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง ตำบลแม่บึง อำเภอฟัว จังหวัดเชียงใหม่ มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อในการรักษาพยาบาลโดยให้โรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในพื้นที่และให้ส่งต่อผู้ป่วยที่เกินศักยภาพไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลตติยภูมิ

อื่นๆ ตามลำดับเมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาโรงพยาบาลเฉพาะทางจะส่งผู้ป่วยกลับให้โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง รับไว้ในอนรักษที่โรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะเวลามีอาการเฉียบพลัน จะจำหน่ายผู้ป่วยเมื่ออาการเฉียบพลันดีขึ้น จำกัดเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลได้ต่อเนื่องไม่เกิน 15 วัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2547) จึงทำให้มีผู้ที่เป็นโรคจิตเวชอยู่ในชุมชนเป็นจำนวนมาก โรงพยาบาลพริ้วทำงานร่วมกับเครือข่ายมีแม่ข่ายการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชคือโรงพยาบาลสวนปรุง ที่ผ่านมาโรงพยาบาลพริ้ว มุ่งให้การรักษาด้วยยาเป็นหลัก ให้การรักษาโดยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการเฉียบพลัน จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสวนปรุง นอกจากนี้การจัดบริการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชยังได้จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อสนับสนุนให้ผู้ที่เป็โรคได้กินยาอย่างต่อเนื่องในกรณีที่ผู้ที่เป็นโรคกินยาไม่สม่ำเสมอ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง ตำบลแม่บึง อำเภอร้าว จังหวัดเชียงใหม่ รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน มีประชากร 5,209 คน ชาย 2,410 คน หญิง 2,799 คน (ข้อมูลจากการนำเสนอผลการปฏิบัติงานปี 2553) มีผู้ที่เป็นโรคจิตเวชทั้งหมด 60 คน คิดเป็น 11.52 ต่อพันประชากร เป็นผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 17 คน ผู้ติดสารเสพติด 21 คน ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า 7 คน โรควิตกกังวล 5 คน โรคลมชัก 2 คน ปัญญาอ่อน 2 คน ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ 6 คน (จากการสำรวจข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง 30 เมษายน 2555) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอายุระหว่าง 39-63 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง รายได้ 500-3,000 บาท/เดือน ไม่มีผู้ดูแล 2 ราย (เป็นผู้ที่สามารถดูแลตัวเองได้) ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษ 1-5 ครั้ง ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา ปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในพื้นที่ตำบลแม่บึงคือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 30 รับประทานยาไม่ต่อเนื่องเมื่อผู้ที่เป็นโรคเริ่มแสดงอาการทางจิต เช่น ซึมแยกตัว หงุดหงิด ก้าวร้าว ส่งผลต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแล และจากการที่ต้องอยู่ร่วมผู้ที่เป็นโรคเป็นเวลา ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ จากอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ รู้สึกอับอายกับการที่มีผู้ที่เป็นโรคอยู่ในครอบครัว การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง มีระบบส่งต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลพริ้ว ให้ติดตามดูแลที่บ้านมีพยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เมื่อพบปัญหาเร่งด่วนก็จะประสานงานกับทีมสุขภาพจิต โรงพยาบาลพริ้ว ในการส่งต่อผู้ป่วย แต่การจัดการอย่างเป็นระบบยังไม่ชัดเจน จากการติดตามเยี่ยมผู้ที่เป็นโรคในชุมชนพบว่า ปัญหาของการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านคือ 1) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางคนมีอาการกำเริบเนื่องจากการขาดยาเพราะเมื่ออาการดีขึ้นผู้ที่เป็นโรคไม่ได้ไปรับยาต่อเนื่อง บางคนไม่กินยาเพราะผลข้างเคียงของยา 2) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางคน

ไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน และกระตุ้นให้ช่วยงานของครอบครัว 3) ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นเวลานานและรู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว กลัวถูกทำร้าย มีความกังวลเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเช่น หงุดหงิด หวาดระแวง 4) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทชายจะมีอาการกำเริบเพราะใช้สารเสพติดร่วมด้วย เช่น คีมสุรา 5) ครอบครัว ชุมชน ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท 6) ครอบครัวไม่ต้องการให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน หรือร่วมกิจกรรมในชุมชนเนื่องจากกลัวถูกรังเกียจ รู้สึกอับอายที่มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในครอบครัว กลัวคนรอบข้างจะไม่เข้าใจในพฤติกรรมที่แปลกของผู้ที่เป็นโร 7) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดทักษะทางสังคม (จากทะเบียนการเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง 30 เมษายน 2555) ประกอบกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึงจะดูแลร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป จะมีการเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีปัญหาเร่งด่วนที่ได้รับรายงานจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือรายที่รับแจ้งจากโรงพยาบาลพรัวให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราวไป ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึงยังไม่เคยนำแนวปฏิบัติ หรือนวัตกรรมใหม่ๆ มาใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ที่ได้มีผู้นำไปใช้อย่างแพร่หลาย ในโรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้ผลในการพัฒนาทักษะในการดูแล การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และช่วยลดความเครียดแก่ผู้ดูแล แต่ยังไม่มีมีการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมาใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากปัญหาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่บึง คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีอาการกำเริบซ้ำ ครอบครัวและชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน ผู้ศึกษาจึงได้นำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมาทดลองใช้และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่งโปรแกรมห้กล่าวเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในด้านทักษะและบทบาทการดูแล โดยพัฒนาทักษะในการดูแล 14 ทักษะ สำหรับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค การดูแลด้านการบริหาร โดยรูปแบบการให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็น ใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักในบทบาทของตนเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ที่ถูกต้อง และผู้ดูแล

ได้นำไปพัฒนาผสมผสานกับประสบการณ์จริงส่งผลให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำโปรแกรมนี้มาใช้จะดำเนินการเป็นไปตามกรอบแนวคิดกระบวนการเผยแพร่นวัตกรรมของโรเจอร์ (Roger as cited in Burns & Grove, 2005) โดยมีขั้นตอนของการเผยแพร่วัตกรรม 5 ขั้นตอน (รายละเอียดได้กล่าวไว้ในขั้นตอนการดำเนินการศึกษา) 1. ระยะเวลาให้ความรู้ (knowledge stage) 2. ระยะเวลาโน้มน้าว (persuasion stage) 3. ระยะตัดสินใจ (decision stage) 4. ระยะเวลาปฏิบัติ (implementation stage) 5. ระยะยืนยัน (confirmation stage) ทั้งนี้ผู้ศึกษามีการประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว คือ ในส่วนของผู้ใช้บริการมีการประเมินจาก 1) คะแนนทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 2) ในส่วนของผู้ให้บริการมีการประเมินด้านความคิดเห็นต่อการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ของบุคลากรทีมสุขภาพผู้ใช้โปรแกรมฯ ตามกรอบแนวคิดการยอมรับนวัตกรรม ของ โรเจอร์ เกี่ยวกับคุณลักษณะของนวัตกรรมที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมนั้น ซึ่งได้แก่ 1) ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม (relationadvantage) 2) การเข้ากันได้ดีกับสิ่งที่มีอยู่เดิม (compatibility) 3) ความซับซ้อน (complexity) 4) การทดลอง (trialability) 5) การสังเกต (observability) หากการศึกษาค้างนี้ยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมได้ จะนำไปประยุกต์ใช้ในงานประจำต่อไป