



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบทักษะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจาก เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ ดังนี้

1. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท
- 1.3 อาการทางคลินิก
- 1.4 การดำเนินโรค
- 1.5 การพยากรณ์โรค
- 1.6 การรักษาโรคจิตเภท
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.2 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.3 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 3.1 ความหมายของทักษะการดูแล
- 3.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะการดูแล
- 3.3 บทบาทพยาบาลในการพัฒนาทักษะการดูแล

4. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา

5. แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ

- 5.1 ความหมายของแรงจูงใจ
- 5.2 ระดับต่างๆของแรงจูงใจ

6. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

จิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ ด้านสติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และการขาดแรงจูงใจ โดยอาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมักจะเกิดอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 1992)

โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม (Sadock et al., 2007)

1.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท

สาเหตุของโรคจิตเภท สันนิษฐานว่าเกิดจากสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทดังนี้

1.2.1 กรรมพันธุ์ การศึกษาพันธุกรรมของโรคจิตเภทพบว่า ลูกที่ทั้งบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท มีความเสี่ยงถึงร้อยละ 46 ต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท นอกจากนี้ยังพบว่าใน คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งเป็นโรคจิตเภท อีกคนจะมีโอกาสป่วยร้อยละ 46 ส่วนคู่ที่เกิดจากไข่คนละใบ มีโอกาสเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น

1.2.2 ปัจจัยทางประสาทชีววิทยา พบว่ามี Excessive transmission ของ Dopaminergic neuronal pathway ยา Amphetamine ซึ่งใช้รักษาโรคจิตเภท ออกฤทธิ์ยับยั้งหรือลด Dopaminergic neurotransmission และยา Amphetamine ซึ่งเป็น Dopamine agonist ทำให้อาการของโรคนี้น่ามากขึ้น และทำให้คนปกติเกิดอาการคล้ายโรคจิตเภทได้

1.2.3 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เชื่อว่าอย่างน้อยร้อยละ 20-30 ของการเกิดโรคจิตเภทนั้นมาจากปัจจัยอื่น เช่นภาวะแทรกซ้อนระหว่างการจัดครรภ์หรือขณะคลอด เช่นการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ การจำกัดการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ภาวะคลอดก่อนกำหนด (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552)

1.3 อาการทางคลินิก อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (Taylor, 1994)

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยคือ delusion of persecution, grandiose delusion, delusion of reference อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม มีพฤติกรรมแปลกๆ (Disorganized behavior)

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ (1) Alogia พูดน้อยเนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (2) Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่สบตา (3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย และ (4) A sociality เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

1.4 การดำเนินโรค การดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 5 ระยะ (รัชชชัย ลิพพานาจ, 2552) คือ

1.4.1 ระยะก่อนป่วย (Premorbid) ระยะนี้เป็นช่วงเวลาก่อนที่จะมีอาการใดๆ ของโรคเกิดขึ้น แต่จะมีความบกพร่องเล็กน้อยด้าน cognitive function

1.4.2 ระยะอาการนำ (prodromal) เป็นระยะที่นำมาก่อนที่จะเกิดอาการพฤติกรรมและประสบการณ์เบี่ยงเบนไปจากปกติความผิดปกติเริ่มเกิดขึ้นหลังเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ระยะนี้จะกินเวลาดั้งแต่ไม่กี่สัปดาห์ถึงหลายปี เฉลี่ย 2-5 ปี การทำหน้าที่จะบกพร่องอย่างชัดเจน เป็นประเด็นที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้บ่อย

1.4.3 ระยะเกิดโรคครั้งแรก (first episode) ระยะนี้เกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยที่ครั้งหนึ่งของผู้ป่วยมีการเกิดโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปส่วนอีกครั้งหนึ่งมีการเกิดโรคอย่างรวดเร็วในเวลาไม่กี่วันหรือไม่กี่สัปดาห์

1.4.4 ระยะต้น (Early-course) เมื่อเกิดอาการขึ้นแล้วมักพบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยแย่ลงอย่างในช่วง 10 ปีแรกของการป่วยหลังจากนั้นอาการทางคลินิกจะคงที่

1.4.5 ระยะเรื้อรัง (chronic phase) ผู้ป่วยร้อยละ 5-22 มีการฟื้นตัวกลับมาหลังป่วยครั้งแรกและไม่กลับไปป่วยซ้ำอีก แต่ส่วนใหญ่มีการป่วยเรื้อรัง

1.5 การพยากรณ์โรค โรคจิตเภทมีผลลัพธ์ของการรักษาที่แตกต่างกันตั้งแต่การฟื้นตัวกลับมาอย่างสมบูรณ์ ไปจนถึงความเรื้อรังของอาการของโรคและภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ แต่พบว่ามีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิกกับผลลัพธ์ทางการรักษาโดยพบว่าลักษณะการพยากรณ์โรคไม่ดีในผู้ป่วยเริ่มป่วยเมื่ออายุมาก มีสถานภาพโสด หย่า หม้าย มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มีพฤติกรรมแยกตัว และมีประวัติอาการกำเริบหลายครั้ง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบสาเหตุที่แน่ชัดที่ทำให้ผลลัพธ์ของการรักษาแตกต่างกัน

1.6 การรักษาโรคจิตเภทสาเหตุของโรคจิตเภทอาจไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งแต่เพียงอย่างเดียวการที่สาเหตุอาจมีมาจากหลายๆทาง เช่น จากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมทำให้ยากแก่การให้การรักษาที่เหมาะสม นี่คือนี่หนึ่งในเหตุผลที่ว่า การรักษาผู้ป่วยแต่ละคนต่างก็ไม่

เหมือนกันการรักษาที่ผสมผสานทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาทางจิตสังคม และอาชีวบำบัด เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผลการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยออกมาดี (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549; มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.6.1 ยาด้านโรคจิต ยาเหล่านี้มีผลต่อDopamine receptor ช่วยลดอาการทางจิต ยาที่ใช้ส่วนมากเป็นยารับประทาน ในปัจจุบันเริ่มมีการใช้ยาชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อมากขึ้น เพราะสามารถระดับของยาไว้ในร่างกายได้นาน ช่วยลดปัญหาในเรื่องการลืมกินยา การขาดยา พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทถ้าไม่ได้รับยาต่อเนื่องมักมีอาการกลับเป็นซ้ำของโรค

1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยาโดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า สัปดาห์ละ 3 ครั้งจำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง นอกจากนี้ยังอาจใช้ในผู้ป่วยชนิดตัวแข็งทื่อหรือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงร่วมด้วย

1.6.3 การรักษาจิตสังคมการบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบด้านแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในทุกด้านของการรักษาจิตใจมีหลายวิธี ดังนี้

1.6.4 จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาฟังตั้งเป้าหมายตามที่จริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ไข ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่าช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาหมกหมุ่นไม่ได้

1.6.5 สุขภาพจิตศึกษาหรือการให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (psychoeducation or family counseling) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิดหรือกล่าวโทษตัวเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง และอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้ การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยได้เป็นอย่างดี

1.6.6 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคมเน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.6.7 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อม ภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็น บางส่วนผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่ทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของ ผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภท ถึงแม้จะได้รับการดูแลรักษาอาการทางจิตใน 2 ระยะ แรกจน สามารถควบคุมอาการได้แล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยจะยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ซึ่งอาการหลงเหลือ ดังกล่าว อาจส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความกดดันด้านจิตใจ เมื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านหรือชุมชนของ ผู้ป่วยเอง แต่ผู้ป่วยโรคจิตเภทยังคงมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และ พฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความพร่องในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น จนไม่ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทางสังคมได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถูกแบ่งแยกจาก สังคม ส่งผลกระทบต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นการรักษา ระยะยาวที่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาด้านจิตสังคมโดยเฉพาะ การทำกลุ่มบำบัด (group therapy) จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนทักษะทางสังคม ทำให้รู้สึกว่าคุณเอง มีคนเข้าใจมีการช่วยเหลือให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา โดยอาศัย กระบวนการกลุ่ม กิจกรรมกลุ่มที่มุ่งเน้นให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภท มีความสามารถในการสื่อสารที่ดี และมีประสิทธิภาพจึงเป็นการรักษาทางจิตสังคมอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทสามารถ สร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นและปรับตัวอยู่ในสังคมได้ดียิ่งขึ้น

สรุปได้ว่า แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกตามลักษณะอาการของโรค โดยมีเป้าหมายการรักษาและการบำบัดแตกต่างกันไปตามอาการ และมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยจิต เภทในทุกๆระยะของการเจ็บป่วย ในการรักษาช่วงระยะอาการคงที่ มีการรักษาด้วยยาควบคู่ไปกับการรักษาทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสภาพ โดยผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็น

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทมีหลักการพยาบาล ดังนี้

1.7.1 การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริม ให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้ว การดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยจะไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลายวัน

1.7.2 การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลผู้ป่วยด้านความคิดนั้น พยาบาลควร กระทำคือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย

1.7.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้ว อารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่านิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์ พยาบาล

ต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.7.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีและอยู่คนเดียวของผู้ป่วย เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรมุ่งประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและเสริมสร้างทักษะทางสังคมพื้นฐาน ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจ

จึงเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ในการดูแลการช่วยเหลือจึงจำเป็นต้องอาศัยทั้งการช่วยเหลือจากทั้งจากสถานบำบัดและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลในชุมชน

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีดังนี้ (กัลยาณี โนนินทร์, 2542)

1) เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดีเจ็บป่วย พิกัดหรือป่วยหนักเพื่อดูแลความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

2) เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสหสาขาวิชาชีพพร้อมกัน

3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสานได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4) เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนไม่มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

5) เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

6) เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

7) เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ก็ใช้หลักการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านดังข้างต้นซึ่งปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนโดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (Pelletier, 1988; Klebnoff, 1989 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล

3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว

และผู้ป่วยกับผู้นำบัด

5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

6) ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

8) ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การใช้ยา การมีกิจกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชน ในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่องสรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีลักษณะการบริการแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้บริการที่บ้านและในชุมชนเพื่อให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ได้กล่าวถึง กิจกรรมที่พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้น สามารถกระทำได้ในลักษณะต่างๆ ดังนี้

1) การประเมินสภาวะผู้รับบริการ

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

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ควรให้การพยาบาลตามหลักการดูแลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยหลักการพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 6 กิจกรรมดังนี้ (คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2543)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป้าหมายเพื่อเกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษาที่ถูกต้อง และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน จึงลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาและมีวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางจิตเวช ได้ถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการ และการเผชิญกับภาวะวิกฤตได้

กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชนตามศักยภาพอย่างต่อเนื่องนอกจากนี้สิ่งที่พยาบาลควรคำนึงถึงในการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่สำคัญคือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคมและวัฒนธรรม การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่มีประสิทธิภาพควรยึดหลักการดังนี้

- 1) ผู้รับบริการแต่ละรายมีสังคมและวัฒนธรรมของตน ที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว
- 2) วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการจะต้องรับรู้ ยอมรับ และดูแลอย่างเหมาะสม
- 3) การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจ และเอาใจใส่ผู้รับบริการ เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความร่วมมือของผู้รับบริการ
- 4) ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ
- 5) ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ เข้าใจโลกทัศน์ของผู้รับบริการ
- 6) การสังเกต ช่วยให้ผู้เข้าใจผู้รับบริการตลอดจนสังคม และวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม
- 7) พยาบาลควรมีความสามารถในการพูดหรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้จะช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้เร็วขึ้น

สรุปได้ว่า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือ ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะได้ผลอย่างแท้จริง จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจ ความร่วมมือทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการส่งเสริมการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่า มุ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อที่จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

2.2 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านในระยะนี้จะเน้นที่การดูแลของครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่าผู้ดูแลและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรง

และดีที่สุด การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้านจะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถนำแห่งประโยชน์จากผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชจึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการครอบคลุม 6 บทบาท คือ (Harder et al., 1987 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2536; ทศนา บุญทอง, 2543)

1. บทบาทผู้ดูแล โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ให้บริการเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผนดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสหนาการ และกิจกรรมอื่น ๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

3. บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสมให้ โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือทางสังคม

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สำรวจปัญหาแบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเองเพื่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิด และทีมสุขภาพ

5. ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครูหรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างถาวร

6. ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหา

จากแนวคิดดังกล่าว นำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ใช้กระบวนการ

ปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน เป็นการเยี่ยมบ้านรายครอบครัว อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

2.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน

Horowitz (1985 cited in Horowitz & Rein hard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ แบ่งตามความรับผิดชอบในการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

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

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

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

ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่ น้อง เพื่อน หรือแม้แต่มุสลิมที่สำคัญในชีวิต ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่เกิดขึ้นที่บ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล

สรุปได้ว่า ผู้ดูแล คือบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ

อารมณ์ สังคม รวมทั้งการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัลใดๆในการดูแล

2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกติ นั้น ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

ปรีดีหทัย แก้วฉวีรัตน์ (2534) กล่าวถึงการดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย หากมีอาการทางจิตมาก ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อน

2) ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชย และให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่ดูต่ำหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรงเพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย

3) ด้านสังคม ผู้ที่มีพฤติกรรมเฉื่อยชา แยกตัวเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา หรือร่วมงานต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน

4) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ อาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

5) ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

6) ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้กับผู้ป่วยให้สามารถรับผิดชอบและช่วยเหลือตนเองได้

จอม สุวรรณ โน (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

1) ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

2) ช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ

3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพจัดหาซื้อยา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยา

4) ช่วยเหลือด้านการเงิน

5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน

6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น

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

จะเห็นได้ว่า บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบมากมายดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ การดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

2.5 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง นอกจากนี้การรับผิดชอบในหลายบทบาท เช่น การดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในครอบครัว การ

หารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าจากการรับบทบาทที่มากเกินไป (รุจา ภูโพนุลย์, 2535) จนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้ากับการดูแล (ยาใจ สิริธิมงคล, 2538; ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; Song, Biegel, & Milligan, 1988; Salleh, 1994; Eakes, 1995; Adamec, 1996; Hobbs, 1997) การศึกษาของ Salleh (1994) พบว่า อาการของผู้ป่วยจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้อื่น และบางครั้งมีผลให้ผู้อื่นมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ดูแลต้องกระทำแทน อีกทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วย และสิ่งของต่างๆ

2) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่างๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรถึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (วรกช นิธิกุล, 2535; ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip & Mackenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เสรีภาพ เสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

3) ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในขณะเดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านอื่นๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการเฝ้าดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ ประเพณีต่างๆ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่าง

เห็นกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (วรกช นิธิกุล, 2535; ยูพาพิน ศิริ โพธิ์งาม, 2539; มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544; Eakes, 1995)

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

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการเบียดเบียนผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดูแล ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ เพื่อไม่ให้เกิดความท้อแท้ในการดูแลรักษาอาการป่วยของตนช่วยให้อาการป่วยทางจิตและเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือและปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและผู้ป่วยจิตเภทก็ จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

3. ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.1 ความหมายของทักษะการดูแล

ทักษะการดูแล หมายถึงพฤติกรรมการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมาช่วงหนึ่ง(ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำและคณะ, 2548) โดยทักษะจะพัฒนาขึ้นตามระยะเวลาและประสบการณ์ที่ผู้ดูแลมีอยู่ ดังนั้นการวางพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้องในระยะแรกควบคู่ไปกับการผสมผสานประสบการณ์การดูแลจริงที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทักษะที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยกิจกรรม 3 ด้าน คือ 1) ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การดูแลด้าน

สังคม การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การดูแลเมื่อผู้ป่วยถูกล้อเลียนหรือถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น 2) ทักษะการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค ประกอบไปด้วย การจัดการกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับอาการเมื่อผู้ป่วยจิตเภททำร้ายตนเอง 3) ทักษะการดูแลด้านการบริหารยา ประกอบไปด้วย การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การดูแลด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา การดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยา (ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ, 2548)

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะในการดูแลของผู้ดูแล

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะในการดูแลของผู้ดูแลมีดังนี้คือ

3.2.1 ระดับการศึกษาของผู้ดูแล การศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเรื่องสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และสามารถนำความรู้แลทักษะที่ได้จากการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการเผชิญปัญหาต่างๆสามารถปรับกิจกรรมการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า (Orem, 1985)

3.2.2 ปัจจัยด้านเพศ เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งเป็บทบาทธรรมชาติของเพศหญิงที่ถูกอบรมให้เป็นผู้ดูแลงานบ้านและช่วยสมาชิกในครอบครัว (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒพานิช, 2537) อีกทั้งพื้นฐานความเชื่อทางสังคมและค่านิยมทางวัฒนธรรมที่คาดว่าเพศหญิงต้องทำหน้าที่ให้การดูแลทั้งในฐานะที่เป็นมารดาและการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย (จอม สุวรรณ โน, 2541) ทำให้เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมากกว่าเพศชาย(บุญวดี เพชรรัตน์, 2546)

3.2.3 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพและทัศนคติที่ดีของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย โรคจิตเภทซึ่งความสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวจะมีความใกล้ชิด ผูกพัน รักใคร่ ห่วงใย เอาใจใส่ดูแลกันทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย(รุจา ภูไพบูลย์ อ่างในวาสนา ปานดอก, 2545) เมื่อผู้ดูแลมีความรัก ความผูกพันและสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย มีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ(จอม สุวรรณ โน, 2541) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นในการดูแลซึ่งจะทำให้ทักษะการดูแลของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

3.3 บทบาทพยาบาลใน การพัฒนาทักษะการดูแล

ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ(2548) ได้อธิบายรูปแบบการพัฒนาทักษะ (Skill Acquisition Model) จากแนวคิดของDreyfus & Dreyfus(1986, อ้างใน ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ, 2548) ไว้ดังนี้

รูปแบบการพัฒนาทักษะ (Skill Acquisition Model) มีขั้นตอนการพัฒนาทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังนี้ คือ

1) **ขั้นเริ่มต้น (Novice stage)** ผู้ดูแลที่รับบทบาทผู้ดูแลใหม่ จะทำกิจกรรมการดูแลแบบลองผิดลองถูก แต่หากผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องโรค การรักษา และการดูแลที่ถูกต้องผู้ดูแลจะปฏิบัติตามคำแนะนำทุกขั้นตอน โดยไม่คำนึงถึงบริบทที่รอบข้าง ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียด รู้สึกเป็นภาระ และมองว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ยากลำบาก ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการดูแล และการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแลในขั้นนี้ มีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาทักษะได้อย่างดี

2) **ขั้นเรียนรู้ (Advanced beginner stage)** ในขั้นนี้ผู้ดูแลเริ่มเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่นอกเหนือข้อปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร จากการแนะนำของเจ้าหน้าที่ โดยจะผสมผสานกับประสบการณ์ตรงของตนเอง ไปช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว ซึ่งจะมีความแตกต่างกันจากบุคคลสู่บุคคล

3) **ขั้นมีความสามารถ (Competence stage)** ในขั้นนี้ผู้ดูแลเริ่มกระทำกิจกรรมนั้นด้วยใจและความรู้สึกเริ่มมีการปรับเปลี่ยนหรือประยุกต์วิธีการทำกิจกรรมต่างๆ ให้สอดคล้องกับลักษณะและข้อจำกัดของตนเอง ผู้ดูแลจะตัดสินใจแก้ปัญหาบนพื้นฐานประสบการณ์ที่ตนเองสั่งสมไว้เป็นหลัก

4) **ขั้นชำนาญ (Proficiency stage)** ในขั้นนี้ผู้ดูแลเริ่มใช้สัญชาตญาณ (intuitive thinking) การทำกิจกรรม การกระทำหรือการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องในการดูแล การกระทำจะเป็นไปด้วยความรวดเร็ว เป็นอัตโนมัติ เริ่มมองเห็นจุดสำคัญของสิ่งที่เป็นประเด็นหลักๆ ไม่สนใจสิ่งเล็กน้อย

5) **ขั้นเชี่ยวชาญ (Expert stage)** ผู้ดูแลจะกระทำตามความคุ้นเคยของตนเองหรือจากประสบการณ์ที่ตนเองสั่งสมมา ผู้ดูแลเริ่มมองว่าการดูแลและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหาแต่จะมองว่าเป็นสิ่งปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

สรุปได้ว่าการพัฒนาทักษะนั้น ในขั้นเริ่มต้นผู้ดูแลมักจะให้การดูแลมักจะให้การดูแลแบบลองผิดลองถูก ฉะนั้นการให้ความรู้เรื่องการดูแลให้กับผู้ดูแลในขั้นนี้จึงมีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาทักษะอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เข้ามารับบทบาทผู้ดูแลใหม่ เมื่อผู้ดูแลเริ่มผสมผสานความรู้และประสบการณ์ตรงของตนเอง ทักษะก็จะพัฒนาไปถึงขั้นมีความสามารถ เกิดความชำนาญ และเกิดความเชี่ยวชาญในที่สุดซึ่งขั้นนี้ผู้ดูแลจะมองว่าอาการเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดในชีวิตประจำวัน จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่า การพัฒนาทักษะและบทบาทในการดูแลนั้นเป็นการปฏิบัติที่สอดคล้องเป็นคู่ขนานกัน

3.4 ทักษะการดูแลที่บ้าน

ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเวชแบ่งเป็น 3 ด้าน (Tungpunkom, 2000) ได้แก่ 1) ทักษะการดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ 2) ทักษะการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค 3) ทักษะการดูแลด้านการบริหารยา ดังนั้น ทักษะที่ใช้ในการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน โดยกิจกรรมทั้งหมดนี้มีการใช้ทักษะที่จำเป็น 14 ทักษะแตกต่างกันไป (ภัทรภรณ์ พุ่มปันคำ และคณะ, 2548) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ทักษะการดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ในการดูแลด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท ประกอบไปด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การดูแลด้านสังคม การดูแล ด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การดูแลด้านการป้องกันการถูกล้อเลียนหรือการถูกรังเกียจจาก บุคคลอื่น โดยทักษะที่ต้องใช้ มีดังนี้

1.1. ทักษะการเตือน หมายถึง การกระตุ้นทางวาจาให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมหรือมี พฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน สิ่งที่ผู้ดูแลต้องเตือนคือ การเตือนเรื่องการดูแล สุขอนามัยส่วนบุคคล การช่วยงานบ้าน การรับประทานยา ซึ่งสิ่งที่ผู้ดูแลต้องตระหนักคือ คำพูด และน้ำเสียง พร้อมทั้งจิตใจที่ดีที่เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย และความรัก ไม่ใช่อารมณ์

1.2 ทักษะการแนะนำ หมายถึง การชี้แนะผู้ป่วยในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยการ ชี้แจงเหตุผลประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและปฏิบัติตามอย่างยั่งยืน

1.3. ทักษะการทำกิจกรรมแทน หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมที่จำเป็นต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันให้กับผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและ พร่องในการดูแลตนเอง

1.4 ทักษะการสอนกำกับ หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ทำการฝึกกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่ ผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และทำกิจกรรมนั้นด้วยตนเองมากที่สุด

1.5 ทักษะการต่อรอบ หมายถึง เทคนิคการสร้างเงื่อนไข เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ พึงประสงค์ โดยการให้รางวัลหรือการลงโทษเป็นเงื่อนไข

1.6 ทักษะการไกล่เกลี่ย หมายถึง การเจรจาอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจเมื่อผู้ป่วยมี พฤติกรรมก้าวร้าว ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สินของผู้อื่น ดังนั้น ผู้ดูแลควรเข้าใจ เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคทางจิตเวช เพื่อนำไปอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของ ผู้ป่วย

1.7 ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม หมายถึง การควบคุมสิ่งแวดล้อม ตลอดจน ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ในกรณีที่ไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหาโดยตรงกับผู้ป่วย ได้

1.8 ทักษะการจัดการถูกประทุษร้าย/การถูกรังเกียจ หมายถึง การที่ผู้ดูแลสามารถ เฉลียวกับการที่ผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม มีวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทักษะนี้ใช้ในกรณีที่มิใช่ผู้แสดงท่าทีรังเกียจ

2. ทักษะการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค ในการดูแลอาการที่เกิดจากภาวะโรค ประกอบไปด้วย การจัดการกับอาการทางจิตของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท การจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็น โรคจิตเภททำร้ายตนเอง โดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้

2.1 ทักษะการประเมินสังเกตอาการ หมายถึง การประเมินและสังเกตถึงปัญหา หรือความต้องการในการดูแล โดยที่การประเมินหรือการสังเกตนั้นอาจกระทำในขณะที่ผู้ป่วยรู้ตัวหรือไม่ ก็ได้ ผู้ดูแลต้องมีความรู้ในการสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเพื่อจะได้นำผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างเหมาะสม

2.2 ทักษะการขอความช่วยเหลือ หมายถึง การขอความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

2.3 ทักษะการบอกสิ่งที่เป็นจริง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานะปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในสิ่งที่เกิดขึ้น

2.4 ทักษะการถอยห่าง หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้หลีกเลี่ยงจากสถานการณ์การดูแลชั่วคราวเพื่อสงบสติอารมณ์ การหลีกเลี่ยง รวมทั้งการหลีกเลี่ยงทางอารมณ์ เช่น เงียบ และหลีกเลี่ยงทางกาย เช่น การเดินหนี

2.5 ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง เทคนิคการป้องกันตนเองจากการถูกทำร้ายร่างกายของผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ทักษะนี้ นำมาใช้เมื่อจำเป็น หากไม่สามารถใช้ทักษะการสื่อสารต่าง ๆ ได้สำเร็จ

3. ทักษะการดูแลด้านการบริหารยา ในการบริหารยาประกอบไปด้วย การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การดูแลด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา การดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยา โดยทักษะที่ต้องใช้มีดังต่อไปนี้

3.1 ทักษะการจัดการเรื่องยา หมายถึง การดูแลจำนวนยาให้เพียงพอจนถึงวันนัด และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาครบตามแผนการรักษา ตลอดจนการที่ผู้ดูแลตัดสินใจปรับเปลี่ยน รวมทั้งเก็บยาให้ปลอดภัย

3.2 ทักษะการประเมิน และสังเกตอาการ หมายถึง การประเมินและการสังเกตถึงปัญหาหรือความต้องการในการดูแลจากการรับประทานยา ผู้ดูแลต้องสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น เพื่อจะได้ช่วยเหลือระดับประคองผู้ป่วยตามอาการ หรือปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยาหากมีอาการรุนแรงจะได้นำส่งโรงพยาบาล

สรุปจะเห็นได้ว่า ทักษะในการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญ ทักษะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยควรจะครอบคลุมในกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ทักษะในการดูแล

ทั้ง 14 ทักษะ เมื่อผู้ดูแลตั้งสมประสงค์การเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจนเกิดเป็นทักษะในการดูแลแล้ว และเมื่อผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลสูง จะสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติและอยู่ในชุมชนได้ดี

4. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา

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

การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประทับประคองและการบริการด้านความรู้ โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง และสร้างเครือข่าย (Anderson, Hogarty, and Reiss, 1980) ซึ่งในที่นี้หมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือและสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย

การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกัน โดยแบ่งได้ดังนี้ (Williams, 1989)

1) การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ฝึกทักษะและสามารถดูแลตนเองได้

2) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม

3) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวถือว่าการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียวแต่จะรวมถึงการให้ความรู้การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey, 1989) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษารูปแบบนี้ได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความเป็นมิตรระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมากและมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไปจะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

จากผลการวิจัยดังกล่าว ทำให้เห็นว่า ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ความไม่รู้และไม่เข้าใจของครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากโรคของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด และกลับเป็นซ้ำอีก ดังนั้น รูปแบบของการบริการจึงให้จัดในรูปของโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัว โดยมุ่งเน้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิต สาเหตุของโรค การรักษา การพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การอยู่ในสังคมและการติดต่อสื่อสารแก่ครอบครัว

- 1) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- 2) การช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย
- 3) การจัดการในเรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย
- 4) รับฟังครอบครัว และช่วยเหลือในการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม
- 5) ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโปรแกรมการรักษาสำหรับผู้ป่วย
- 6) ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
- 7) ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์
- 8) การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรักษา การประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม

9) การวางแผนการช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว

10) การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว

11) ส่งเสริมครอบครัวในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

12) สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัวของสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย

13) การลดความสับสน ความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษา ดังนี้

ด้านผู้ป่วย

1) ช่วยสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ

2) ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3) ลดปริมาณการใช้ยา

4) พัฒนาทักษะทางสังคมและการติดต่อสื่อสาร

5) ช่วยเพิ่มรายได้ และโอกาสในการประกอบอาชีพ

6) สร้างความแข็งแกร่งให้กับครอบครัว

7) ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว

ด้านครอบครัว

1) เป็นการเตรียมทักษะในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ

2) พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต

3) พัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด

4) ลดความรู้สึกเป็นตราบาปและการแยกตัว

5) ลดความตึงเครียด

6) พัฒนาสัมพันธภาพภายในครอบครัว

ด้านผู้รักษา

1) พัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ภายในชุมชนและการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย

2) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่หลากหลาย และวิธี

รักษาพยาบาล

3) ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

4) สามารถลดการดูแลในภาวะวิกฤตได้

5) พัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

จะเห็นได้ว่า เมื่อได้รับการประคับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ที่ช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อม ๆ กัน กลายเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988) นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

5. แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ

การเสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller & Rollnick (1995) เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในลักษณะการให้คำชี้แนะ การให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมและช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้ดูแลได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น (พิชัย แสงชาอุชัย, 2548) การเพิ่มทักษะและการให้ความรู้ที่ถูกต้องในระยะเริ่มแรกควบคู่ไปกับประสบการณ์จริงที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะทำให้ทักษะการดูแลมีคุณภาพมากขึ้น (Dreyfus & Dreyfus, 1986) เห็นได้จากการศึกษาของ ภัทรภรณ์ หุ่นปั้นคำและคณะ (2548) ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านช่วยเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ตามแนวคิดของ Dreyfus & Dreyfus (1986) การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาทักษะอย่างถูกต้องเมื่อผู้ดูแลเริ่มผสมผสานความรู้และประสบการณ์ตรงของตนเอง ทักษะนี้จะพัฒนาไปถึงขั้นมีความสามารถเกิดความชำนาญและเกิดความเชี่ยวชาญในที่สุด ความรู้และทักษะจะสามารถช่วยในการแก้ปัญหาของผู้ดูแลและเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ภัทรภรณ์ หุ่นปั้นคำ และคณะ, 2548; จิระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2551) โดยแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด (Motivational Enhancement Therapy: MET) (Miller & Rollnick, 1991; พิชัย แสงชาอุชัย, 2548) คือการใช้หลักการพื้นฐานในการสัมภาษณ์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองใหม่ อาศัยทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของ Prochaska & DiClemente (1997) เป็นแนวทางซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ซึ่งประกอบขึ้นมาเป็นวงจรของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนี้

1) ขั้นเมินเฉย (Pre – contemplation stage) ผู้ป่วยยังไม่มีความตระหนักรู้ว่าตนควรจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงท่าทีที่เหมาะสมของผู้บำบัดในขั้นนี้ คือให้ข้อมูล (Feed – back, information)

2) ขั้นตระหนักรู้ว่ามีปัญหา (Contemplation stage) เริ่มตระหนักรู้ว่ามีปัญหา และปัญหานั้นเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ และจะเกิดผลดีขึ้นหากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ท่าทีที่เหมาะสมของผู้บำบัดในขั้นนี้ คือการพูดคุยถึงข้อดีและข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลง (Pros and Cons)

3) ขั้นตัดสินใจเปลี่ยนแปลง (Determination) ขั้นที่มีการตัดสินใจว่าต้องมีการกระทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ท่าทีที่เหมาะสมของผู้บำบัดในขั้นนี้ คือ การแนะนำทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu)

4) ขั้นกระทำการเปลี่ยนแปลง (Action) เริ่มขึ้นเมื่อบุคคลนั้นเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ท่าทีที่เหมาะสมของผู้บำบัดในขั้นนี้ คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามวิธีการที่เลือกอย่างมีประสิทธิภาพ (Adherence)

5) ขั้นคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง (Maintenance) ดำเนินต่อเนื่องและคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ท่าทีที่เหมาะสมของผู้บำบัดในขั้นนี้คือ การป้องกันพฤติกรรมที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเช่นหยุดรับประทานยาเอง เพิ่มหรือลดยาเอง (Relapse prevention)

6) ขั้นย้อนกลับสู่พฤติกรรมเดิม (Relapse) กลับไปสู่การมีพฤติกรรมแบบเดิม ท่าทีที่เหมาะสมของผู้บำบัดในขั้นนี้คือการดึงผู้ป่วยกลับเข้าสู่การรักษาด้วยยาโดยเร็ว

ดังนั้น ผู้บำบัดจะต้องทำการประเมิน และสามารถบอกได้ว่าขณะนั้นผู้ป่วยอยู่ในขั้นไหนของวงจรการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงจากขั้นตอนหนึ่งไปสู่อีกขั้นตอนหนึ่งได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด ผู้บำบัดต้องใช้วิธีการกระตุ้นจากมุมมองของผู้รับการบำบัด โดยดูจากประโยคคำพูดของผู้รับการบำบัดเองว่ามีการรับรู้ต่อปัญหาอย่างไร และมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงปัญหาอย่างไรบ้าง

5.1 หลักการที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด

หลักการที่เป็นพื้นฐานของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัดทั่วไปมี 5 ประการ (DARES) ดังต่อไปนี้

1) การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน (Develop discrepancy) ทำให้เห็นความแตกต่างของสถานภาพในปัจจุบันกับเป้าหมายที่อยากจะเป็น แรงจูงใจของการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเมื่อผู้รับการบำบัดมีความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาเป็นอยู่กับสิ่งที่เขาต้องการจะเป็น กระบวนการของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด ก็คือการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดสนใจเอาใจใส่กับความรู้สึกนี้ ในผู้รับการบำบัดบางรายอาจต้องทำให้เกิดความรู้สึกนี้ขึ้นมาโดยการพูดคุย

ถึงผลลัพธ์ของการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลเหล่านี้เหมาะสม ก็จะกระตุ้นให้เกิดภาวะวิกฤตจนกระทั่งผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง

2) การหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้รับบริการ (Avoid argumentation) หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง ในระหว่างการบำบัดผู้รับบริการบำบัดอาจไม่แน่ใจสับสน ผู้รับบริการบำบัดอาจใช้กลไกการป้องกันตนเองที่ทำให้ตนรู้สึกไม่สบายใจน้อยลงและไม่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การร่วมมือในการรักษา การจูงใจอย่างจริงจังและดูเกินจริงจะกระตุ้นให้ผู้รับบริการบำบัดเกิดความรู้สึกต่อต้านและรู้สึกว่าผู้บำบัดไม่เข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ในแนวทางของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด จะหลีกเลี่ยงการทะเลาะโต้แย้ง ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้าน ไม่มีเจตจำนงที่จะต้องให้ผู้รับบริการยอมรับการวินิจฉัย ไม่จำเป็นที่จะต้องที่ยืนยันความถูกต้องหรือโต้เถียงเอาชนะ แต่ควรหาวิธีอื่น ๆ ที่จะช่วยเหลือให้ผู้รับบริการบำบัดเห็นผลลัพธ์และโทษที่เกิดขึ้นตามมาทีหลัง และขณะเดียวกันก็เห็นผลดีจากการเปลี่ยนแปลง

3) การเคลื่อนไหวไปตามแรงต้านของผู้รับบริการ (Roll with resistance) เมื่อผู้รับบริการบำบัดมีความรู้สึกต่อต้าน วิธีการของการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัดจะไม่ปล่อยให้ความรู้สึกต่อต้านนั้นดำเนินต่อไปแต่จะค่อย ๆ ทะลอมทะลุนไปกับความรู้สึกต่อต้านนั้น โดยมีเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้รับบริการบำบัด ผู้ให้การบำบัดต้องเคารพในความคิดเห็นของผู้รับบริการ ให้เกียรติเขาในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมทั้งเข้าใจภาวะลังเลใจของผู้รับบริการเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ และไม่เฝ้าการต่อต้านหรือเป็นปฏิปักษ์ต่อผู้ให้การบำบัด

4) การแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (Express empathy) ผู้บำบัดใช้การสื่อสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ และให้เกียรติผู้รับบริการบำบัดหลีกเลี่ยงการสื่อสารที่ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำต่ำสูงระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการบำบัด โดยผู้รับบริการบำบัดมีสิทธิที่จะเลือกอย่างอิสระและกำหนดทิศทางเป้าหมายของตนเอง ผู้บำบัดเคารพในสิทธินี้ของผู้รับบริการบำบัด ในกระบวนการแต่ละขั้นตอนเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นที่จะเป็นผู้ตัดสินใจ ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ฟังมากกว่าที่จะเป็นผู้ป้อนข้อมูล พูดชักชวนด้วยความนุ่มนวลและบอกเสมอว่าการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นทั้งหมดขึ้นอยู่กับผู้รับบริการบำบัดเอง การสะท้อนความรู้สึก(Reflection)เป็นเทคนิคที่สำคัญ การสื่อสารกับผู้รับบริการบำบัดในระดับที่เท่ากันเป็นสิ่งจำเป็น

5) การสนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Support self-efficacy) การส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ในตัว คนเราเมื่อถูกชี้ให้เห็นปัญหา โดยปกติก็จะยังไม่ทำการเปลี่ยนแปลงจนกว่าจะมีความรู้สึกว่ามีความหวังที่จะทำได้สำเร็จ ความรู้สึกว่าตัวเองมีศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5.2 เทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด

เทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดย Miller & Rollnick (1991) แนะนำว่า เทคนิคที่ใช้ อย่างเป็นผลคือ เทคนิค OARS ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยัน รับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) การสรุปความ (Summarization) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยืนยันสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก สิ่งที่ผู้บำบัดอยากให้ผู้ป่วยกล่าว ออกมาในการสนทนาตามแนวทางการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) คือ การพูดเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง (Self Motivational Statement: SMS) และควรวิเคราะห์ให้ ออกว่าผู้รับการบำบัดอยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดควรตอบสนองให้เหมาะสม กับในขั้นตอนนี้ จะทำให้ผู้รับการบำบัดขยับไปสู่ขั้นตอนการร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้อย่าง คงทน

1) เทคนิคที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (FRAMES)

2) การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feed back) เป็นการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ถึงความรุนแรง ของปัญหาการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย ที่สะท้อน ความรุนแรงของโรค

3) การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Responsibility) เป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเอง ในการตัดสินใจว่าจะร่วมมือในการรักษาด้วยยาหรือไม่ ผู้บำบัดไม่สามารถบังคับได้เป็นสิทธิของ ผู้ป่วยอย่างเต็มที่ผู้บำบัดมีหน้าที่เพียงแนะนำสิ่งที่ดี ๆ ให้

4) การให้คำแนะนำที่มีประโยชน์และจำเป็น (Advice) ต่อการตัดสินใจที่มีผลต่อสุขภาพ ภายและจิตอย่างไรบ้าง เช่น เนื่องจากโรคจิตเภทเป็น โรคทางสมอง และมีการค้นพบ

ความสัมพันธ์ของความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ในผู้ที่ป่วยเป็น โรคจิตเภท ส่งผลให้มีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง และการแสดงออกด้าน พฤติกรรมต่างๆ ที่ผิดปกติ ดังนั้น การรักษาของแพทย์ จำเป็นต้องใช้ยา เพื่อปรับความสมดุลของ สารชีวเคมีในสมอง โดยเฉพาะระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง แพทย์จะใช้ยาที่มีขนาด ค่อนข้างสูงทั้งยาชนิดและยารับประทาน เมื่อผู้ป่วยรับประทานไประยะหนึ่งประมาณ 3-6 เดือน จะ รู้สึกดีขึ้น จนอาการทางจิตสงบ ไม่มีหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง แพทย์จะปรับยา ลดลงเรื่อยๆ จนให้เหลือขนาดน้อยที่สุดเพียงพอควบคุมสารชีวเคมีในสมองให้เป็นลักษณะสมดุล และควบคุมอาการทางจิต

1) การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) ได้แก่การรักษาด้วยยารับประทาน การรักษา ด้วยยาฉีดและการรักษาด้วยยารับประทานและยาฉีดควบคู่กันไป และการบำบัดด้วยวิธีการอื่น ๆ เช่น การรักษาทางจิตสังคม และการรักษาด้วยไฟฟ้าในคนที่รักษาด้วยยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น

2) การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) เป็นการแสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในตัวผู้ป่วยว่าการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ใช่นิสัยที่ไม่ดี ยอมรับว่าผู้ป่วยอาจจะยังไม่ตระหนักในปัญหา เพราะยังมองไม่เห็นข้อเสียจากการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3) การส่งเสริมศักยภาพเดิม (Self-efficacy) เป็นการส่งเสริมศักยภาพเดิม ที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้ ให้ความหวังและกำลังใจ

สรุปได้ว่าเทคนิคในการเสริมสร้างแรงจูงใจทั้ง OARS และ FRAMES เป็นเทคนิคที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้บำบัดควรตอบสนองให้เหมาะสมกับในขั้นตอนนั้น จะทำให้ผู้รับการบำบัดขยับไปสู่ขั้นตอนการร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้อย่างคงทนถาวร

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา การเสริมสร้างแรงจูงใจ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีทักษะในการดูแลได้นั้น จะต้องจัดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะให้สมาชิกร่วมกันคิดหาเหตุผล เลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อทักษะการดูแลนั้นนั้นต้องใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจทั้ง OARS และ FRAMES เป็นเทคนิคที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลเกิดการตระหนักรู้ถึงความสำคัญในการเพิ่มทักษะการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันก็ต้องสังเกตและประเมินผู้ดูแลในเรื่องขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรม (Stage of change) และสามารถบอกได้ว่าขณะนั้นผู้ดูแลอยู่ในขั้นไหนของวงจรการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงจากขั้นตอนหนึ่งไปสู่อีกขั้นตอนหนึ่งได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้บำบัดต้องใช้วิธีการกระตุ้นจากมุมมองของผู้รับการบำบัด โดยดูจากประโยคคำพูดของผู้รับการบำบัดเองว่ามีการรับรู้ต่อปัญหาอย่างไร และมีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงปัญหา เห็นข้อเสียของการไม่เปลี่ยนพฤติกรรม เห็นข้อดีของการเปลี่ยนแปลง ผู้บำบัดควรตอบสนองให้เหมาะสมกับในขั้นตอนนั้น จะทำให้ผู้รับการบำบัดขยับไปสู่ขั้นตอนการร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้อย่างคงทนถาวร

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้ความรู้ ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social

support) โดยประยุกต์การเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวคิดของ Miller & Rollnick (1991) ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก 5 กิจกรรมคือกิจกรรมที่1การสร้างสัมพันธ์กับครอบครัวและสัมพันธเพื่อสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยใช้เทคนิค OARSกิจกรรมที่2คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Education) กิจกรรมที่3คือการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) กิจกรรมที่4คือการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด(coping skills)และกิจกรรมที่ 5 คือการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ FRAMES จากนั้นผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยการเพิ่มสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจที่มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วย การทำความรู้จักคุ้นเคย เพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และปัญหาที่เกิดขึ้น การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเล่าถึงประวัติการเจ็บป่วยและอาการสำคัญที่ทำให้ได้มารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการใช้เทคนิค OARS ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด การยืนยันรับรอง การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ การสรุปความ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ยืนยันสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก สิ่งที่คุณบำบัดอยากให้ผู้ป่วยกล่าวออกมาในการสนทนา คือ การพูดเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง (Self Motivational Statement: SMS) (Miller & Rollnick,1991 ; พิชัย แสงชาญชัย, 2548)

กิจกรรมที่ 2 การสำรวจความคิด ความเชื่อ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท การป้องกันอาการกำเริบของโรค และมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี เป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่า โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อที่จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยพัฒนาแนวทางในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น เทคนิคที่สำคัญคือ “FRAMES” ประกอบด้วยFeed back : การให้ข้อมูลสะท้อนกลับเป็นการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ Responsibility: การเน้นความรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้ป่วยAdvice : การให้คำแนะนำที่มีประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจ Menu : การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ การรักษาและการ

บำบัดด้วยวิธีการอื่น Empathy : การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจ Self-efficacy : เป็นการส่งเสริมศักยภาพเดิม ที่มีอยู่ในตัวผู้ดูแลผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้ ให้ความหวังและกำลังใจ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ให้ผู้ดูแลและครอบครัวเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้ ช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984, & Montgomery et al., 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Loukissa (1995) โดยใช้การเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสอนวิธีในการเผชิญปัญหา และเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น โดยใช้เทคนิคที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจคือ “FRAMES”

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ดูแลและครอบครัวทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นลดความเครียดให้น้อยลงได้ โดยใช้เทคนิคที่สำคัญคือ “FRAME

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพมีการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์และการปรับตัวการตอบสนองต่อความเครียดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รู้สึกไม่ถูกแยกทางสังคมนั้นจะทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brant & Weinert, 1985) โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ FRAMES

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะนำไปพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นการนำความรู้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยมาผสมผสานให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดผลการรักษาที่ดีในระยะยาว (Kaplan & Sadock, 1995) ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

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

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัฒนาดุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภัทราภรณ์ ท่งปิ่นคำ (Tungpunkom, 2000) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะและบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยสัมภาษณ์เชิงลึกในมารดา 30 คนที่ให้การดูแลบุตรที่ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการให้การดูแล 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ 2) การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค 3) การดูแลด้านการบริหารยา และผู้ดูแลต้องการการฝึกทักษะซึ่งหากผู้ดูแลได้รับการตอบสนองตามความต้องการนั้นจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

Bickman, Leonard et al. (1989) ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวผู้ดูแล (Long term outcomes to family caregiver Empowerment) เป็นการศึกษาเพื่อประเมินโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล ซึ่งโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการรักษาเด็กที่ป่วยทางจิตเวช โครงการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย การให้

ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการ ทักษะที่ต้องการเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพจิต พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้เชื่อในความสามารถของตนเอง เพื่อการมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ การประเมินผลพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อความรู้ของผู้ดูแล และมีความเชื่อใน ศักยภาพของตนเองที่มีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ

Musker (1997) ได้ประยุกต์การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการ ให้ข้อมูลกับบุคคลอย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยสร้างทางเลือก โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรก แต่ละคนจะได้มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลตนเอง พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและสนับสนุน อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้บุคคลได้เดินไปตามวิถีทางการดูแลที่ตนเป็นผู้เลือก ผู้ป่วยและ ญาติผู้ป่วยที่จะต้องเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของโปรแกรม และการเสริมทักษะทางจิตสังคมร่วมกับการ ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิต สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท ได้ โดยอาศัยพื้นฐานจากการพูดคุยเพื่อสร้างแรงจูงใจ

Reinares et al. (2004) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค อารมณ์แปรปรวน เพื่อประเมินผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์ แปรปรวนและประเมินภาวะของผู้ดูแล โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะ ได้รับการสอนสุขภาพจิตศึกษาในเรื่องโรคอารมณ์แปรปรวน และทักษะการเผชิญความเครียด ผล การศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสามารถเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค และ สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระทั้งภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยได้

Pitschel-Walz, Bauml & Bender et al., (2006) ศึกษาถึงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและ การใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ในเมืองมิวนิก ประเทศเยอรมันนี โดยทำการ สุ่มในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-III-R จำนวน 236 ราย ผู้ป่วยและญาติ ที่ได้รับโปรแกรมจะได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม เป็นระยะเวลา มากกว่า 4-5 เดือน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มญาติ มีการเข้ากลุ่มเป็นเวลา 8 ครั้ง อีกกลุ่มจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลลัพธ์ที่ได้จะถูกนำมาเปรียบเทียบกับในช่วงเวลา 1-2 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีอัตราการกลับเข้ามารักษาตัว ในโรงพยาบาลลดลง และมีพฤติกรรมการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติ

สรุปแนวคิดทั้งหมดที่นำมาศึกษาและประยุกต์ใช้ในกรอบแนวคิดการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ หมายถึงกิจกรรมการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไข ปัญหาโดยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม มีการร่วมมือระหว่างครอบครัวในการสร้าง

ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) มีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้จะช่วยให้เกิดความชำนาญ ช่วยเพิ่มพูนทักษะในการดูแลมากขึ้น (Montgomery et al., 1985) นอกจากนี้การประยุกต์การเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวคิดของ Miller & Rollnick (1995) เข้ามาในกิจกรรมโดยผสมผสานให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะการให้คำชี้แนะ การให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมและช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยโดยการช่วยให้ผู้ดูแลได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2548) เป็นการบำบัดที่มุ่งหวังให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยให้เห็นประโยชน์จากการเรียนรู้ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและมีความต้องการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น ใช้เวลาในการดำเนินการ 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรมดังนี้

กรอบแนวคิดการศึกษา

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้น
การเสริมสร้างแรงจูงใจ (แนวคิดของ
Anderson et al. , 1980 และการประยุกต์การ
เสริมสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ
Miller & Rollnick, 1995)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและ
สัมพันธเพื่อสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดย
การใช้เทคนิค OARS

กิจกรรมที่ 2 การสำรวจ ความคิด ความเชื่อ
การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
และการรักษาโดยใช้เทคนิคการเสริม สร้าง
แรงจูงใจ FRAMES

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับ
อาการที่เป็นปัญหาโดยใช้เทคนิคการ
เสริมสร้างแรงจูงใจ FRAMES

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญ
ความเครียดที่มีประสิทธิภาพโดยใช้เทคนิค
การเสริมสร้างแรงจูงใจ FRAMES

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมโดย
ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ FRAMES

ทักษะการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภท
(Dreyfus & Dreyfus, 1986)

ประกอบด้วยทักษะ 3 ด้าน

- ทักษะด้านการดำเนินชีวิต
ร่วมกับผู้ป่วย
- ทักษะด้านการจัดการกับ
อาการของโรค
- ทักษะด้านการบริหารยา