

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภท เขตอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี ผู้ศึกษาได้ศึกษาจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษานำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.1 อากาวิทยาและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

1.2 แนวคิดสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.2.1 การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลผู้ป่วย

1.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

1.3.1 ความเป็นมาของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

1.3.2 ครอบคลุมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

1.3.3 พยาบาลจิตเวชกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

2. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 แนวคิดและองค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.3 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง

3.1 แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

3.3 การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

3.4 วิธีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

4. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.1 อากาโรวิทยาและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท

ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทพบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต โดยมีความผิดปกติเกิดอย่างซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการวินิจฉัยเพราะความผิดปกติที่เกิดขึ้นในหลาย ๆ ด้านและการดำเนินของโรคมักไม่เด่นชัด เป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป อาการแรกเริ่มอาจแสดงถึงความบกพร่องในด้านมนุษยสัมพันธ์ เช่น เป็นคนเงียบเฉยหรือไม่ค่อยสนใจผู้อื่น ต่อเมื่อมีเหตุการณ์บางอย่างมากระตุ้น ซึ่งส่วนมากเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เครียด อาจทำให้บุคคลนั้นแสดงอาการผิดปกติเด่นชัดขึ้นมาก ซึ่งพบว่าอาการผิดปกติมักเริ่มปรากฏเด่นชัดในช่วงวัยที่กำลังเจริญเติบโตหรือช่วงวัยรุ่น สาเหตุของความผิดปกตินั้นยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนจึงทำให้การป้องกันการเกิดโรคทำได้ค่อนข้างยาก อย่างไรก็ตามโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมค่อนข้างมาก พยาบาลพบผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ทั่วไปทั้งในหอผู้ป่วยจิตเวช ในห้องฉุกเฉิน หรือในชุมชน จำเป็นที่พยาบาลควรมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทในทุกด้าน

โรคจิตเภทพบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป พบในคนทุกเชื้อชาติ ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ผู้หญิงและผู้ชายเป็นเท่า ๆ กัน ประมาณร้อยละ 50 - 80 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นโรคนี้ โรคจิตเภทพบได้มากในครอบครัวที่มีฐานะยากจน

อุบัติการณ์การเกิดโรค

อุบัติการณ์ 0.1 - 0.5 ต่อ 1,000 ความชุก 2.5 - 5.3 ต่อ 1,000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (lifetime prevalence) 7.0 - 9.0 ต่อ 1,000 หญิงและชายพบได้พอๆ กัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง

อายุพบในช่วง 15 - 54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักรู้ฐานะยากจนและการศึกษาน้อย

ความหมาย

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่มีความผิดปกติของความคิด (Thought) อารมณ์ (affect) การรับรู้ (perception) และพฤติกรรม (behavior) เป็นลักษณะสำคัญ ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยมี consciousness ดีและไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

โรคนี้ส่วนมากเกิดกับคนวัยรุ่นหรือหนุ่มสาว ส่วนมากเป็นเรื้อรัง เมื่อเป็นโรคนี้แล้ว ผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีความผิดปกติของบุคลิกภาพให้เห็นได้อุบัติการณ์

คำว่า Schizophrenia เป็นคำที่มาจากภาษากรีกว่า “skhizo” หมายถึง การแยกออก (split) และ “phren” หมายถึง จิตใจ (mind) เมื่อมารวมกันเป็นคำว่า Schizophrenia จึงหมายถึงคนที่มีจิตใจแตกแยก ในทางจิตเวชศาสตร์โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางด้านการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่าพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย และมีพฤติกรรมแปลกๆ

สาเหตุ

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1) พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง

ญาติสนิทของผู้ป่วย (บิดามารดา พี่น้องและบุตร) มีโอกาสเป็นโรคด้วยสูงกว่าประชากรทั่วไป 10 เท่า

พบความผิดปกติทางจิตเวชต่อไปนี้เป็นญาติสนิทของผู้ป่วยสูงกว่าอัตราที่พบในประชากรทั่วไป ได้แก่ โรค Schizoaffective และบุคลิกภาพชนิดแยกตัวเอง

พบว่าบุตรบุญธรรมซึ่งมีมารดาแท้ๆเป็นโรคจิตเภทจะเป็นโรคจิตเภทด้วยร้อยละ 9 ในขณะที่บุตรบุญธรรมในกลุ่มควบคุมมีโอกาสเป็นโรคร้อยละ 1

2) ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมุติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมุติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2

3) กายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ limbic และ periventricle

4) ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

2. ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม

2.1 เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการหรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้น พบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคโดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expressed-emotion) สูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าที่ไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement)

1) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) トラバจนปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภทเชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress - diathesis model เชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

ทฤษฎีชีวเคมีของโรคจิตเภท

แต่เดิมมีข้อสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับ hyperactivity ของ dopamine เนื่องจากยารักษาโรคจิตออกฤทธิ์ต่อ dopamine D2 receptor และยาซึ่งมีฤทธิ์ dopamine agonist เช่น amphetamine ทำให้อาการของโรคจิตเภทกำเริบ

ทฤษฎีใหม่สันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทมีความบกพร่องของ dopamine ในบริเวณ prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางด้านลบ ร่วมกับมี dopamine dysregulation ที่ striatum โดยเกิดความผิดปกติของการปล่อย dopamine ทำให้เกิดอาการทางบวก

ในปัจจุบันมีข้อสันนิษฐานว่า D4 receptor มีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท เนื่องจากพบว่ายา clozapine มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับ D4 receptor

นอกจากนี้ยังมีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทมีความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่าง serotonin กับ dopamine ทั้งนี้เป็นเพราะยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ คือ clozapine และ risperidone มีความสัมพันธ์กับ serotonin receptor มากกว่า dopamine D2 receptor โดยทั้ง clozapine และ risperidone มีฤทธิ์เป็นทั้ง dopamine และ serotonin antagonist

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่

1.1 Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

1.2 Disorganization dimension ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ persecutory

delusion, delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบบ้าง เช่น somatic delusion religious delusion หรือ grandiose delusion เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลก ฟังไม่เข้าใจหรือเป็นไปไม่ได้เลย อาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider จัดว่าเป็น bizarre delusion

อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory

hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์ตัวผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม นอกจากนี้ยังเป็นเสียงอื่นๆ ที่ไม่มีความหมาย อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น tactile หรือ somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ auditory hallucination ที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider

Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกให้เห็นโดยผ่านการพูดสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างอาการเช่น loose associations, incoherent speech หรือ tangentiality เป็นต้น

Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ๆ ก็ร้องตะโกนโดยที่ไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่

- Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

- Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งอาจมียิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้างแต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์จะลดลง

- Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

- Asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา ด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

กลุ่มอาการหลักของ Schneider (Schneiderian first – rank symptoms) อาการเหล่านี้ไม่ได้ระบุว่าเป็นโรคจิตเภทแน่นอน (pathognomonic) ในการวินิจฉัยยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ด้วย เนื่องจากโรคจิตเวชอื่นๆ ก็พบอาการในกลุ่มอาการนี้ได้เช่นกัน แม้ว่าจะไม่บ่อยเท่า

1) Audible thoughts ผู้ป่วยมีหูแว่วเป็นเสียงพูด เกิดขึ้นพร้อมๆ กันกับที่คิด เนื้อหาใจความเหมือนกับที่คิดทุกอย่าง ผู้ป่วยบางคนบอกว่าเป็นเสียงสะท้อนของความคิด

2) Voices arguing ผู้ป่วยมีหูแว่วได้ยินเสียงตั้งแต่สองคนถกเถียงหรือออกความคิดเห็นกัน โดยมีเนื้อหาพาดพิงถึงตัวผู้ป่วย (ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สาม)

- Voices commenting ผู้ป่วยหูแว่วเสียงพูดหรือวิจารณ์ถึงการกระทำหรือกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย

- Somatic passivity ผู้ป่วยรู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของตนเอง รวมไปถึงเชื่อว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้เป็นเนื่องมาจากการกระทำของบุคคลหรืออำนาจภายนอก

- Thought withdrawal ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าจะรู้ๆ ความคิดเกิดหายไป กระทั่งหนั จากการทำมีบุคคลหรืออำนาจภายนอกมาดึงความคิดออกไป

-Thought insertion ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าความคิดที่มีนั้นไม่ใช่ความคิดของเขา หากแต่เป็นจากบุคคลหรืออำนาจภายนอกสอดแทรกความคิดนั้นเข้าสู่ตนเอง

- Thought broadcasting ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าความคิดของตนเองแผ่ออกไปภายนอก จนคนอื่นๆ รอบข้างทราบกันหมดว่าตนเองคิดอะไรอยู่

- Delusional perception ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ปกติแต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับความหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะที่เกิดเหตุการณ์นั้น ทั้งที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน

- Delusion of control ผู้ป่วยเชื่อว่าอารมณ์ ความรู้สึก แรงผลักดัน หรือการกระทำที่มีในขณะนั้นมิใช่ของตนเอง หากเป็นจากอำนาจภายนอกมาควบคุมบังคับให้เป็นเช่นนั้นตนเองเป็นเหมือนหุ่นที่คอยทำตามการควบคุม

การวินิจฉัย

1. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน

- 1) อาการหลงผิด
- 2) อาการประสาทหลอน
- 3) Disorganized speech
- 4) Grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior
- 5) อาการด้านลบ ได้แก่ flat affect, alogia หรือ avolition

หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็น bizarre delusion, voice commenting หรือ voice discussing

2. มีความเสื่อมหรือปัญหาในด้าน social/occupational function มาก เช่น ด้านการทำงาน สัมพันธภาพต่อผู้อื่น หรือสุขอนามัยของตนเอง

3. มีอาการนานต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ

1) อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็น prodromal หรือ residual phase

การจำแนกกลุ่มย่อย

ตาม DSM – IV โรคจิตเภทแบ่งออกตามลักษณะอาการทางคลินิกออกเป็นกลุ่มย่อย ได้แก่

1. Catatonic type เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติเด่นด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ stupor, negativism, rigidity, excitement หรือ posturing

2. Disorganized type ลักษณะสำคัญคือ ความคิดกระจัดกระจายไม่เป็นไปในแนวเดียวกัน แสดงออกมาทางคำพูดหรือท่าทาง เช่น incoherence, loosening of association มาก หรือมีพฤติกรรมเรื่อยเปื่อย วุ่นวาย นอกจากนี้การแสดงออกด้านอารมณ์จะเรียบเฉยหรือไม่เหมาะสมอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการที่เข้ากันได้กับ catatonic type

ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการระหว่างอายุ 15 – 25 ปี การพยากรณ์โรคมักไม่ดีเนื่องจากมีอาการด้านลบเกิดขึ้นเร็ว

1. Paranoid type ลักษณะสำคัญคือ มีความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิด หรือหูแว่ว ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการของ catatonic หรือ disorganized type

เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยมักเริ่มเป็นขณะอายุมากกว่า 2 ชนิดแรก บุคลิกภาพโดยรวมไม่เสื่อมเท่า 2 ชนิดแรก

2. Undifferentiated type เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากันได้กับโรคจิตเภท แต่ไม่สามารถจัดกลุ่มได้อย่างชัดเจนว่าเป็นชนิดใดใน 3 ชนิดข้างต้น

การวินิจฉัยแยกโรค

1. Secondary and substance-induced psychotic disorders เนื่องจากอาการของโรคจิตนั้นพบได้ในสภาวะผิดปกติทางกายได้บ่อยๆ โดยเฉพาะในกรณีของ delirium และจากสารเสพติด เช่น เหล้า แอมเฟตามีน นอกจากนี้ ยังพบได้ในสภาวะที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อหรือเนื้องอกในสมองเป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะพบว่า มีสิ่งบ่งชี้บางอย่าง เช่น อาการเกิดขึ้นเร็ว ผู้ป่วยมีลักษณะเพื่อสับสน มีอาการขณะอายุมาก หรือตรวจพบความผิดปกติทางกายที่อาจเกี่ยวข้องกับอาการโรคจิต

- Mood disorders ในภาวะ mania หรือ depression นั้นผู้ป่วยอาจมีอาการโรคจิตได้ซึ่งแยกจากโรคจิตเภท อาจสังเกตว่าก่อนจะมีอาการโรคจิตผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ให้เห็นหรือไม่ ขณะที่ตรวจยังมีลักษณะเด่นออกมาทางด้านอารมณ์หรือไม่ นอกจากนี้ อาการโรคจิตการเปลี่ยนแปลงที่เป็น vegetative symptoms อาจช่วยบอกได้บ้าง นอกจากนี้ประวัติชนิดของความผิดปกติทางจิตเวชในญาติอาจช่วยด้วย เนื่องจากพบว่ามักจะเป็นเหมือนกัน

- Delusional disorder ใน delusional disorder นั้น ลักษณะของอาการหลงผิดไม่ประหลาดเหมือนในโรคจิตเภท เนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวโยงกันเป็นเรื่องราว และโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมมากกว่า

- Personality disorder บางชนิดโดยเฉพาะใน cluster A จะมีความคิดที่บางครั้งฟังแล้วแปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม ซึ่งคล้ายกับระยะอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แต่แยกโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะกำเริบ

การดำเนินโรค

การดำเนินของโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแยลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิมไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนและโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลลงเรื่อยๆ

1. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

2. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่มีได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้

ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

อาการและอาการแสดง

จำแนกกลุ่มอาการที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทไว้ 8 กลุ่มดังนี้

1. บกพร่องในรูปแบบของความคิด (Disturbances in form of thought) เช่น มีกระแสคำพูดไม่ต่อเนื่อง ข้อความขาดความสัมพันธ์กัน (looseness of associations) ทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ข้อความที่พูดขาดคุณภาพและมีการใช้หลักภาษาผิด (poverty of content) หรือบางครั้งมีการใช้ภาษาที่แปลกๆ ไม่ใช่ภาษาพูดที่บุคคลใช้ในการสื่อสารกันโดยทั่วไป (neologisms) และอาจพบผู้ป่วยมีการใช้คำพูดบางคำซ้ำๆหรือเป็นความคิดเดิมๆ (preservation) ร่วมกับการหยุดพูดไปกระทันหัน (blocking) เหมือนนึกไม่ออกว่าจะพูดอะไรต่อไป

2. บกพร่องในเนื้อหาของความคิด (Disturbances in content of thought) ข้อมูลส่วนนี้ประเมินจากเนื้อหาที่ผู้ป่วยพูดออกมา มีเนื้อหาที่แสดงถึงความนึกคิดที่หลงผิด (delusion) ความคิดหลงผิดทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจในสิ่งต่างๆตามจริง (lack of insight)

3. บกพร่องในด้านการรับรู้ (Disturbances in perception) เป็นอาการสำคัญที่บ่งชี้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ที่ผิดปกติหรือที่เรียกว่าอาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้สิ่งต่างๆ โดยไม่มีสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งต่างจากการแปลผิด (illusion) เพราะการแปลผิดมีสิ่งเร้าจริงแต่ผู้ป่วยแปลหรือเห็นเป็นอย่างอื่น เช่น ผู้ป่วยเห็นสายน้ำเกลือแล้วบอกว่าเป็นงูมาพันอยู่ที่ข้อมือ การรับรู้ผิดปกติพบได้ทางระบบประสาทการรับรู้ทั้ง 5 ระบบได้แก่

3.1 ระบบการรับเสียง ผู้ป่วยบอกว่าได้ยินเสียงคนมาเรียก เสียงคนมาด่าว่า เรียกว่า อาการประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination) เป็นอาการทางจิตที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ระบบการรับภาพ ผู้ป่วยบอกว่าหรือทำท่าที่ว่ามีภาพบางอย่าง โดยไม่มีภาพจริงๆ เรียกว่าประสาทหลอนทางตา (Visual hallucination)

3.3 ระบบรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีบางสิ่งบางอย่าง เช่น แมลงตัวเล็กๆ มาเดินไต่อยู่ตามตัวหรือตามผิวหนัง เรียกว่าประสาทหลอนทางผิวหนัง (tactile hallucination)

3.4 ระบบการรับกลิ่น ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้กลิ่นบางสิ่งบางอย่าง ส่วนมากเป็นกลิ่นแปลกๆ ที่ไม่เคยได้กลิ่นมาก่อน เรียกว่าประสาทหลอนทางกลิ่น (olfactory hallucination)

3.5 ระบบการรับรส ผู้ป่วยรู้สึกว่าลิ้นของตนเองได้รับรสแปลกๆส่วนมากเป็นรสที่ตนเองไม่พอใจ เรียกว่าประสาทหลอนทางการรับรส (Gustatory hallucination)

4. การบกพร่องในด้านอารมณ์ (Disturbances in affect) มีการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับเหตุการณ์ (inappropriate affect) มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมามาก (labile) ไม่แสดงออกของอารมณ์ ไม่แสดงความรู้สึก สีหน้าเรียบเฉย (blunt หรือ flat affect) หรือมีอาการไร้อารมณ์ (apathy)

ข้อควรระวังในการรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้ คือ ต้องแยกแยะระหว่างอาการที่เกิดขึ้นจริงกับอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา Neuroleptic เพราะยาในกลุ่มนี้มีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยมีท่าที่เฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ (masked face) และเดินตัวแข็งๆ

5. บกพร่องในการรับรู้ตนเอง (Disturbances in sense of self) หรือสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (loss of ego boundaries) ผู้ป่วยจะแสดงให้เห็นจากการกระทำที่ไม่เหมาะสม

หรือแปลก การแก้ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยไม่อาจทำนายได้ ผู้ป่วยทำกิจกรรมเหมือนเอกลักษณ์ต่างๆของผู้อื่นที่อยู่รอบตัวมาผสมรวมเป็นกิจกรรมของตนเอง ในบางครั้งผู้ป่วยอาจพูดบางสิ่งที่เหมือนว่าผู้ป่วยเป็นอีกคนหนึ่งที่ไม่ใช่คนเดิม (depersonalization) โดยตัวผู้ป่วยก็ไม่เข้าใจและไม่รู้ตัวจึงเหมือนผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในความเป็นจริง

6. บกพร่องในการเสริมสร้างกำลังใจ (Disturbances in volition) ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างไม่มีเป้าหมาย ไม่กระตือรือร้น ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังผลักดัน ไม่รู้ว่าแต่ละวันควรทำหรือต้องทำอะไรบ้าง ซึ่งอาการเหล่านี้ มีผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ในการทำงานและการจัดสรรเวลาสำหรับกิจกรรมสันทนาการต่างๆ อาการเหล่านี้เกิดร่วมกับความรู้สึกที่เรียกว่าสองจิตสองใจ (ambivalence) ในลักษณะเข้าไปเผชิญหรือหลีกเลี่ยง (approach-avoidance) มีความรู้สึกสองอย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน ทำนองเดียวกับรักและเกลียดในบุคคลคนเดียวกัน มีผลให้ผู้ป่วยสับสนตัดสินใจไม่ได้ ไม่รู้ว่าควรทำอะไร

7. บกพร่องในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ (Disturbances in relationship) ผู้ป่วยจะค่อยๆสูญเสียความสนใจต่อสิ่งต่างๆ รอบตัวความรู้สึกโดดเดี่ยวทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว (withdrawal) โดยแยกตัวเองออกจากสังคมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สร้างโลกขึ้นมาเองในจินตนาการ ตอบสนองความต้องการทางจิตใจให้ตนเองด้วยความฝันหรือจินตนาการ (fantasy) เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยจะยิ่งปรับตัวเข้ากับผู้อื่นยากและมีความคิดเป็นแบบ autistic คือคิดหรือกำหนดสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองโดยไม่สนใจต่อกฎเกณฑ์หรือความเป็นจริงในสังคมรอบตัว

8. บกพร่องในด้านการเคลื่อนไหว (Disturbances in motor behavior) อาจเป็นแบบเคลื่อนไหวหรือมีการกระทำมาก (overactivity) และแบบไม่ยอมเคลื่อนไหว หรือไม่ต้องการทำอะไร (inactivity) มีการกระทำท่าทางเสริมแปลกๆ (bizarre mannerisms) บางรายตื่นเต้นก้าวร้าว (aggressive) บางรายนั่งเฉยๆ โยกตัวไปมาเป็นจังหวะ (pacing and rocking) หรือบางรายไม่พูดไม่เคลื่อนไหวหรือจับให้อยู่ทำได้อีกก็อยู่นั้น (catatonic)

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่มามีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ ความร่วมมือในการรักษาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง

การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยากรณ์โรคดี

1. เริ่มมีอาการขณะอายุมาก
2. มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน

การพยากรณ์โรคไม่ดี

1. เริ่มมีอาการขณะยังมีอายุน้อย
2. ไม่พบปัจจัยกระตุ้น

- | | |
|--|---|
| 3. อาการเกิดขึ้นเฉียบพลัน | 3. อาการเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป |
| 4. มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย | 4. อารมณ์เรียบเฉย แยกตัวเอง |
| 5. ลักษณะอาการแบบ paranoid หรือ disorganized catatonic | 5. ลักษณะอาการแบบ หรือ undifferentiated |
| 6. เป็นกลุ่มอาการด้านบวก | 6. เป็นกลุ่มอาการด้านลบ |
| 7. การเข้าสังคม หน้าที่การงานเดิมดี | 7. การเข้าสังคม หน้าที่การงานเดิม ก่อนเกิดอาการ |
| 8. มีประวัติ mood disorders ในครอบครัว | 8. มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว |
| 9. เป็นมาไม่นานก่อนรักษา | 9. เป็นมานานก่อนรักษา |
| 10. สมรส หรือมีญาติช่วยเหลือใกล้ชิด | 10. โสด ไม่มีคนช่วยเหลือดูแล |

การรักษา

การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้

- มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- มีปัญหาอื่นที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหาหนีออกไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3 – 6 สัปดาห์

การบำบัดรักษาโรคจิตเภท แบ่งการรักษาโรคจิตเภทตามระยะอาการออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000)

1. ระยะแรก เรียกว่า ระยะอาการทางจิตแบบเฉียบพลัน (Acute phase) การรักษาที่ควรได้รับ ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม หลักการที่สำคัญคือ ในระยะนี้ต้องค่อยๆ ลดความรุนแรงของอาการทางจิตลง โดยต้องค่อยๆ เพิ่มขนาดยาอย่างสม่ำเสมอ

ในช่วงสองสามวันแรก จนกระทั่งอาการทางจิตเริ่มทุเลาจึงค่อยๆปรับขนาดยาลง ในรายที่มีอาการทางจิตรุนแรงจะไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา แพทย์อาจพิจารณารักษาด้วยไฟฟ้า

2. ระยะที่สอง เรียกว่า ระยะคงเสถียรภาพ (Stabilization phase) เมื่ออาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วยสงบลงแล้ว ลดขนาดยาต้านโรคจิตที่ใช้ที่ละน้อย ในช่วงที่กำลังลดยาถ้ามีอาการทางจิตเพิ่มขึ้นหรือกลับคืนมาอีก จำเป็นต้องเพิ่มขนาดยาที่ละน้อย จนสามารถควบคุมอาการได้ ระยะคงเสถียรภาพการรักษาใช้เวลา 1-3 สัปดาห์

3. ระยะที่สาม เรียกว่า ระยะคงสภาพการรักษา (Stable phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือการคงสภาพอาการทางจิตโดยใช้ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำ ระยะเวลาของระยะนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี บางรายอาจใช้ระยะเวลานานถึง 5 ปีหรือตลอดไป จึงเป็นเรื่องยากลำบากที่จะทำให้ผู้ป่วยคงสภาพการรักษาไว้ได้ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าการตนเองไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไปในเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว จึงพบว่าผู้ป่วยมีอัตราให้ความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำมาก

1. การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) ปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภทเป็นที่นิยมใช้โดยทั่วไป หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระยะหนึ่ง จะต้องกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการใช้ยาต้านโรคจิต ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในสังคมได้ (Barry, 2002) ยาต้านโรคจิตที่นิยมใช้กันอยู่หลายชนิด (สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน, 2000) แบ่งการรักษาด้วยยาออกเป็น 2 กลุ่ม ตามการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่

1.1 ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (Typical antipsychotic drugs) หลักการใช้ยากลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ รักษาอาการระยะเฉียบพลันกับการให้ยาในระยะยาว เพื่อป้องกันภาวะกลับเป็นซ้ำ ยาต้านโรคจิตชนิดดั้งเดิมที่นิยมใช้กัน คือ

ก. Phenothiazine เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้กันแพร่หลายที่สุดยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกันคือ

- Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียง คือ ความดันโลหิตต่ำมากกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlopromazine และ Triflupromazine
- Piperidines มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนปานกลาง ข้อดีคือมีฤทธิ์ Extra pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine

- Piperazine เป็นยาในกลุ่มที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine, Trifluoperazine, Fluphenazine ยาที่ได้รับคานานิยมมากในกลุ่มนี้ คือ Chlopromazine และ Perphenazine (Fleishhacker, 1994)

ข. Butyrophenone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ง่วงนอนน้อย และมี Extra pyramidal side effect สูงคล้ายกับ Phenothiazine เช่น Haloperidol และ Triperidol

ค. Thioxanthenes เป็นยาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มากแต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chlorprothixene, Flupentixol และ Chopentixol

ง. Dibenzoxanzepine ยาในกลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียวคือ Lexapine

จ. Diphenbutypiperidines มีใช้ในประเทศไทย 2 ตัวคือ Pimozide และ Penfluridol

ฉ. Benzamides ตัวอย่าง เช่น Sulpiride

ช. Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว แต่ใช้เป็นยาแก้ปวด

กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ คือการ Block dopamine receptors ในสมองและออกฤทธิ์ Block receptors ของ catecholamine storage ด้วยทั้งของ serotonin, nor epinephrine และ dopamine เป็นผลให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงที่มีลักษณะคล้าย Parkinsonism ขึ้น และถ้า receptors ถูก Block นานๆ ก็อาจทำให้เกิดการสังเคราะห์ dopamine เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุของ Tardive dyskinesia ซึ่งยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ออกฤทธิ์สกัดกั้น dopamine ที่ D_2 receptor ออกฤทธิ์ต่อ serotonergic noradrenergic cholinergic และ histaminergic receptors ในสัดส่วนที่แตกต่างกันสำหรับยาแต่ละตัว ทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน

การดูดซึมและการขับออกเนื่องจาก Chlopromazine เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่ม Phenothiazines ที่ได้รับการศึกษามากที่สุด ยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่ถูกดูดซึมได้เกือบทั้งหมดในทางเดินอาหารโดยมี absorptive half life 1.5 ชั่วโมง และระดับของยาขึ้นสูงสุดในพลาสมาภายใน 2-4 ชั่วโมง Metabolism ของยารักษาโรคจิตเกิดขึ้นที่ตับ โดยผ่านกระบวนการหลายอย่าง เช่น demethylation sulfoxidation hydroxylation และ glucuronidation ยาในกลุ่ม phenothiazine มี eliminative phase 7.5-35 ชั่วโมงสำหรับแบบกินซึ่งใกล้เคียงกับ Haloperidol

กลุ่ม Butyrophenones คือมี half life 12-38 ชั่วโมง เมื่อใช้แบบกิน และ 10- 19 ชั่วโมง สำหรับแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

1.2 ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotic drugs) ยาในกลุ่มนี้ปัจจุบันมี 2 ชนิดดังนี้

ก. Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต่อต้านการรักษา โดยออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin, nor-adrenaline และ histamine มากกว่า dopamine และออกฤทธิ์ D₁ antagonist มากกว่าฤทธิ์ D₂ antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ Cortex และ Limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาทจึงเป็นยาที่ได้รับความนิยมมากเพราะยังไม่มีการศึกษา พบว่ามีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง (Forman, 1993)

ข. Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องให้ขนาดปานกลาง (4-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และจะมีประสิทธิภาพน้อยกว่า haloperidol ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2536)

1) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effects) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ที่พบบ่อย ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ท้องอืด บางรายอาจมีปัสสาวะคั่ง ปัสสาวะลำบาก ตาพร่า ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลั่งน้ำกามช้าหรือไม่หลั่งเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว ผู้ป่วยที่ได้รับยาโคลซาปีน (Clozapine) มักจะมีน้ำลายไหลยืด และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ อาการ Extra pyramidal Effect : EPS ประกอบด้วยอาการเหล่านี้ คือ

ก. Acute dystonia มักเกิดระหว่าง 1 ชั่วโมง ถึง 5 วัน หลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต อาการที่พบคือ ศีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ลำตัวแอ่น ตาค้าง และเหลือบขึ้นไปจนมองไม่เห็นตาดำ บางรายลิ้นคัมปากและสั่น

ข. Parkinson like syndrome ประกอบด้วย มือสั่นขณะพัก กล้ามเนื้อเกร็ง ทำเดินแบบชอยเท้า การเคลื่อนไหวช้า สีหน้าไร้อารมณ์ น้ำลายไหล

ค. Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มของการเคลื่อนไหวโดยไม่ตั้งใจที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลาเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นช้าแล้วซ้ำอีก เคี้ยวสุดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น กรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุกมีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็ว และคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

ง. Akathisia มักเกิดภายใน 5 ถึง 40 วัน หลังเริ่มใช้ยา กลุ่มนี้ผู้ป่วยจะรู้สึก ตื่นเต้น กระวนกระวาย เดินไปมา ผุดลุกผุดนั่ง ขาสั่น งุนงง ซึ่งมักมีลักษณะคล้ายความวิตกกังวล

2) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่า มีผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อย คือ Thioridazine

3) Central Anticholinergic Syndrome เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบได้น้อย อาจเกิด จากยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic สูง และในรายที่ให้อายา anti parkinsonism ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผล จากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงจนถึงโคม่าได้

4) Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) อาการสำคัญคือ มีไข้สูง กล้ามเนื้อมีความตึงตัวมากขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติและความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้ มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 10-20 ต้องรีบให้การแก้ไขโดยหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษา ประคับประคอง เพื่อให้ไข้ลดและควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5) อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิต ในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยา รักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ก็ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการให้ยา ส่วน ใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยาลง

6) อาการร่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ระยะแรก แต่มักลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ ฤทธิ์ ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตมีอยู่ตลอดเวลา จึง สามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยให้กินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

7) อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดขึ้นจาก Phenothiazine เป็นที่รู้จัก กันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าอาการดี ซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดอาการดีซ่านมักเป็น Phenothiazine โดยเฉพาะ Chlopromazine พบมากที่สุด

8) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อย คือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึง ปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็ไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายได้มากคือ Agranulocytosis, Leukopenia, Pancytopenia, Hemolytic anemia และ Thrombocytopenia purpura

9) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruption) ได้หลายแบบเป็นผลมา จากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlopromazine มากกว่า ตัวอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาว ผิวหนังบริเวณที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฟ้าคล้ายโลหะ

10) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตาผู้ป่วยที่ได้รับ Chlopromazine ในขนาดสูงนานๆอาจมีสารสีน้ำตาลแกมเหลืองไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูงอาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11) ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อยคือ การเพิ่มระดับ Prolactin ซึ่งเป็นผลให้มึนเมาและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไปเป็นระยะเวลานาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

นอกจากนี้มีการศึกษาในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นเวลานานกว่า 5 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมดื่มน้ำมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน พบร้อยละ 69-83 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, 2543) แต่การศึกษาในเรื่องดังกล่าวทำให้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เป็นอาการแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่รุนแรงที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นเวลานาน

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าจะได้ผลดีในระยะเฉียบพลันหรือในระยะที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย หรือในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เชื่อว่าการใช้ยารักษาผู้ป่วยจิตเภททั่วไปดี และเหมาะสมกว่าใช้กระแสไฟฟ้า ในกรณีผู้ป่วยดื้อต่อยาต้านโรคจิตหรือเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยามากจนรักษาด้วยยาต้านโรคจิตไม่ได้ผล การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าร่วมกับยาจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้าดังนี้คือ ผู้ป่วยเป็นชนิดคาทาโทเนียแบบงงสับสน (Stupor) หรือ ตื่นเต้น กระวนกระวาย (Excitement) มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ทักษะผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งมากและใช้ยาแล้วไม่ได้ผล (สมภพ เรืองตระกูล, 2542 ; Kaplan & Sadock, 2000)

3. การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial therapy) การรักษาทางด้านจิตสังคมมักใช้รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว หรือการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง การรักษาทางด้านจิตสังคมเป็นการบำบัดรักษาในระยะทุเลา อาการทางจิตสงบลง ซึ่งผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น การบำบัดทางจิตสังคมมีทั้งการบำบัดรายบุคคลแบบรายกลุ่ม การบำบัดที่สำคัญได้แก่

1) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) พฤติกรรมบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มทักษะทางสังคม ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะในการสื่อสาร ดังนั้นถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งทักษะดังกล่าวก็จะได้รับรางวัล จะได้รับรางวัล ซึ่งอาจเป็นคำชม หรือเหรียญ หรือเบี้ย (token economy)

2) ครอบครัวบำบัด (family therapy) โดยใช้หลักการเน้นครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปดำเนินชีวิตกับครอบครัว และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ถึงแม้บางรายยังได้รับการรักษาด้วยยาอยู่ก็ยังคงได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวด้วย เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ และการกระตุ้นให้เกิดกำลังใจ

3) จิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดรายกลุ่ม (individual group psychotherapy) เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดีใจด้วยการให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก ให้ผู้ป่วยเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับผลดีจากการรักษาทางจิตบำบัดแบบประคับประคอง ส่งเสริมให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยแก้ไข ปัญหาของตนได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น

4) การฟื้นฟูสภาพ ทักษะทางสังคม (rehabilitation) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรได้รับการฟื้นฟูสภาพในด้านการฝึก การประกอบอาชีพ การแก้ปัญหาและทักษะการจัดการกับอารมณ์ และความเครียด ทักษะการคิด ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและทักษะการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ทักษะต่างๆ เหล่านี้สามารถนำมาใช้ได้อย่างได้ผลในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอกที่อยู่ในระยะอาการสงบ และใช้ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา (NIMH, 1999)

5) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดี ต่อการรักษาดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักมีลักษณะการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและรุนแรงค่อนข้างสูง ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคนี้จะมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำได้อีกและการป่วยซ้ำแต่ละครั้ง (Psychotic episode) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตที่เสื่อมลง (Deterioration of function) (APA, 1994) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทประมาณร้อยละ 60 มีอาการกำเริบซ้ำได้อีกภายใน 1 ปี (Robert & Heinz, 2000: 1199) และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคนี้มีโอกาสกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (Baker, 1989: 32) จากการติดตามผู้ป่วยในระยะเวลา 5 ปีของการเจ็บป่วยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 22 ป่วยครั้งเดียวหรือป่วยซ้ำ 2-3 ครั้งแล้วหายขาด ร้อยละ 35 หายแล้วกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) ร้อยละ 8 อาการทุเลาแต่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ อีกร้อยละ 35 เป็นบ่อยครั้งและมีอาการหลงเหลืออยู่มากหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) จากการศึกษ Breier et al. (1991) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิต

ภาพเรื้อรังจำนวน 50 คน ในระยะเวลา 12 ปี ของการเจ็บป่วยพบว่า ระยะเวลาในการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายบกพร่องน้อยที่สุด คือ ระยะ 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะมีการเสื่อมลงเรื่อยๆจนถึงปีที่ 10 ของการเจ็บป่วยหรือมากกว่านั้นตามจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย

จากภาวะของความผิดปกติของการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้และการกลับเป็นซ้ำส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตปกติลดลง ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับความทุกข์ทรมานและไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เนื่องจากต้องประสบปัญหาต่างๆในการดำรงชีวิตทั้งด้านการประกอบอาชีพ การไร้ที่อยู่อาศัย การสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องรับเพิ่มภาระในการดูแลและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา จนอาจก่อให้เกิดความเครียดที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งผลกระทบที่มีต่อสังคมและชุมชนตามมา ทำให้เจ้าหน้าที่และหน่วยงานทางสุขภาพจำเป็นต้องศึกษาพัฒนาและคิดค้นแนวทางการบำบัดรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

โดยสรุปโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของโรคจิต ซึ่งเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคนี้จะทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ อัตราการเกิดโรคพบว่าเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนเจ็บป่วยเท่าๆกัน เพศชายเริ่มเป็นที่อายุน้อยกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการในช่วงอายุ 15-35 ปี โดยมีอาการนำเกิดก่อนอาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ มีความเครียด ความวิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคม ซึมเศร้า เป็นต้น ถ้ายังไม่ได้รับการรักษา หรือมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น และยิ่งป่วยนานจะมีอาการด้านลบมากขึ้น มีอาการป่วยเรื้อรังที่มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมา และมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำสูง

1.2 แนวคิดสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่

เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยเหลือและฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบน และเจ็บป่วยทางจิต

แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

ก) พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนอง ความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรม เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Conscience)

ข) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์การเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ

(Competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักตนเองเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิ เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้ และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ (Therapeutic Relationship) พยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกของตนในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

ค) พยายามใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเต็มขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอนดังนี้

- 1) วินิจฉัยปัญหา หรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ ลังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาล อย่างรอบ
- 2) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ
- 3) กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้
- 4) ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆ ที่ตามมา
- 5) ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคูณค่าของผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย
- 6) จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือการมีสุขภาพที่ดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคน ในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้าน กาย จิต สังคม และวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท คือ
 - 6.1) บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยพยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน
 - 6.2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการ และประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย
 - 6.3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น ๆ เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่าง

เหมาะสม ทนทาน หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล ในสังคมที่บ้านและชุมชน

6.4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

6.5) ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครูหรือผู้สอน ให้ความรู้สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างถาวร

6.6) ผู้ชำนาญการทางคลินิก พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

จากแนวความคิดดังกล่าว นำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทคือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน เป็นการเยี่ยมบ้านเป็นรายครอบครัว อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การปฏิบัติการพยาบาลที่จะให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทจะต้องอาศัยเวลาและใช้ความอดทนอย่างมาก ดังนั้นเจตคติของพยาบาลต่อผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญมาก ถ้าพยาบาลเข้าใจยอมรับ ตั้งใจจริงในการจัดกิจกรรมการพยาบาล และรอคอยให้เกิดพัฒนาขึ้นทีละน้อยๆ ก็จะได้ประสบผลสำเร็จในที่สุด

การพยาบาลทั่วไป

1. การพยาบาลด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยของตนเองและดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

2. การพยาบาลด้านความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วย การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วย ที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น พยาบาลต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality)

3. การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ไม่สบตา ภาวะนี้อาจจะทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4. การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและการแยกตัวอยู่คนเดียวของผู้ป่วย การไม่สนใจผู้อื่นและการไม่สนใจกิจกรรมของสังคม เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภทที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะต้องใช้ระยะเวลาในการปรับพฤติกรรม พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้บุคคลที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย เช่นการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวันของตนเอง พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรมีการให้รางวัลการให้คำชมเชย เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การจัดกิจกรรมการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ปัจจุบันมีรูปแบบของการให้การพยาบาลดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ที่มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขภาพภาวะ (Pender, 2002) ซึ่งเป็นจุดเน้นของการบริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพภาวะแนวทางในการพยาบาล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีดังนี้ (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545)

1.1 เยี่ยมสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา ถ้าพบปัญหาเร่งด่วนทำการแก้ไขทันที

1.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพภาวะของผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัว และสมาชิกในชุมชน

1.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน

รวมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การประกอบอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายด้วย

1.4 เยี่ยมบ้านและให้การบำบัดการพยาบาล ตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

1.5 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพะ

1.6 การจัดกิจกรรม ที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วย ของครอบครัวเพิ่มความมั่นใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

2. การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home Care) เป็นกระบวนการที่มุ่ง

ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือระดับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล จะต้องมีการประเมินสภาพ ผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากปัญหาที่ได้จากการประเมิน จำแนกปัญหาที่ได้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นหรือระยะยาว และเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อนหลังของปัญหา การวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

1) การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้พายนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

2) การวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลจะแม่นยำตรงแค่ไหน ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็น แนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการโดยทั่วไปของ

ผู้ป่วยจิตเภท

3) การวางแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้น และแผนการพยาบาลระยะยาว ปัญหาและข้อวินิจฉัยพยาบาลบางข้อจำเป็นและต้องแก้ไขในเวลาอันสั้น ปัญหาบางปัญหาต้องใช้เวลา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการพยาบาลเป็นแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว เพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

4) การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและคนอื่น ๆ ใน ชุมชน การมี Clinical pathway จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาล ง่ายขึ้น สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

5) การประเมินผลการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้น ๆ ตัวอย่างเช่น ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ปัญหานี้ควรได้มีการแก้ไขก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่าย ถ้าสาเหตุของปัญหาเกิดจากความไม่สมดุลทางด้านชีวเคมีในร่างกาย ภายหลังจากได้รับยารักษาในระยะหนึ่งภาวะประสาทหลอนควรหมดไป การรับรู้ผิด ๆ ที่ปรากฏให้เห็นได้ด้วยอาการประสาทหลอนควรลดลง มีน้อยครั้งลง และไม่มีอาการประสาทหลอนในที่สุด

กล่าวโดยสรุปว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้าน ความคิด การรับรู้และด้านต่าง ๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคมและสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

1.2.1 การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลผู้ป่วย

ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนี้

Davis (1992) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

Horowitz (1985 อ้างในเสาวลักษณ์ ยาสุวรรณ, 2545) กล่าวว่า ผู้ดูแลมี 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมในการดูแลคือ

ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

Orem (1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) กล่าวว่า ผู้ดูแลหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภท ตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล คือ

ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้ดูแล คือ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะสมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลใกล้ชิด

บทบาทที่สำคัญของญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย คือ (สดไล คัมทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย, 2546)

- 1) ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง
- 2) คอยสังเกตอาการกำเริบ
- 3) ช่วยลดความเครียดแก่ผู้ป่วยโดยการหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย
- 4) ลดความตึงเครียดของผู้ดูแลเอง โดยการหาเวลาส่วนตัวหรือพักผ่อนบ้างด้วยผลัดกันให้ญาติคนอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนเพราะถ้าผู้ดูแลมีความตึงเครียดน้อยส่งผลต่อความเครียดของผู้ป่วยให้ลดลงได้
- 5) ค้นหาและสนับสนุนจุดดีของผู้ป่วยแม้จะเป็นจุดเล็กๆ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย

6) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาและมารับการตรวจตามนัด

ดังนั้นการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลหลัก ซึ่งจะต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน การที่ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ดีนั้นต้องมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ รวมทั้งเตรียมความพร้อมของครอบครัว ในความรับผิดชอบที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมีความเสื่อมด้านความคิด และทักษะต่างๆ ทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมีดังนี้ (Horowitz, 1982 อ้างใน ดร.ณี คชพรหม, 2542)

1) การดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้น ให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

ก. การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้การอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

ข. การให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้ไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตัวเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ทำงานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

ค. การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย ดื้อ ขัดขืน ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และติดต่อกับโรงพยาบาลเดิม เพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

ง. การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วย รับประทานยาให้ตรงเวลาและรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานยาที่ตรงเวลา จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาลงอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานยาที่ไม่มีคุณภาพ

นอกจากไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว อาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระทางด้านการเงินเพิ่มขึ้น ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ง่าย รับประทานผักผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

จ. การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีจืดจาง ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้องคอนเนกผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมฤดูกาลทะเลาะ

ฉ. การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับ ติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุ หรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

ช. การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจจะเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ขุดดิน ดายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

ซ. การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

ด. การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

ณ. การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

ญ. การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2) การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and Psychological support) ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ เกิดขึ้นในชีวิต การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การป้องกันภาวะซึมเศร้า การป้องกันความเครียด

3) การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแปลงประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

4) การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำรักษาพยาบาลตลอดทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการช่วยเหลือดูแลตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) การให้ความรู้ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม สิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยควรได้รับ ทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวัง และการเพิ่มเติมเทคนิคที่เหมาะสมในการดูแล

2) การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา เป็นการปรับเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครวัเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย หรือครอบครวัไม่สามารถทำหน้าที่ได้ สิ่งที่สำคัญของการมีส่วนร่วมคือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วย การสนับสนุนความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครวั ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

3) การเป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครวั พัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีคิดความรู้สึกต่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครวัมีกำลังใจต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

4) การเป็นผู้ประสานประโยชน์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครวักับทีมงานสุขภาพ และเป็นประสานกับแหล่งทรัพยากรในชุมชน เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครวั

5) การเป็นผู้แทนสังคม เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครวั พัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสม เตรียมผู้ป่วยและครอบครวัให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมทั้งในครอบครวั หรือสังคม

6) การเป็นผู้ชำนาญการทางเทคนิค เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครวั โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครวั ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหา

1.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง

โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้องเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลคือ บริหารดี มีมาตรฐาน บริการด้วยน้ำใจ ใส่ใจสุขภาพประชาชน พันธกิจ คือ

1. พัฒนาบุคลากรให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เสริมสร้างความสามัคคีและขวัญกำลังใจในการทำงาน
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ โดยยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง
3. เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน
4. ดำรงไว้ซึ่งจริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ
5. พัฒนาการบริการให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย หายจากโรค และผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ
6. เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโดยเน้นการบริการสุขภาพเชิงรุก ให้ประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ

การบริการด้านจิตเวชในลักษณะผู้ป่วยนอก โดยแพทย์ทั่วไป ไม่มีคลินิก

จิตเวช จะมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ป่วยจิตเวช ไม่มีการเขียนวิสัยทัศน์ พันธกิจ และโครงสร้างของการทำงาน ลักษณะของผู้ป่วยที่มารับบริการ เป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อมารับการรักษาต่อใกล้บ้านตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คือ รับใบส่งตัวไปรับยากับจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สำหรับลักษณะการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง ซึ่งเป็นลักษณะของงานผู้ป่วยนอกไม่มีโครงสร้างของงานอย่างชัดเจน มีดังนี้

- 1) ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชและมารับการรักษาต่อแบบผู้ป่วยนอก
- 2) การประสานงานกับโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง
- 3) การประสานงานกับโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อส่งผู้ป่วยไปรับยาต่อเนื่อง และในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการและการรักษาของผู้ป่วย
- 4) ไม่มีการประสานงานกับสถานีอนามัย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน
- 5) ไม่มีการดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช

1.3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

1.3.1 ความเป็นมาของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้าน คือการ

ให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อให้การรักษาพยาบาลขั้นต้น การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้เจ็บป่วยที่บ้าน ร่วมกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่จะช่วยให้เกิดภาวะสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน ลักษณะของการให้บริการประกอบด้วย การสอน แนะนำความรู้ การฝึกหัดการปฏิบัติในเรื่องการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันจึงมีความพยายามในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาใช้ โดยมีความเชื่อว่าหากเราทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถปรับตัวอยู่กับครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของเขาได้ จะถือว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งเป็นผลมาจากพื้นฐานของการเข้าใจ การยอมรับและสัมพันธ์ภาพที่ดีทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีบุคคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพจิตเป็นผู้ประสานความรู้ความเข้าใจ และให้คำปรึกษา

ความหมายและความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งจัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน เพื่อรักษาพยาบาล ป้องกันและควบคุม รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันความพิการและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมการสอน การแนะนำ ในเรื่องดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน (Rovinski & Zostockl, 1989 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

Keating และ Kelman (1998 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

กล่าวว่าการดูแลที่บ้าน เป็นบริการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษทางการพยาบาลที่บ้านให้แก่สมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาทางสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังที่พิการ ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โรคจิต โรคประสาท รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย การบริการมุ่งเน้นการบริการที่ต่อเนื่อง เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของชุมชนโดยการให้บริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือ

ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน และเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ

ความสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเป็นกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย และญาติสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและมีคุณค่าต่อสังคม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งด้วยเหตุผลดังนี้

1. เป็นการเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับบ้านอย่างมีประสิทธิภาพทั้งด้านบุคคลและเทคนิคการดูแล มีการผสมผสานเทคนิควิธีการวิทยาศาสตร์ให้สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีพยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพระดับวิชาชีพเป็นผู้นำการปฏิบัติ

2. เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เน้นการปรับตัวกับบุคคลในครอบครัวและในชุมชนจากการติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษาหลายครั้งพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนหายดี และแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้แล้ว เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเดิม สิ่งแวดล้อมเดิม พฤติกรรมของคนในครอบครัวเช่นเดิม ในเวลาไม่นานผู้ป่วยก็ต้องกลับมารักษาซ้ำอีก

3. การรักษาทางจิตเวชผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากญาติเป็นสิ่งจำเป็น เช่นการรับประทานยา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมักเกิดจากการขาดยาเป็นประจำ เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นมักจะรีบหยุดยาเองเร็วเกินไปจนทำให้อาการกำเริบขึ้น

4. ความเหนื่อยหน่ายของครอบครัว ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานๆ และต่อเนื่อง มักเกิดความรู้สึกเป็นภาระที่เหน็ดเหนื่อย เครียด ความอดทนลดลง ทำให้มีความขัดแย้งกันในครอบครัวได้เสมอ

5. ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพจิตและการเผชิญภาวะวิกฤต จากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและชุมชน ทำให้ทราบว่า การช่วยเตรียมความพร้อมโดยการให้ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการเผชิญภาวะวิกฤต ความรู้เรื่องโรคจิต โรคประสาท การสนับสนุนดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้อง การให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆแก่ญาติ จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจกัน และสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตร่วมกันได้ดีขึ้น

ผลกระทบของความเจ็บป่วยทางจิตต่อครอบครัว

เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ก็ย่อมๆได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยทางจิตนั้นด้วย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ครอบครัวขาดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องให้ความสนใจ ทำความเข้าใจ และเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ภาวะอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวสามารถเกิดขึ้นได้หลายรูปแบบ ดังนี้

- ความเครียด เกิดจากการที่ครอบครัวต้องเผชิญหน้ากับผู้ป่วยที่มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ค่อนข้างจะแปลกประหลาดจากคนทั่วไป รวมทั้งการเผชิญกับสภาพอารมณ์ที่แปรปรวนของผู้ป่วย และการที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บกพร่องในการดูแลตนเอง

- ความโศกเศร้า ครอบครัวรู้สึกสูญเสียผู้ที่ตนเองรักและคนที่คุ้นเคย ผู้ป่วยกลายเป็นคนแปลกหน้าแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างจากที่เคยเป็น รวมถึงสัมพันธ์ภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากการป่วยทางจิต ทำให้ญาติเกิดความรู้สึกท้อแท้หมดหวังที่จะให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นคนเดิมเหมือนอย่างที่เคยเป็น

- ความรู้สึกผิด ครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยทางจิต บิดามารดามีความคิดว่าเพราะเลี้ยงดูบุตรไม่ดีจึงเกิดปัญหาทางจิตขึ้น คิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตของบุตร

- ความโกรธ บางครั้งครอบครัวมีความรู้สึกโกรธโดยหาสาเหตุไม่พบ ความโกรธที่เกิดขึ้นกับสมาชิก แตกต่างกับขึ้นกับการรับรู้ของแต่ละบุคคลในครอบครัว ดังนั้นการแสดงออกของความโกรธก็แตกต่างกันด้วย

- ความกลัว การสูญเสียความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย มักตามมาด้วย สมาชิกในครอบครัวเกิดความหวาดกลัวในพฤติกรรมและสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย อาจกลัวผู้ป่วยที่จะทำอันตรายทั้งต่อร่างกายตนเองและผู้อื่น รวมถึงการทำลายสิ่งของ

1.3.2 ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ครอบครัวจึงต้องเป็นแหล่งสำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การดูแลที่บ้านเป็นการให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในระบบบริการสาธารณสุขเรื่องของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านได้มีความพยายามมาเป็นเวลานานแล้ว แต่ไม่ค่อยประสบผลสำเร็จเนื่องจากข้อจำกัดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับของชุมชน ดังนั้นองค์ความรู้ในหลักการและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ให้การพยาบาลจำเป็นต้องมีความเข้าใจระบบครอบครัวและพลวัตรครอบครัว จึงสามารถนำครอบครัว/ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้

ลักษณะครอบครัวที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาทางจิต คือครอบครัวที่มีความยากจน เพราะต้องเผชิญความเครียดมากกว่าปกติ ครอบครัวที่ยากจนย่อมสร้างทัศนคติที่ไม่ดีต่อสังคมอยู่ก่อนแล้ว หากมีปัญหาทางจิตมากขึ้นมาซ้ำซ้อนยิ่งเพิ่มความรู้สึกในทางลบจากสังคมที่มีต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งความเจ็บป่วยทางจิตเป็นมลทินของครอบครัวที่ต้องเผชิญเพราะการไม่ยอมรับของสังคมทำให้ครอบครัวหวาดกลัวต่อการรับการช่วยเหลือจากสังคม และโดยทั่วไปแล้วครอบครัวมักจะถูกมองว่าเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิตหรือทำให้เกิดพฤติกรรมของ

บุคคลผิดปกติ ครอบครัวที่หวั่นไหวมาก ๆ อาจแยกตัวออกจากสังคม การพยายามเข้าใจครอบครัว เป็นสิ่งจำเป็นมากที่พยาบาลต้องปฏิบัติก่อนสิ่งอื่น การดำเนินครอบครัวเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง และทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อครอบครัวมีความสำคัญมากต่อความสำเร็จในการนำครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยจิตต้องมีการดำเนินชีวิตอยู่กับ

ครอบครัวของตนเอง โดยทั่วไปแล้วมักจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด แต่ในบางภารกิจยังต้องอาศัยผู้ดูแลหรือญาติช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ ดังนั้นบทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

1. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์ ไม่ควรเพิ่มหยุดหรือลดยาเอง

2. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาให้สม่ำเสมอตรงตามที่แพทย์นัด
ทุกครั้ง เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้การดูแลตนเองได้ไม่ดีพอ

3. ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดูสับสน วุ่นวาย คือ ไม่ยอมกินยา ไม่ยอมมาพบแพทย์ ในกรณีนี้ญาติควรจะมาติดต่อและบอกเล่าอาการของผู้ป่วยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการรักษาพยาบาลได้ทราบ ซึ่งญาติจะได้รับคำแนะนำเพื่อนำไปช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

4. หมั่นสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย ถ้าพบความผิดปกติเช่น พูดพรั่าพูดเพื่อเจ้า พูดคนเดียว เอะอะ อาละวาด หงุดหงิด จุนเจียว หัวเราะหรือยิ้มคนเดียว เหม่อลอยหลงผิด ประสาทหลอน หวาดกลัว ควรรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที

5. จัดหากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำโดยเฉพาะเวลากลางวัน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยคิดมาก ฟุ้งซ่าน แต่ก็ไม่ควรใช้วิธีการบังคับมากเกินไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสามารถกระทำได้ในลักษณะของทีมสห

วิชาชีพ ทั้งวิชาชีพทางการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข จิตวิทยา สังคมสงเคราะห์ และอาชีวบำบัด เป็นต้น ซึ่งจะจัดระบบการดูแลตามความถนัดของผู้ปฏิบัติแต่ละวิชาชีพ และจัดตามช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งจะเกิดประโยชน์อย่างมากดังนี้

1. ลดการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ทำให้โรงพยาบาลสามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นเพิ่มมากขึ้นได้

2. ลดภาระของครอบครัวและความวิตกกังวลของคนในครอบครัว ในการติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล

3. ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวความรู้สึกของผู้ป่วยจะดีขึ้นเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับครอบครัว และสภาพแวดล้อมที่เป็นบ้านของตนเอง ได้ทำกิจกรรมที่พอกระทำได้ในบ้าน

4. พัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการเรียนรู้ ทำความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สุขนิสัย และการปรับตัวที่เหมาะสมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

5. พัฒนาสัมพันธภาพและบทบาทของสมาชิกในครอบครัว และความเห็นอกเห็นใจช่วยเหลือกันและกัน

6. พัฒนาศักยภาพ บทบาท และความรับผิดชอบของชุมชนในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เพื่อสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยทั่วไปจะเน้นการช่วยเหลือ

ผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ดี ลดการกลับเป็นซ้ำ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข มีคุณค่า ปฏิบัติอาชีพการงานได้ (Pelletier, 1991 : 23 อ้างถึงในอรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2545) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พอสรุปได้ดังนี้

1. เป็นการพัฒนาสัมพันธภาพและความร่วมมือของผู้

ให้บริการด้านสุขภาพทั้งหมด

2. เป็นการเตรียมการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติในการให้การ

พยาบาลจิตเวช

3. เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และสัมพันธภาพ

ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ

4. มีการจัดเตรียมการดูแลที่กว้างขวางมีหลายทางเลือกที่อยู่ใน

ระบบของโรงพยาบาลหรืออยู่ในชุมชน

5. มีการเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาของโรงพยาบาลมาสู่บ้าน

6. มีการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นการให้ยา การ

รับประทานอาหาร

7. การดูแลตนเอง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะทางสังคม

วิธีการแก้ปัญหาส่วนบุคคล

8. ช่วยลดอาการแสดงและเพิ่มความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง มีความ

เชื่อมั่นในตนเองและการควบคุมตนเอง

Mc Farmland และ Thomas (1991 : 898 อ้างถึงในอรพรรณ

ลีอนุญวัชชัย, 2545) กล่าวถึงเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน คือ

1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ในระดับสูง
2. ส่งเสริมการป้องกันการกลับซ้ำ
3. การจัดเตรียมการดูแลเฉพาะสำหรับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
4. มีความแน่นอนในการเปลี่ยนพฤติกรรมการเรียนรู้จากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน
5. มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเทียบจากแผนการฝึกปฏิบัติทั้งหมด

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

Finkelman (1997 อ้างถึงในอรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2545) ได้กล่าวถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านว่าแบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. The intergraded Home and Service Center Model เป็นรูปแบบการดูแลที่เน้นการผสมผสานระหว่างบ้านกับศูนย์บริการ
2. The Congregate Service Model เป็นรูปแบบการดูแลที่อาศัยบริการชุมชนร่วมกันในการดูแลตนเอง
3. The Home Care Model เป็นการดูแลที่บ้านโดยตรง โดยคนในบ้านดูแลตนเอง
4. The Institutional Care Model เป็นรูปแบบการดูแลที่จัดโดยสถาบันในสถาบันหนึ่งจัดตั้งขึ้นเพื่อการให้บริการ

Blatter (1981 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538) ได้เสนอรูปแบบของการดูแลทางจิตเวชที่บ้านอีกแนวทางหนึ่ง โดยได้เสนอรูปแบบของการดูแลไว้ 3 รูปแบบ คือ

1. การดูแลตนเอง (interpersonal Caring) คือการเอาใจใส่ต่อตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลที่เน้นเป้าหมายสำคัญด้านสุขภาพอนามัยโดยมุ่งให้คนพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ กระบวนการดูแลตนเองเกิดจากการเคารพตนเอง รู้คุณค่าตนเอง และเชื่อมความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อมได้ด้วยดี เป็นการสร้างความเชื่อในการดูแลตนเองทางสุขภาพ สามารถดูแลตนเองให้หายจากการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องกล้าหาญและอดทน
2. การดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal Caring) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นผ่านทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ เช่น การสัมผัส (Touch) และการให้การสนับสนุน (Support)

3. การดูแลโดยชุมชน (Community Caring) เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในชุมชนโดยใช้ความช่วยเหลือจากภายนอกน้อยที่สุดในเรื่องของสุขภาพอนามัย การพึ่งตนเองในชุมชนเป็นเป้าหมายสำคัญและเป็นอีกแนวทางหนึ่งของการดูแลตนเอง ที่สำคัญในการสร้างคุณภาพชีวิต ทั้งนี้จะต้องได้รับการดูแลเยี่ยมเยียนจากบุคลากรทางสุขภาพซึ่งทำงานเป็นทีม โดยมีภารกิจหลักคือ การให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุนและให้ความสะดวก เพื่อให้ระบบการสนับสนุนเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ที่สุด

จากแนวคิดดังกล่าวพอสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านควรมีลักษณะ ดังนี้

1. เป็นรูปแบบที่อาศัยการทำงานร่วมกันเป็นทีมของบุคลากรวิชาชีพ เป็นความร่วมมือทั้งฝ่ายโรงพยาบาล ศูนย์บริการชุมชน องค์การเอกชน ครอบครัวยุติธรรม ให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน พยาบาลเป็นผู้นำ วางแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผลและปรับปรุงแผนงาน

2. กิจกรรมการดูแลควรสอดคล้องกับสภาพสังคมและวัฒนธรรม พื้นบ้านที่จะเป็นไปได้จริง

3. ผู้รับบริการมีอิสระในการเลือกการดูแลที่เหมาะสมกับตน เป็นการดูแลที่เน้นการพึ่งตนเอง

1. เป็นการดูแลที่สนับสนุนการพัฒนาารูปแบบการดำรงชีวิตที่มีคุณค่า การตระหนักถึงตนเอง คุณค่าทางมนุษยศาสตร์ การคงไว้ซึ่งความสุขสบาย ความสำเร็จในการทำงานในระดับสูง ความเจริญงอกงามส่วนบุคคล การอยู่รอด และความสำเร็จในชีวิต

2. เป็นการปฏิบัติดูแลที่เน้นความเข้าใจ การยอมรับ และการแสดงต่อผู้มีปัญหาและครอบครัวด้วยความเข้าใจและเห็นใจ ถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่บ้าน และมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นคงและอยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดี

หลักการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างกว้างขวางทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

โดยทั่วไปการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านควรเน้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ดังนี้ (Klebnoff, 1989 ; Pelletier, 1988 อ้างถึงในอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1. ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม พื้นฟูสภาพช่วยลดพยาธิสภาพและความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2. ลดอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4. ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวและผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถได้ในโรงพยาบาล

6. ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7. เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

8. ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมิน

ความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9. เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องกการการรักษาโดยแพทย์ การให้ยา การรับประทานยา การมีกิจกรรม มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10. จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่อง

หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้นเป็นการผสมผสานแนวคิดเชิงทฤษฎีการดูแลหลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงแนวคิดด้านครอบครัว ควรยึดหลักการดังนี้

1. ให้ความสำคัญที่ความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลัก โดยมีการศึกษาและประเมินความต้องการทำความเข้าใจและความเข้าใจผู้รับบริการในเบื้องต้น เพื่อกำหนดแนวทางได้ถูกต้องเหมาะสม

2. สร้างสัมพันธภาพ ศรัทธา และความเชื่อถือไว้วางใจ

3. ให้ข้อมูลข่าวสารทั้งความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแล และการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัย รวมถึงความรู้ด้านทักษะวิชาชีพ

4. ช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ แสดงความรู้สึกเห็นใจ เข้าใจ (Empathy) รวมทั้งสื่อสารต่อผู้รับบริการด้วยความเมตตาเอื้ออาทร(Compassion)

ให้อำนาจแก่ผู้รับบริการในการตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหาและแผนการดูแล ให้ศาสตร์และศิลป์ในการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ สังคมและวัฒนธรรม กฎหมายและจริยธรรมทางวิชาชีพ และเน้นที่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางการดูแล

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กิจกรรมที่พยาบาลจิตเวชใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้น สามารถกระทำได้ในหลายลักษณะดังต่อไปนี้

1. การประเมินสภาวะผู้รับบริการ

2. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน
3. พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว
4. สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพ

5. ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม
 6. การสนับสนุนให้กำลังใจ
 7. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
 8. การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ
 9. การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ
- สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่สำคัญคือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคมและวัฒนธรรม การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีประสิทธิภาพ ควรยึดหลักการดังนี้

1. ผู้รับบริการแต่ละรายมีสังคมและวัฒนธรรมของตนที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว
2. วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการจะต้องรับรู้ ยอมรับและดูแลอย่างเหมาะสม
3. การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจและเอาใจใส่ ผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความร่วมมือของผู้รับบริการ
4. ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ
5. ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับความรู้ เข้าใจ โลกทัศน์ของผู้รับบริการ
6. การสังเกต ช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการตลอดจนสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ และสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม
7. พยาบาลควรมีความสามารถในการพูด หรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้ จะช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้เร็วขึ้น

1.3.3 พยาบาลจิตเวชกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

พยาบาลจิตเวชเมื่อมาปฏิบัติงานในชุมชน เป็นพยาบาลจิตเวชชุมชนย่อมมีบทบาทแตกต่างเพิ่มเติมจากบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่เดิมในโรงพยาบาลจิตเวช กิจกรรมการพยาบาลมักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช เป็นรายบุคคลและเป็นรายกลุ่ม แต่ในการปฏิบัติงานในชุมชนบริการให้กับคนหลายลักษณะ ทั้งที่เป็นผู้ป่วย เป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและประชาชนทั่วไป พยาบาลจะต้องประสานร่วมงานบริการกับบุคลากรหลายอาชีพ ไม่เฉพาะที่มจิต

เวชเท่านั้นเพราะเหตุนี้ความรู้ความสามารถของพยาบาลจิตเวช จึงควรจะเหนือกว่าพยาบาลจิตเวชทั่วไป หรือจัดเป็นผู้ชำนาญเฉพาะ (Specialis)
(อุบล นิวัติชัย, 2527)

บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน

1. บทบาทของผู้บำบัดขั้นต้น (Primary Therapist) หมายถึง การให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยซึ่งมีอาการไม่รุนแรงและไม่ซับซ้อน หรือเป็นการบำบัดเพื่อการส่งต่อแก่ผู้ที่มีความชำนาญมากกว่า โดยใช้รูปแบบการบำบัดอย่างย่อ
(Short term therapy)

2. บทบาทของผู้บริหารเรื่องยา (Drug Administrator)

นอกจากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชนับได้ว่าเป็นผู้รับการศึกษอบรรณเรื่องการรักษาแก่ผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่นในทีมจิตเวช ความจริงในงานนี้ไม่ได้ช่วยให้พยาบาลดีขึ้นในแง่วิชาชีพ แต่เท่าที่ผ่านมา จะพบว่าป็นงานซึ่งพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ให้เวลามากกว่าการพยาบาลอื่น ๆ และบางครั้งละเลยการให้การพยาบาลบางชนิดที่พยาบาลควรตัดสินใจทำด้วยตัวเอง อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาสงบจิต (Tranquilizer) ให้ผลดีอย่างมากแก่ผู้ป่วยทางจิตเวช และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ดังนั้นในปัจจุบันพยาบาลจิตเวชอาจได้รับมอบหมายให้รับหน้าที่นี้มากกว่าเดิม และอาจเป็นที่ปรึกษาของบุคลากรอื่น ที่ยังขาดความรู้ขาดประสบการณ์ในเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วยจิตเวช

3. บทบาทนักวิชาการสุขภาพจิต (Mental Health Educator) พยาบาลจิตเวชถูกจัดให้เป็น ผู้รอบรู้เรื่องสุขภาพจิต จึงเป็นผู้ที่จะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นแก่ผู้ป่วยครอบครัว และประชาชนทั่วไปในชุมชน ด้วยเทคนิคต่าง ๆ ทางการพยาบาลจิตเวช

4. บทบาทของผู้แทนหน่วยงานสุขภาพจิต (Mental Health Community Worker) เมื่อองค์กร หน่วยงานในชุมชน มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาทางจิตเวชพยาบาลควรให้ความร่วมมือ ประสานประโยชน์ โดยทำหน้าที่เสมือนตัวแทนจากหน่วยบริการสุขภาพจิต

5. บทบาทของผู้บริหารงานสุขภาพจิต (Mental Health Administrator) พยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีความรู้ความสามารถควรมีบทบาทในระดับของผู้วางแผนและกำหนดนโยบาย โดยมีความสามารถวิเคราะห์ ประเมินปัญหา กำหนดจัดลำดับความสำคัญและแผนการแก้ปัญหา จะต้องรู้จักกำหนดการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ที่มีการควบคุมและดำรงไว้ซึ่งบรรยากาศของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

6. บทบาทผู้นิเทศและผู้ให้คำปรึกษา (Supervisor and Consultant)

พยาบาลจิตเวช มีหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การสนับสนุน ประคับประคอง สนับสนุนบุคลากรอื่นให้เข้าใจงานของจิตเวชชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามทิศทางที่มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน ทั้งในรูปแบบการให้คำแนะนำและช่วยปฏิบัติ เมื่อปัญหาทางสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช ยิ่งยากเกินความสามารถของพยาบาลทั่ว ๆ ไป

7. บทบาทพยาบาลจิตเวชในสถาบัน (Role of Psychiatric Nurse)

พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นพยาบาลจิตเวชในสถาบันอีกบทบาทหนึ่งที่จะต้องรับในบางสถานการณ์ที่พยาบาลจิตเวชจะต้องลงมือปฏิบัติโดยเฉพาะในปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน

บทบาทของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

Morgan and Mc cain (1993) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านไว้ดังนี้

1. ต้องประกันสิทธิของผู้ป่วยและมีความรับผิดชอบ
2. มีการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นและที่กำลังดำเนินอยู่และประเมินความต้องการทางจิตสังคมและอารมณ์ด้วย
3. มีการพัฒนาการวางแผนการดูแล
4. มีการประสานการดูแลของบริการทั้งหมด ในการวางแผนและนำไปใช้เป็นทีม
5. มีการเตรียมการดูแลอย่างต่อเนื่องโดย 24 ชม.ต่อวัน หรือ 7 วันต่อ 1 สัปดาห์
6. มีการพิจารณาในด้านกฎหมาย ประเด็นทางจริยธรรม หรือภาวะที่ยุ่งยากใจ
7. มีโปรแกรมประสานงานและการจัดการ
8. มีการส่งต่อผู้ป่วยตามความเหมาะสม การเคลื่อนย้าย หรือการจำหน่ายผู้ป่วย
9. มีการควบคุมการติดต่อประเมินผู้ป่วย การพัฒนาการนำนโยบายการควบคุมการติดต่อไปใช้ มีการประกันกิจกรรม
10. มีการให้ความรู้ การปฐมนิเทศ และการพัฒนาเจ้าหน้าที่เตรียมการป้องกันการรักษา การจัดบริการพยาบาล
11. การจัดการตามความต้องการของผู้ป่วย และตามการดำเนินไปของโรค
12. เป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วย
13. การให้ความรู้ผู้ป่วย

14. เป็นผู้ดูแลสิ่งแวดล้อมและดูแลบุคคลและสนับสนุนการบริการ
 พยาบาลจิตเวชที่ดูแลที่บ้านอาจใช้ชนิดของการช่วยเหลือแบบการสอนผู้ป่วย บางครั้งอาจนั่ง
 เจียบ ๆ กับผู้ป่วย การพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหา โดยที่การดูแลผู้ป่วยสามารถทำได้

สรุป

การเจ็บป่วยทางจิตเวชในปัจจุบันเชื่อว่าสามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะหาย
 ป่วยและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ โดยอาศัยความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยเอง
 ครอบครัวผู้ป่วยและชุมชน การแยกผู้ป่วยจากครอบครัวเพื่อรักษาในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว
 ไม่ช่วยให้การรักษาระยะยาวมีประสิทธิภาพ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เรื้อรังจึงควรได้มี
 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมของตนเองนั่นคือในครอบครัวนั่นเอง ผู้ให้การพยาบาล
 ควรมีความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย การส่งเสริมให้กำลังใจและการหาแหล่งสนับสนุนทาง
 สังคมแก่ผู้ป่วย

2. การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 แนวคิดและองค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์

2.1.1 ความหมายของการแสดงออกทางอารมณ์

Brown et al. (1972) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) หมายถึง อารมณ์ทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การ
 วิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความชื่นชม การแสดงความไม่เป็นมิตร การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร
 การแสดงความผูกพันทาง

อารมณ์ที่มีมากเกินไป

Humbeeck et al. (2002) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์เป็นสิ่งที่แสดงถึง
 คุณภาพบรรยากาศทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้
 ที่มีมีความสำคัญต่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท

สรุป การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) หมายถึง การปฏิบัติของ
 ผู้ดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยจิตเภทด้วยภาษาพูด ภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงความรู้สึกของตนเองและ
 ทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

2.1.2 องค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์

Brown et al. (1972) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ โดยแบ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้าน
 บวก

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย

การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) หมายถึงการใช้คำพูด และ/หรือการใช้ น้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจ ไม่ชอบไม่ยอมรับหรือเกลียดชังต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การตำหนิตีเยน และการไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง ตำหนิวิจารณ์ที่ตัวบุคคลมากกว่าตำหนิวิจารณ์ที่การกระทำ

ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion over-involvement) หมายถึง การมีความห่วงใยผู้ป่วยมากเกินไป กังวล และ/หรือแสดงความเสียสละ การกระทำแทนผู้ป่วย โดยแสดงออกบ่อยครั้งเกินไปไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ประกอบด้วย

การแสดงความรักเป็นมิตร (Warmth) หมายถึง การแสดงความห่วงใย ความ เข้าอกเข้าใจ และความสนใจ ในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

การแสดงความคิดเห็น (Positive Remarks) หมายถึง การแสดงออกถึงความ พึงพอใจเห็นชอบ การยกย่องชมเชย และแสดงความชื่นชมยินดี ต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิต เภท

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Karanci & Innadilar (2002) ศึกษาถึงปัจจัยด้านผู้ป่วย และปัจจัยด้านผู้ดูแล มี รายละเอียด ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงลักษณะ ของผู้ป่วยแต่ละคน เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในชุมชน ผู้ดูแลย่อม คาดหวังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ และมีศักยภาพในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้เหมือนปกติทั่วไป มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) การทำงาน

การทำงาน หมายถึง งานที่ผู้ป่วยจิตเภททำประจำเพื่อเลี้ยงชีพตาม ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันและมีค่าตอบแทนจากการทำงานนั้น แบ่งเป็น การมี งานทำและไม่มีการทำงาน

การทำงานกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว

การทำงานของผู้ป่วยจิตเภท การที่ผู้ป่วยสามารถทำงานได้แสดงว่า ผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบ และดูแลตัวเองได้ในระดับหนึ่ง ทั้งในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และ ทักษะต่าง ๆ ในการเข้าสังคม (Miklowitz et al., 1983) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ทาง สังคม หรือรับผิดชอบตัวเองได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด กังวล จนเกิดการวิพากษ์วิจารณ์

และการแสดงความไม่เป็นมิตร (Bentsen et al., 1998) และการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป

2.2.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัว ปัจจัยด้านผู้ดูแลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคล ที่ส่งเสริมให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ มีรายงานการศึกษาที่เกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) ความเพียงพอของรายได้

ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนเงินรายได้ของตนเองและครอบครัวสำหรับใช้จ่ายในการครองชีพ การซื้อของที่จำเป็น การทำกิจกรรมทางสังคม การซื้อยา และการเหลือเก็บ เพื่อความมั่นคงของครอบครัว แบ่งเป็น รายได้เพียงพอ และไม่เพียงพอ

ความเพียงพอของรายได้กับการแสดงออกทางอารมณ์

รายได้ของครอบครัวมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคล เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล การมีรายได้ที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต (หงส์ บันเทิงสุข, 2545; พิศสมร เดชดวง, 2545) มีการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ (Left et al., 1987) และสถานภาพทางการเงินมีความสัมพันธ์กับระดับการแสดงออกทางอารมณ์ (ภรดี ไชยสิน, 2545)

2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

ในภาวะที่คนเราต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ตนเองคิดว่าจะมาคุกคามความเป็นอยู่ที่ดีของตน คนเราจะพยายามต่อสู้เพื่อเผชิญกับภาวะดังกล่าวอย่างดีที่สุด เพื่อไม่ให้ตนเองเกิดความเครียด การต่อสู้ที่ทำให้คนเราพร้อมเผชิญกับภาวะที่ทำให้เราเครียด เรียกว่า การเผชิญความเครียด การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามแสดงออกในด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อลดภาวะที่คุกคามต่อจิตใจ และการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยใช้วิธีการที่แตกต่างกัน

รูปแบบการเผชิญความเครียด เมื่อบุคคลมีความเครียด บุคคลจะเลือกวิธีต่าง ๆ เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและแสดงออกทางความรู้สึก หรือการกระทำในลักษณะต่าง ๆ เรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดสามารถแบ่งได้ ดังนี้

ก) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ที่เครียด การเผชิญ

ความเครียด ด้วยวิธีนี้เป็นการกระทำที่มุ่งแก้ปัญหา โดยใช้สติปัญญา ความรู้ การหาข้อมูลเพิ่มเติม และเพิ่มทักษะความสามารถของตนเอง

ข) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับกับอารมณ์ (Emotion focused coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่บุคคลเลือกใช้กันมากเมื่อประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามหรือสิ่งแวดล้อมได้ โดยพยายามแก้ไขอารมณ์ต่าง ๆ เพื่อลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจ ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ตึงเครียดนั้นและรักษาภาวะสมดุลภายในจิตใจไว้เท่านั้น แต่ไม่ใช่การแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดโดยตรง

การเผชิญความเครียดกับการแสดงออกทางอารมณ์

มีรายงานการศึกษาที่แสดงว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับ การเผชิญความเครียด โดยมีการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับต่ำ (Solomon & Draine, 1995) และระดับของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ (Hall & Docherty, 2000)

3) การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่ออาการของผู้ป่วยจิตเภท ที่สังเกตเห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตไปจากที่ตนเองเคยรู้สึก ที่ครอบคลุมความรุนแรง เวลาหรือความถี่ รูปแบบของการเกิดอาการ และผลที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ดูแล

การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตกับการแสดงออกทางอารมณ์

มีรายงานการวิจัยที่แสดงว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย โดยการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของมารดา จะเกี่ยวข้องกับอาการ ได้แก่ อาการลึกลับ ลึกลับ อยู่ไม่สุข ความตึงเครียด อารมณ์เศร้า ของผู้ป่วยที่รุนแรง (King et al., 2003) ส่วนในเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลพบว่า ความรุนแรงของโรค อาการแสดง และพฤติกรรมของผู้ป่วยจะทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ โดยการวิพากษ์วิจารณ์ แสดงความไม่เป็นมิตรมากขึ้น (Moore et al., 1992 ; Shimodera et al., 1998)

4) ความทุกข์ทรมาน

ความทุกข์ทรมาน หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวล ความเครียด ซึมเศร้า ความไม่สุขสบายทางด้านจิตใจอื่น ๆ รวมทั้งความผิดปกติต่าง ๆ ทางกายที่มีผลมาจากความไม่สุขสบายทางจิตใจ ได้แก่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย

ความทุกข์ทรมานกับการแสดงออกทางอารมณ์

ผู้ดูแลซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่บีบคั้นจากพฤติกรรมที่ผิดปกติต่าง ๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล โดยอาจแสดงออกทางด้านร่างกาย จิตใจ อากาการที่ปรากฏทางกายจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (เชื้ออารีย์ สารีภา, 2543; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทุกข์ทรมานจากการดูแลผู้ป่วยสูง จะมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (Barrowclough & Parle., 1997)

5) ระยะเวลาการเผชิญหน้า

ระยะเวลาการเผชิญหน้า หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอยู่ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์และทำกิจกรรมร่วมกันในแต่ละวัน โดยคิดรวมกันในหนึ่งสัปดาห์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือน้อยกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ระยะเวลาการเผชิญหน้ากับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล

การที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ใช้เวลาอยู่ร่วมกันในแต่ละวัน โดยการมีปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย การศึกษาของ Boye et al. (1999) พบว่า การเผชิญหน้าระหว่างผู้ดูแล ซึ่งเป็นมารดา และผู้ป่วย 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงโดยเฉพาะในด้านการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป

6) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติการกระทำในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประสิทธิภาพการดูแลเอาใจใส่ ต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ และความแข็งแรงทางด้านร่างกายที่เพียงพอของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลผู้พึ่งพา

ความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพา เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามี 3 ระดับ คือ

1) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

(Capabilities for dependent - operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่

จะต้องใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

ก) ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimate) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ข) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ค) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลที่จำเป็น ของบุคคลที่ต้องพึ่งพาทั้งนี้ จะต้องประกอบด้วย พลังความสามารถ 10 ประการ

2) พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components of care) เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลโดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยพลังความสามารถ 10 ประการ ประกอบด้วย

ก) ความสนใจและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่สภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย

ข) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ค) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

ง) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลผู้ป่วย

จ) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพ

ฉ) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

ช) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

ซ) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญาการรับรู้การ จัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อรับการปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

ณ) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย

ญ) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และ สอดแทรกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล (Foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการทำ อย่างจริงจังและมีเป้าหมายโดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งประกอบด้วย

ก) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและใช้เหตุผล

ข) หน้าที่ของประสาท สำหรับความรู้สึก (sensation) รวมทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และ การรับรส

ค) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก

ง) การเห็นคุณค่าในตนเอง

จ) นิสัยประจำตัว

ฉ) ความตั้งใจ

ช) ความเข้าใจในตนเอง

ซ) ความหวังใยในตนเอง

ณ) การยอมรับตนเอง

ญ) ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำ กิจกรรม

ฎ) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจะสูงขึ้นเมื่อผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแลที่สูง (Boye et al., 1999) ในผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูง จะทำให้ไม่รู้สึกรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล (วันดี ไตสุขศรี, 2539; จริญญา วิทยะศุกร, 2539; Bull, 1990) เมื่อภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลจะลดลง

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เขตอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี มีการแสดงออกทางด้านลบและด้านบวกไม่เหมาะสม จากการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่บ้านด้วยแบบสอบถามของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ระหว่างเดือน พฤษภาคม – เดือน มิถุนายน 2551 จำนวน 10 คน พบว่าผู้ดูแลมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม มีการแสดงออกทางด้านลบโดยการติเตียน และแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป และมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกโดยการแสดงความรักความหวังใย และกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยมาก โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องของด้านผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยไม่มีรายได้ ปัจจัยด้านผู้ดูแล คือ ผู้ดูแลมีรายได้ไม่เพียงพอ

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

2.3 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์

การจากบททบทวนงานวิจัย พบวิธีการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ ดังนี้ Camberwell Family Interview (CFI) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi Structured Interview) ที่ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถูกสร้างโดย Brown และคณะ ถือเป็นเครื่องมือต้นฉบับที่มีการพัฒนาอันยาวนานและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการวัดโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก (Key Relatives) และระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเทปไว้ทุกราย หากผู้ดูแลหลักไม่ให้ความร่วมมือก็จะตัดออกจากการวิจัย การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 45 นาที หลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการถอดเทปและให้คะแนน ซึ่งการให้คะแนนจะขึ้นอยู่กับหมวดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 Critical Comments ารวิพากษ์วิจารณ์หรือแสดงความไม่พอใจหรือไม่เห็นชอบกับพฤติกรรมของผู้ป่วย จะนับความถี่เมื่อผู้ดูแลหลักมีพฤติกรรมดังต่อไปนี้ คือ ใช้คำพูดที่มีเนื้อหาสาระ และ/หรือ มีการแสดงสีหน้าหรือน้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจหรือขุ่นเคือง หรือไม่ชอบพฤติกรรมของผู้ป่วย ความถี่ 1 ครั้ง นับเป็น 1 คะแนน

หมวดที่ 2 Hostility การแสดงความไม่เป็นมิตร ประเมินว่าผู้ดูแลหลักมีการแสดงพฤติกรรมต่อไปนี้หรือไม่ คือ การตำหนิติเตียนพฤติกรรมของผู้ป่วย ถ้ามีให้ 1 คะแนน และประเมินว่าผู้ดูแลหลักมีการแสดงออกถึงการไม่ยอมรับหรือไม่เคารพผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่งหรือไม่ ถ้ามีให้ 2 คะแนน ถ้ามีทั้ง 2 พฤติกรรมให้ 3 คะแนน

หมวดที่ 3 Emotion Over-involvement การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป จะสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักว่ามีการแสดงออกซึ่งความวิตกกังวล ความเสียสละหรือเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยมากเกินไปหรือไม่ วิธีการให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale โดยมีช่วงการให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 (0 หมายถึงไม่มี Emotion Overinvolvement ส่วน 5 หมายถึงการมี Emotion Over-involvement ในระดับสูง)

หมวดที่ 4 Warmth การแสดงความห่วงใย เอาใจใส่และเข้าอกเข้าใจผู้ป่วย จะสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักว่ามีการแสดงออกซึ่งความห่วงใย หรือเข้าอกเข้าใจผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด การให้คะแนนอยู่ภายใต้ดุลยพินิจของผู้สัมภาษณ์ วิธีการให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale โดยมีช่วงการให้คะแนนตั้งแต่ 0-5 (0 หมายถึงไม่มี Warmth ส่วน 5 หมายถึงการมี Warmth ในระดับสูง)

หมวดที่ 5 Positive Remarks การแสดงความพอใจ เห็นชอบ ยกย่องชมเชย และให้เกียรติผู้ป่วย จะนับความถี่เมื่อผู้ดูแลหลักแสดงพฤติกรรมต่อไปนี้ คือ การใช้คำพูดที่มี

เนื้อหาและ/ หรือ แสดงน้ำเสียงที่แสดงความยกย่องชื่นชม ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ความถี่ที่เกิดขึ้น 1 ครั้ง นับเป็น 1 คะแนน

การแปรผลการให้คะแนนจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion) และกลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Low expressed emotion) ลักษณะสำคัญที่ใช้ในการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ Critical Comments, Hostility และ Emotion Overinvolvement ซึ่งเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินว่าครอบครัวใดเป็นครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง นั้นดูจาก 3 องค์ประกอบรวมกัน ได้แก่

1. คะแนน Critical Comments คือ พบลักษณะการวิจารณ์ (ตำหนิ) 6 หรือมากกว่า 6 คะแนนร่วมกับ
2. คะแนน Hostility คือ พบลักษณะการแสดงความไม่เป็นมิตร ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ร่วมกับ
3. คะแนน Emotion Over-involvement คือ พบลักษณะการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ ตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป

ส่วนกลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ คือ กลุ่มที่ได้ค่าคะแนน Critical Comments, Hostility และ Emotion Overinvolvement รวมกันแล้วต่ำกว่า 10 โดยไม่คำนึงว่าจะมีคะแนน Warmth หรือ Positive Remarks จะมากหรือน้อยเพียงใด

การวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในประเทศไทย จากการทบทวนรายงาน พบว่าดวงตา อุทุมพฤษทรัพย์ (2533) วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ

Brown et al (1972) โดยครอบคลุมการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 10 ข้อคำถาม ให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิร์ทสเกล (Likert scale) 5 ระดับ และต้องใช้ในการสังเกตขณะสัมภาษณ์ร่วมด้วย ได้แก่ สังเกตการแสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียง ไม่มีคะแนนในส่วนการสังเกต แต่เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการปิดบังข้อมูลที่แท้จริงได้ ผ่านการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 และต่อมา ภรดี ไชยสิน (2545) นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในภาคอีสาน โดยได้นำเครื่องมือไปทดสอบใหม่ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72

Sunpaveerawong (2006) สร้างแบบวัดแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ครอบคลุมการวัดแสดงออกทางอารมณ์ 5 องค์ประกอบ รวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์จากคำถามกึ่งโครงสร้างในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน

10 รายโดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง มีการบันทึกเทปและถอดคำพูดผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาตามหลักการของ Thematic analysis และนำข้อมูลที่ได้ออกมาสร้างแบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์ 7 ด้าน ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร การแสดงความชื่นชม การควบคุมทางอารมณ์และความเห็นห่างทางอารมณ์ การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .88 และนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 566 ราย ได้ค่าความเที่ยงขององค์ประกอบย่อยมีค่าอยู่ในระดับสูง (.75-.91)

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficacy) เป็นการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการกระทำหรือพฤติกรรมบางอย่างว่าตนเองมีความสามารถที่จะนำทักษะต่างๆ ที่มีอยู่มาใช้ได้หรือไม่ อยู่ในระดับใด ซึ่งทักษะต่าง ๆ นี้ หมายถึง ทักษะที่ผู้ดูแลเคยมีอยู่ และ/หรือ ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนเพิ่มเติม เพื่อนำมาใช้ในการพิจารณาในการตัดสินใจว่าจะอะไรที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ โดยใช้ทักษะของผู้ดูแลที่มีอยู่ (Bandura, 1986)

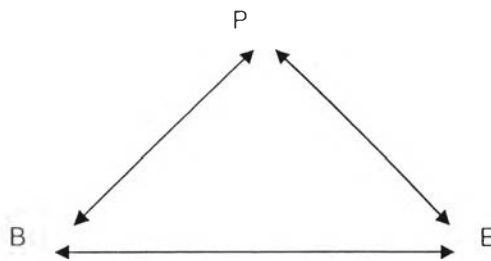
3.1 แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self - efficacy) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาทางสังคมของ Bandura (1997) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่ได้มาซึ่งความรู้

ใหม่ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้ (สมโภชน์ เขียมสุภาสิต, 2549) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ และการกระทำ (Lawrance and McLeroy, 1986) ดังนั้นการที่ผู้ดูแลรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

Bandura (1977) เสนอว่า การเกิดพฤติกรรมของบุคคลมีลักษณะของการกำหนดอาศัยซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) กล่าวคือ ความสัมพันธ์แบบการกำหนดซึ่งกันและกันจะเกิดขึ้นระหว่างกันของตัวแปร 3 กลุ่ม ได้แก่ 1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal person factor = P) อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง 2. เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม (Behavior condition = B) และ 3. เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (Environmental condition = E) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 3 องค์ประกอบนี้มีลักษณะต่อเนื่องเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกันไว้ ซึ่งอิทธิพลแต่ละตัวแปรจะ

มากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความแตกต่างของสภาพแวดล้อมดังแสดงในภาพประกอบ



ภาพประกอบที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในตัวบุคคล เจื้อนไขเชิงพฤติกรรม และเจื้อนไขเชิงสภาพสิ่งแวดล้อม

เมื่อพิจารณาปัจจัยระหว่าง $P \longleftrightarrow B$ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความรู้สึก การกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้ เป้าหมายและความตั้งใจเป็นตัวกำหนดทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคลคิด เชื่อ และรู้สึกจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมในขณะเดียวกัน ผลจากการกระทำเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาลักษณะการคิด การตอบสนองทางอารมณ์ ลักษณะของร่างกาย และระบบประสาทของการรับรู้มีผลต่อพฤติกรรม และศักยภาพของบุคคล ในทำนองเดียวกันระบบของสมองและการรับรู้จะเปลี่ยนแปลงได้ตามประสบการณ์ของพฤติกรรม

เมื่อพิจารณาปัจจัยระหว่าง $E \longleftrightarrow P$ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของบุคคลและสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลจะถูกพัฒนาและเปลี่ยนแปลง โดยอิทธิพลทางสังคมที่ให้ข้อมูลและกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ด้วยการผ่านตัวแบบ การสอน และการชักจูงทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลจะมีปฏิริยาตอบสนองมีแตกต่างกันตามสภาพสังคม ลักษณะทางกาย เช่น อายุ ขนาดของร่างกาย เชื้อชาติ เพศ ความสนใจของร่างกาย และจากสิ่งที่พูดและทำ นอกจากนี้การตอบสนองยังขึ้นอยู่กับบทบาทและสภาพทางสังคม

เมื่อพิจารณาปัจจัยระหว่าง $B \longleftrightarrow P$ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนเจื้อนไขของสภาพแวดล้อม ขณะเดียวกันเจื้อนไขของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไปด้วย สภาพแวดล้อมไม่มีอิทธิพลใด ๆ ต่อบุคคลจนกว่าจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้น

จากการที่ปัจจัยทั้ง 3 ประการ ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้น มีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่เกิดพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัย

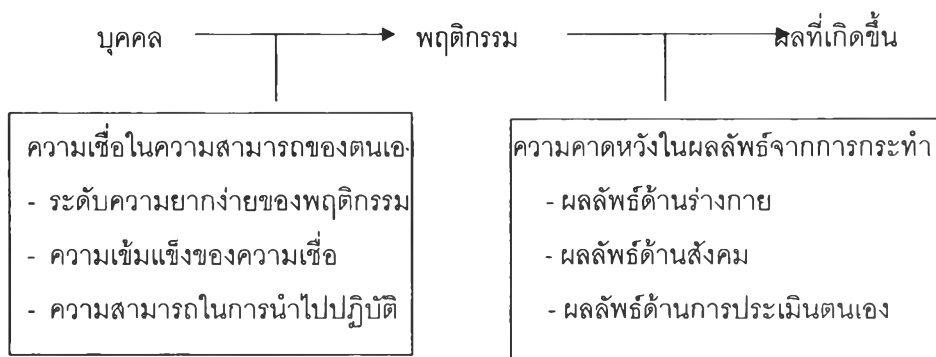
โดปปัจจัยหนึ่ง จะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ, 2541 : Bandura, 1997) กล่าวคือ พฤติกรรมบุคคล อาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และปัจจัยในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ในขณะที่เดียวกันปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก และปัจจัยสภาพแวดล้อม ในทางกลับกันสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนไปตามพฤติกรรมของบุคคลและความเชื่อในสิ่งต่าง ๆ ที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นปัจจัยทั้ง 3 ประการ จึงเป็นระบบเกี่ยวพันมีลักษณะเป็นเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน (Interlocking system) มีผลต่อการกระทำและการเรียนรู้ของบุคคลโดยอาศัยหลักดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา บุคคลจะรับรู้ความสามารถของตน และเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ผลจากการรับรู้ถึงความสามารถของตน และผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนี้จะส่งผลกลับไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอื่น ๆ ของบุคคลอีก ดังนั้นการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 2 ประการ คือ

1) ความเชื่อในความสามารถ (Efficacy beliefs) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมได้ ความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่าถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

ความเชื่อในความสามารถเป็นเหตุที่เกิดขึ้นก่อนที่จะกระทำพฤติกรรม ในขณะที่ผลลัพธ์จากการกระทำที่จะเกิดขึ้น เป็นสิ่งที่บุคคลคาดการณ์ล่วงหน้าโดยอาศัยการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถกระทำได้แค่ไหนในสถานการณ์นั้นๆ

Bandura (1997) ได้เสนอรูปแบบความสามารถสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นเหตุผลกันระหว่าง ความเชื่อในความสามารถของตน และความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไข และความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Bandura, 1997)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการหรือกระทำพฤติกรรมในแบบที่จะกระทำให้ประสบความสำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำ เป็นการตัดสินใจที่เกิดขึ้นตามมาจากการกระทำพฤติกรรม

ดังนั้นสรุปได้ว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าตนเองรับรู้ว่ามี ความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลตามที่ตนเองต้องการหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่า การกระทำนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอ ก็จะกระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่ถ้าคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอก็จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวังหรือความล้มเหลว นอกจากนี้อิทธิพลที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลแล้ว การรับรู้ความสามารถของตนเองยังมีอิทธิพลต่อสภาพอารมณ์ และจิตสังคมของบุคคลด้วย กล่าวคือบุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนเองสูงและคาดหวังว่า จะได้ผลลัพธ์ตามความคาดหวัง จะได้ผลลัพธ์ตามความคาดหวัง ก็จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนเองในระดับต่ำ จะคาดหวังถึงความล้มเหลว และไม่ได้รับผลลัพธ์ตามความคาดหวังนั้น เป็นผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงด้วย โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งแสดงไว้ใน ภาพประกอบ 3

ความคาดหวังในผลที่จะเกิด

สูง

ต่ำ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง

สูง

มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ต่ำ

ภาพประกอบที่ 3 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549 อ้างอิงจาก Bandura, 1978)

จากภาพจะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่เกิดขึ้นได้ว่า ถ้าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง และมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นสูงเช่นเดียวกัน บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำ และมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นต่ำด้วยก็มีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมแน่นอน หรือการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นไปในทางตรงกันข้ามกับความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1986) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อความคิด และการกระทำของบุคคล 4 ประการ คือ

3.2.1 การเลือกกระทำพฤติกรรม ในการดำเนินชีวิตประจำวันนั้น บุคคลจะต้องตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่า จะต้องกระทำพฤติกรรมใด ใช้เวลานานเท่าใด การที่เลือกปฏิบัติกิจกรรมใดในสภาพการณ์ใด ส่วนหนึ่งมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะบุคคลจะเลือกทำงานนั้น ถ้าเขาเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าเขามีความสามารถไม่พอต่อการทำงานนั้น ก็จะมีแนวโน้มที่หลีกเลี่ยงงาน บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง มักจะเลือกงานที่มีความท้าทาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของตัวเองให้สูงยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะหลีกเลี่ยงงาน หมดอัย ขาดความมั่นใจในตนเอง เป็นการพลาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถของตนเอง แต่ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนเองสูงเกินไป และต้องพบกับการทำงานที่เกินความสามารถความล้มเหลว นั้น จะทำให้เขารู้สึกทุกข์ เครียด ผิดหวัง และทำลายความเชื่อใน

ความสามารถของเขาลงไปด้วย ส่วนบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองต่ำเกินไป มักจะเลือกงานที่พื้น ๆ และง่าย ซึ่งเป็นการจำกัดความสามารถของตนเอง และมักจะมีพลังในความสามารถของตนเอง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ทำให้เขาขาดความพยายามในการทำกิจกรรมใด ๆ และในที่สุดก็ขาดการพัฒนาความสามารถของตัวเองให้ก้าวหน้า

3.2.2 การใช้ความพยายามและความอดทนในการทำงาน ความสามารถของตนเองที่บุคคลประเมินนั้นจะเป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความพยายามเท่าใด และจะต้องอดทนเผชิญต่ออุปสรรคต่าง ๆ ได้นานเท่าใด ยิ่งบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง บุคคลนั้นยิ่งมีความพยายามและอดทนในการทำงานมากเท่านั้นและมักประสบความสำเร็จในงานที่ทำหายความสามารถ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะสงสัยในความสามารถของตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายาก ทำให้ขาดความพยายามและเลิกกระทำไปในที่สุด

3.2.3 รูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ ความสามารถของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ในระหว่างกระทำพฤติกรรม และการคาดการณ์การกระทำภายหน้า ผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะเอาใจใส่และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ จะรู้สึกว่ายากนั้นยากลำบากซึ่งมักจะรู้สึกว่ายากเกินจริงมีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดและทำลายความสามารถของตนเอง

3.2.4 เป็นผู้กำหนดการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้กำหนดเป็นผู้นำพฤติกรรม นั่นคือ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูง จะคิด รู้สึก และกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะสนใจ และเลือกงานที่ทำหาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบผลสำเร็จ ตรงกันข้ามกับผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ มักจะเอาความสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของตน เมื่อพบกับอุปสรรคก็จะล้มเลิกการกระทำนั้น ทำให้มีความท้อแท้และต้องพบกับความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก

3.3. การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1997) ได้เสนอลักษณะของการรับรู้ความสามารถของบุคคลเป็น 3 มิติ คือ

มิติที่ 1 ระดับหรือขนาดความยากของงานที่บุคคลเชื่อว่าตนสามารถปฏิบัติได้ (Level of magnitude of job difficulty) เป็นความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลในการกระทำพฤติกรรมหนึ่ง หรือแตกต่างกันในบุคคลเดียวกัน เมื่อ

ต้องทำพฤติกรรมที่มีความยากง่ายแตกต่างกัน เป็นการคาดหวังของบุคคลว่าตนจะทำงานสำเร็จถึงระดับไหน เมื่อถูกเสนองานที่มีระดับความยากแตกต่างกัน บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำหรือมีขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องง่าย ๆ ถ้าได้รับมอบหมายให้กระทำการที่ยากเกินความสามารถก็จะพบความล้มเหลว ดังนั้นการมอบหมายงานต้องพิจารณาไม่ให้ยากเกินความสามารถ ควรเป็นงานที่มีความยากระดับปานกลาง

มิติที่ 2 ความเข้ม หรือความมั่นใจ ที่จะปฏิบัติได้ในระดับความยากต่างๆ (Strength of Confidence) ถ้าความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนมีความเข้มแข็งหรือบุคคลไม่มั่นใจในความสามารถของตน เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนลดลง แต่ถ้ามีความเข้มหรือความมั่นใจมาก บุคคลจะมีความบากบั่นมานะพยายามมาก แม้ว่าจะประสบการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวังบ้างก็ตาม

มิติที่ 3 การแผ่ขยายความสามารถ หรือการนำไปใช้ (Generality of ability) เป็นการแผ่ขยายความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองไปในสถานที่อื่น ประสบการณ์การปฏิบัติงานบางอย่างก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสภาพการณ์อื่นที่คล้ายกันแต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ ประสบการณ์บางอย่างอาจไม่ทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

จากแนวคิดของ Bandura และคณะ (1977) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่ามีผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ เนื่องจากว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการทำงาน โดยก่อให้เกิดความพากเพียรพยายามในการทำงานนั้น จากหลักการนี้เมื่อต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลให้มีความพยายามและไม่หลีกเลี่ยงงานที่จะทำก็สามารถทำได้โดยการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองให้สูงขึ้น และข้อมูลสำคัญที่ทำให้การรับรู้ความสามารถของบุคคลเพิ่มขึ้น คือ การประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการทำงาน การเห็นผู้อื่นประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการทำงาน การพูดชักจูงจากผู้อื่น และการรับรู้ความตื่นตัวทางร่างกายและอารมณ์ของตนเอง ซึ่งในการศึกษานี้ Bandura ต้องการเปรียบเทียบว่า วิธีการเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการให้บุคคลนั้นประสบความสำเร็จในการทำงานด้วยตนเอง และการให้บุคคลเห็นตัวแบบประสบความสำเร็จ จะสามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของบุคคลได้หรือไม่อย่างไร วิธีการศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ใหญ่ที่มีอาการกลัว โดยเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับbung ตั้งแต่กิจกรรมง่ายไปกิจกรรมยาก เช่น การดึงซึ่งอยู่ในตู้กระจก การใส่ถุงมือจับbung การจับbungด้วยมือเปล่า จนกระทั่งถึงการหิ้วเลื่อยบนดัก วิธีการเพิ่มระดับความคาดหวังนี้ใช้ 2 วิธี คือ กลุ่มผู้รับการทดลองกลุ่มที่ 1 จะได้ดูตัวแบบกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแสดงให้เห็นว่า

ไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิด ผู้อื่นสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นได้ ตนเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน กลุ่มผู้รับการทดลองกลุ่มที่ 2 จะได้ลงมือปฏิบัติร่วมกับตัวแบบ ซึ่งแสดงขั้นตอนต่าง ๆ ให้ดูเป็นการลดความกลัวก่อนลงมือปฏิบัติ ก่อนและหลังทำการทดลองจะวัดความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งจะวัดความคาดหวัง 3 ด้าน โดยการทดลองจะได้รับรายการกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติเรียงลำดับจากง่ายหายาก ให้ผู้รับการทดลองคาดหวังว่าตนจะปฏิบัติได้ถึงความยากระดับที่เท่าไร เลือกระดับความมั่นใจจาก 0 ถึง 100 ว่าตนมั่นใจเพียงไรในการทำกิจกรรมที่คิดว่าทำได้สำเร็จ ในการวัดการแผ่ขยายความสามารถหรือการนำไปใช้ จะวัดระดับความยาก และความมั่นใจในการทำกิจกรรม เช่นเดียวกันนี้กับงูชนิดอื่นที่ไม่ได้ใช้ในการทดลอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า วิธีการเพิ่มระดับความคาดหวังทั้งสองวิธีสามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของผู้รับการทดลองได้แต่วิธีที่สอง คือ ให้ลงมือปฏิบัติร่วมกับตัวแบบ สามารถเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองได้สูงกว่า ทั้งสองวิธีนี้สามารถทำให้บุคคลเพิ่มความกล้าในการทำกิจกรรมและเพียรพยายามทำในสิ่งที่ตนไม่คิดว่าจะสามารถกระทำได้มาก่อน และพบว่าการพิจารณาว่าตนมีความสามารถที่จะทำงานได้ถึงระดับไหนสอดคล้องกับงานที่ทำได้ ยังมีระดับความมั่นใจในความสามารถของตนสูงก็จะมีความกลัวในการกระทำน้อยลง ก่อให้เกิดความพยายามที่จะทำงานในระดับความยากต่าง ๆ มากขึ้น

จากงานศึกษาวิจัยข้างต้น ได้ข้อมูลสนับสนุนทฤษฎี Bandura ที่ว่า เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนมากก็จะมีความพยายามมากในการทำงานที่ยากและน่ากลัวและการประสบความสำเร็จในการทำงาน จะเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของบุคคลด้วย

3.4 วิธีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura ได้เสนอแหล่งข้อมูลในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการที่คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการที่คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ 4 แหล่ง ดังนี้

3.4.1 การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) การกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ จะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนสูง โดยเชื่อว่า ถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีก หรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ตนจะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ แต่ถ้าล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่า และบั่นทอนความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าความล้มเหลวนั้น เกิดขึ้นก่อนที่ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะถูกสร้างขึ้น ถ้าหากบุคคลใดได้สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว ก็มักจะมีความพยายามในการทำ

กิจกรรมที่กำหนด และถึงแม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ก็ไม่ย่อท้อง่าย ประสบการณ์ของการประสบความสำเร็จมาก่อนเป็นแหล่งที่มาที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ผู้เรียนสามารถรับรู้หรือเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ได้เข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง ได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรม และได้สัมผัสด้วยตนเอง จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มนุษย์สามารถรับรู้จากเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม จากสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ประสาทตา รับรู้โดยการมองเห็น ประมาณร้อยละ 75 ประสาทหูรับรู้โดยการฟังประมาณ ร้อยละ 13 ประสาทผิวหนังรับรู้โดยการลูบคลำประมาณร้อยละ 6 ประสาทจมูกรับรู้โดยการดมกลิ่นประมาณร้อยละ 3 และประสาทลิ้นรับรู้โดยการลิ้มรสประมาณร้อยละ 3 (วาสนา ชาวหา, 2533)

3.4.2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Model) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ที่ประสบความสำเร็จในเรื่องใดเรื่องหนึ่งย่อมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้น ๆ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าตัวแบบนั้น มีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมากเท่าไร ก็ยังมีอิทธิพลมากขึ้น การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้ผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ การใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้

- 1) กระบวนการตั้งใจ (Attentional Processes)
- 2) กระบวนการเก็บจำ (Retention Processes)
- 3) กระบวนการกระทำ (Production Processes)
- 4) กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes)

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) กระบวนการตั้งใจ (Attentional Processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจรับรู้อย่างแม่นยำที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจเป็นตัวกำหนดว่า บุคคลสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกตต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัดเป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อนมาก เข้าใจง่าย และพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ของผู้สังเกต ซึ่งรวมถึงการเห็น การรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส ระดับการรับรู้ ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว

2) กระบวนการเก็บจำ (Retention Processes) บุคคลต้องจดจำลักษณะของตัวแบบ แล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อให้จดจำง่าย

การที่บุคคลมีการเก็บจำ จึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบทันที หรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง

3) กระบวนการกระทำ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้ นั้น มาเป็นการกระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำไว้ได้ จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมการเลียนแบบของตนจนเป็นที่พึงพอใจ

4) กระบวนการจูงใจ (Motivational Processes) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ อาจแสดงออกมาหรือไม่ ก็ย่อมขึ้นกับสิ่งล่อใจภายนอก ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่น่าพอใจ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ เช่นเดียวกับตัวแบบ จะมีแนวโน้มเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ เช่นเดียวกับตัวแบบ หรือเกิดความรู้แฉ่งว่าตนได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ

ประเภทของตัวแบบเสนอได้เป็น 2 ประเภทดังนี้ คือ (Bandura, 1977)

ประเภทที่ 1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live Modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ซึ่งสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2536) ได้เสนอลักษณะตัวแบบไว้ ดังนี้

1) ควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทั้งทางเพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ จำทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้น เหมาะสมและสามารถทำได้เพราะคล้ายคลึงกับตน ทำให้คิดว่าตนเองก็น่าจะทำได้

2) ควรเป็นผู้มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกตแต่ถ้ามีชื่อเสียงมากเกินไปจะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าพฤติกรรมนั้นไม่น่าเป็นจริงได้สำหรับผู้สังเกต

3) ควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกตหรือความสามารถสูงกว่าผู้สังเกตเล็กน้อย จึงจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองมากที่สุด

4) ควรมีลักษณะอบอุ่นและเป็นกันเอง

ประเภทที่ 2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การตูน ภาพยนตร์ เทปบันทึกภาพ ข้อเขียน หรือหนังสืออนินิยาย เป็นต้น (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2527 ; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536) ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีการสังเกตนั้น จะต้องมึลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ ดึงดูดใจให้ปฏิบัติตาม และมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ (Bandura, 1997)

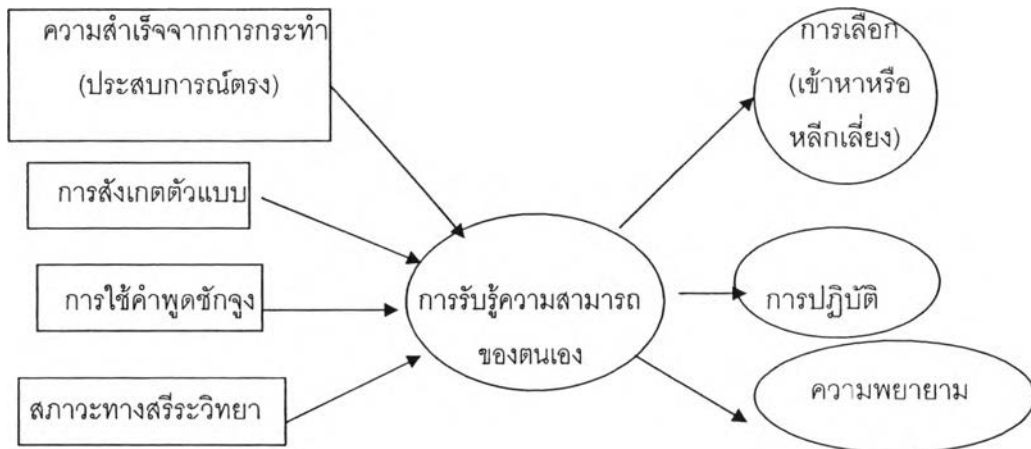
3.4.3 การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant Persuasion) แสดงออกโดยคำพูดว่า เขามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้นว่า จะสามารถทำกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงให้ความเชื่อความสามารถของตนเองนี้ ย่อมทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-Doubts) แต่เกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ เป็นการแนะนำ อธิบาย ชักชวน หรือใช้คำพูดชื่นชมผู้อื่นว่า มีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่บุคคลนั้น รู้สึกยุ่งยากที่จะตัดสินใจความสามารถของตนเอง วิธีนี้ที่นิยมใช้กันมาก แต่จะมีผลเพียงระยะสั้น ๆ และมีผลต่อการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบุคคลได้ไม่มากนัก ควรใช้ร่วมกับการให้บุคคลได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Bandura, 1977)

3.4.4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นอารมณ์ (Physiological and Affective States) ในการตัดสินใจความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคาม จะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวลทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งโดยทั่วไปคนเรามักจะทอดถอยและคิดถึงความล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ เมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหรือตึงเครียด หากบุคคลรับรู้ที่ตนมีความวิตกกังวลสูง จะขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมักจะตัดสินใจหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น หรือสถานการณ์นั้น บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อไม่ได้อยู่ในสถานการณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยสนับสนุนให้คุ้นเคยกับสถานการณ์นั้น ๆ มากขึ้นทีละน้อย ๆ การผ่อนคลาย การป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) การลดความรู้สึกโดยใช้สัญลักษณ์ (Symbolic Desensitization) ให้เกิดความมั่นใจว่า นั้นเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่เป็นปกติ และแนะนำว่าอาจเป็นปัจจัยด้านบวกในการกระทำ (Bandura, 1977)

จากการกล่าวถึงปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัย ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้มองเห็นภาพรวมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น Belz (1992) ได้เสนอรูปแบบของการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura ได้ตั้งภาพประกอบ 4 ซึ่งจากแผนภาพได้แสดงถึงการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของมนุษย์โดยผ่านจาก 4 ปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งได้แสดงไว้ในด้านซ้ายมือของภาพ ซึ่งจะเกิดขึ้นก่อนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนผลที่เกิดขึ้นภายหลังการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะแสดงไว้ในด้านขวาของภาพ ซึ่งจะเป็นลักษณะของพฤติกรรม

ที่มาของการรับรู้

ความสามารถของตนเอง



ภาพประกอบที่ 4 แสดงรูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเอง Bandura (Bezt, 1992)

ในการกล่าวถึงที่มาของการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 4 ปัจจัยมาแล้วนั้นได้มีผู้เสนอแนะในแต่ละปัจจัยที่เพิ่มเติม ไว้ดังนี้ (Hijelle and Ziegle, 1992; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2549; วิลาสลักษณ์ ชวัลลลี, 2538) ประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลวในการพยายามที่จะทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายนั้น คนที่มีประสบการณ์ที่เชี่ยวชาญมักมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง ส่วนคนที่พบกับความล้มเหลวก่อนมักมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และพบว่าคนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มีเหตุบางอย่างชักนำให้มีการกระทำพฤติกรรมอย่างหวาดกลัว ดังนั้นการพัฒนารับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นต้องฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการให้เกิดการรับรู้ว่าเขาสามารถที่จะทำกิจกรรมเช่นนั้นได้ ให้เขาได้ใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนมาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถ จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้ปรับปรุงถึงเป้าหมายที่ต้องการ

ส่วนการเรียนรู้จากการปฏิบัติของบุคคลอื่น สามารถเปลี่ยนระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ โดยการจัดให้เขาติดตาม และสังเกตพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับตน พบว่า มีระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น แต่ถ้าสังเกตบุคคลที่มีลักษณะล้มเหลว ก็ยิ่งจะทำให้ระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลงด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าตัวแบบมีผลต่อการเพิ่มหรือลดระดับของการรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลของตัวแบบจะก่อให้เกิดมาตรฐานทางสังคม ในการต่อสู้กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความสามารถของต้นแบบจะถ่ายทอดความรู้ และสอนผู้สังเกตเกี่ยวกับประสิทธิภาพในด้านของทักษะ และกลวิธีในการจัดการกับความต้องการของสิ่งแวดล้อม

การใช้คำพูดโน้มน้าวใจนั้นทุกครั้งจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ตามความจริงของตัวบุคคลด้วย เช่น พรสวรรค์ ความถนัด เป็นต้น เพราะอาจจะส่งผลให้ความเชื่อถือในตัวผู้ถูกโน้มน้าวลดลง ทำให้ผู้โน้มน้าวมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ผู้โน้มน้าวต้องมีบุคลิกภาพดี ถูกยอมรับในสถานภาพ มีความน่าเชื่อถือ วิธีการใช้คำพูดโน้มน้าวใจนี้เป็นวิธีง่ายและไม่ค่อยได้ผลดีนัก ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ผลดีต้องใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนควบคู่ไปด้วย

สภาวะทางสรีระวิทยาและอารมณ์มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลมักจะใช้ข้อมูลด้านสรีระวิทยาในการตัดสินใจความสามารถของตน เช่น -การตื่นเต้นมากเกินไป จะทำให้กิจกรรมได้ไม่ดี บุคคลจะคิดว่าตนทำได้สำเร็จเมื่อภาวะทางสรีระปกติ ไม่เครียด คนที่อารมณ์ดีจะส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองขึ้น ส่วนคนที่มีความซึมเศร้าก็จะลดการรับรู้ความสามารถของตนเองลง การฝึกให้บุคคลลดภาวะกระตุ้นอารมณ์ลงได้ จะช่วยเพิ่มความสามารถของตนเอง และช่วยเพิ่มผลการปฏิบัติงานสภาวะทางสรีระวิทยาที่กล่าวถึงความอ่อนล้า เหนื่อยหอบ และความเจ็บปวดด้วย

จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำ มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) มาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ศึกษาคาดว่า ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้ว่าตนเองสามารถมีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม และคิดว่าตนมีความสามารถเพียงพอ ผู้ดูแลก็จะทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้ป่วยจิตเภท

4. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน แนวคิดการพัฒนาโปรแกรม

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy theory) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีพื้นฐานทางปัญญาของ Bandura (1977) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว การตัดสินใจในการทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคลนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อในความสามารถและความคาดหวังในผลลัพธ์ การสร้างหรือส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นสร้างได้จาก 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3)

การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง 4) การกระตุ้นทางร่างกาย อารมณ์ และสรีระ เพราะเมื่อสร้างหรือส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจพร้อมและสามารถกระทำพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้อย่างมีศักยภาพ

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งเป็นการดำเนินรายครอบครัว ในบริเวณบ้านของผู้ดูแล ดำเนินกิจกรรมติดต่อกันทั้งหมด 5 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ครึ่ง ซึ่งจะเข้าเยี่ยมผู้ดูแลในครั้งแรกตามวันเวลาที่ผู้ศึกษากำหนด แต่การเข้าเยี่ยมผู้ดูแลในครั้งต่อไปเป็นไปตามที่ผู้ดูแลเป็นคนนัดหมายวันเวลา

ครั้งที่ 1 กระตุ้นความพร้อมทางอารมณ์และสรีระ การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูด

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ดูแลยอมรับและไว้วางใจในสัมพันธภาพกับพยาบาล
- เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วย

จิตเภท

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นการสร้างความพร้อมและแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ มากขึ้น การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการรักษา การรับประทานยา วิธีการตอบคำถามเมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานยา และอาการนำที่พบบ่อย การใช้คำพูดชักจูง เป็นการให้คำพูดอธิบาย การให้คำแนะนำชักชวนและกระตุ้นเพื่อให้ผู้ดูแลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย และมั่นใจในความสามารถของตนเอง โดยการใช้คำพูดชักจูงให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเกิดความพยายามและมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้การสอนเป็นรายครอบครัวเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะหรือพัฒนาความคิด ได้เกิดการเรียนรู้ ปัญหาที่เกิดจากการดูแลได้รับการแก้ไขได้ตรงประเด็น

กิจกรรม

1. กล่าวทักทาย แนะนำตัว และให้ผู้ดูแลแนะนำตัว
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม
3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างตัวแบบกับประสบการณ์เดิมที่เคยปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภท
4. ให้ความรู้โดยการสอนเรื่องโรคจิตเภทและการรักษา ยา การรับประทานยา อาการนำที่พบบ่อย

5. กล่าวสนับสนุนให้กำลังใจ แสดงความเชื่อมั่นผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. ให้ผู้ดูแลพูดถึงสิ่งที่ได้รับ และนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และจากสีหน้า ท่าทาง

ครั้งที่ 2 การทบทวนความสำเร็จ การรับรู้ความสามารถของตนเองจากการเรียนรู้

ผ่านตัวแบบ

วัตถุประสงค์

• เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สำเร็จ

• เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้จากการสังเกตตัวแบบที่ประสบความสำเร็จผ่านภาพวีดิทัศน์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้

สาระสำคัญ

การเรียนรู้ผ่านตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นวิธีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ ผู้ดูแลมองเห็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ประโยชน์จากการเรียนรู้ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และมีการแสดงออกที่เหมาะสม ส่งเสริมความเชื่อมั่นผู้ดูแลด้วยการให้ความรู้โดยการสอนเรื่อง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และวิธีการจัดการ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค และลดภาระในการดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้จัดให้ผู้ดูแลได้เห็นตัวแบบ ประกอบด้วย ภาพวีดิทัศน์ ซึ่งจัดทำขึ้นจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของพรทิพย์ ธรรมวงศ์ (2541) และกลุ่มการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของสุทธิรัตน์ อุทัย (2550) และคู่มือการดูแลผู้ป่วย

เนื่องจากภาพวีดิทัศน์ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยเป็นสื่อการสอน ซึ่งผู้สอนใช้ถ่ายทอดความรู้ เจตคติ และทักษะไปสู่ผู้เรียน ดังนั้น การสร้างภาพวีดิทัศน์และคู่มือการดูแลผู้ป่วย โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้คือ 1. เลือกหัวข้อเรื่อง ศึกษาว่า เนื้อหาที่จะสอนเป็นอย่างไร 2. ประเมินผู้เรียน เพื่อให้ทราบความต้องการและข้อจำกัดของผู้เรียน 3. กำหนดเนื้อหา วัตถุประสงค์ว่า ต้องการให้ผู้เรียนรู้อะไรบ้าง และทำการรวบรวมและจัดเนื้อหา 4. ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม 5. นำไปใช้จริง เมื่อทดสอบแก้ไขปรับปรุงจนมีคุณภาพดีแล้ว

กิจกรรม

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม
2. เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. กล่าวชมเชยในสิ่งที่คุณดูแลทำดีอยู่แล้วและเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุม
4. จัดให้ผู้ดูแลสังเกตตัวแบบผ่านภาพวิดีโอทัศน์ เพื่อใช้ประกอบการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
5. ให้ความรู้โดยการสอน เรื่อง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและวิธีการจัดการ
6. กล่าวสนับสนุนให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยกล่าวว่าพยาบาลมั่นใจว่าคุณดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
7. พยาบาลสรุปประเด็นความรู้ ให้ผู้ดูแลได้ซักถามในข้อที่ยังสงสัย
8. ผู้ดูแลพูดถึงที่ได้รับ และนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และจากสีหน้า ท่าทาง และการร่วมแสดงความคิดเห็น

ครั้งที่ 3 การกระตุ้นอารมณ์และสรีระ และพัฒนาทักษะการสื่อสารและการผ่อนคลายความเครียด

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลสุขภาพด้านร่างกายของตนเอง
- เพื่อให้ผู้ดูแลนำวิธีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการผ่อนคลาย

ความเครียดไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

สาระสำคัญ

การแสดงอาการทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย และการผ่อนคลายความเครียด เป็นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลลดการแสดงออกต่อผู้ป่วยด้วยการไม่วิพากษ์วิจารณ์ เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจัดให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ศึกษารับฟังและให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางแก้ไขตามความเหมาะสม และให้กำลังใจ

กิจกรรม

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม
2. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนการรับรู้และเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และการแก้ปัญหาของตนเอง การเผชิญความเครียด
4. เพิ่มเติมการดูแลสุขภาพที่ยังไม่ครอบคลุม
5. ให้ความรู้ โดยการสอนเรื่องทักษะการสื่อสาร และการแสดงบทบาทสมมติการสื่อสารด้านลบและด้านบวก
6. สาธิตวิธีผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกการหายใจ
7. ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทฝึกการหายใจ
8. ให้คำแนะนำ เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและของผู้ป่วย ในเรื่องการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ การพักผ่อนและการออกกำลังกายที่เหมาะสม
9. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม และพูดถึงสิ่งที่ได้รับ

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และจากสีหน้า ท่าทาง และการร่วมแสดงความคิดเห็น

ครั้งที่ 4 การทบทวนความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

สาระสำคัญ

การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการแสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการทดลองพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และ ปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองเป็นประสบการณ์ตรง จะมีผลต่อการรับรู้มากขึ้น เกิดความเชื่อมั่นว่า ควรมีความรู้ ความสามารถ ปรับตัวในบทบาทผู้ดูแล เพื่อให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจัดให้ผู้ดูแลเกิดประสบการณ์ตรงจากความสำเร็จของตนเองผ่านกิจกรรมการฝึกทดลองพฤติกรรมการดูแลที่บ้าน และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรม

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม
2. จัดให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาที่เกิดขึ้น ในการทดลองพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและวิธีการเผชิญปัญหา
3. เพิ่มเติมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ยังขาด
4. กล่าวชมเชยผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลทำกิจกรรมได้ดี ถูกต้อง และกล่าวแสดงความเชื่อมั่นผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. พยายามสรุปการทำกิจกรรมและปัญหาในการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย
6. ให้ผู้ดูแลพูดถึงสิ่งที่ได้รับและนัดหมายครั้งต่อไป

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และจากสีหน้า ท่าทาง และการร่วมแสดงความคิดเห็น

ครั้งที่ 5 การทบทวนความสำเร็จและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกประสบความสำเร็จในกิจกรรม เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การได้รับความรู้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ ประสบผลสำเร็จ จะมีผลทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมและมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมาก จะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มาก ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจัดให้ผู้ดูแลได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ในเขตที่รับผิดชอบ เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรม

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

2. ให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล
3. เพิ่มเติมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในส่วนที่ขาด
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
5. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถาม
6. ให้ผู้ดูแลพูดถึงสิ่งที่ได้รับ
7. พยาบาลสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ
8. กล่าวชมเชยผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลทำกิจกรรมได้ดี ถูกต้องและกล่าวแสดงความเชื่อมั่น

ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และจากสีหน้า ท่าทาง และการร่วมแสดงความคิดเห็น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วย ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรส การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการแสดงออกทางอารมณ์พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ป่วยซ้ำมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสมและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาการเผชิญหน้ากับผู้ป่วย และตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

Scazufca and Kuiper (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์และการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการทางบวกและอาการทางลบ จำนวน 50 ราย และญาติผู้ป่วยที่อาศัยกับผู้ป่วย และมีความใกล้ชิด ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อประเมินการแสดงออกทางอารมณ์และการดูแล และให้บอกถึงพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงมีความสัมพันธ์กับการดูแลสูงกว่าการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ และมีการรับรู้ความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยสูงกว่าในผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ดังนั้นการแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และสามารถคาดเดาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับญาติได้

Hall & Docherty (2000) ศึกษาการทำนายการแสดงอารมณ์ ของพ่อแม่ ผู้ป่วยจิตเภท การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการเผชิญความเครียด และพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าวทำให้พ่อแม่มีการวิจารณ์พฤติกรรมในระดับสูงขึ้น

King et al. (2003) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดา ผู้ป่วยจิตเภท ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 41 ราย ซึ่งมีมารดาเป็นผู้ดูแล ประเมินการแสดงออกทางอารมณ์โดยใช้เครื่องมือ CFI ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการทางจิต เช่น อยู่ไม่เป็นสุข ความเครียด และอารมณ์เศร้าในผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ยุพาพิน ประสารธิดคม (2535) ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ซึ่งเป็นการศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวและความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน โดยทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน พบว่า ภายหลังจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังเสนอแนะให้หน่วยงานหรือพยาบาลที่รับผิดชอบในการเตรียมผู้ป่วยเรื้อรังก่อนกลับบ้าน ให้เวลาแก่ญาติในการเรียนรู้แลฝึกหัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจนมีความมั่นใจก่อนกลับบ้าน และการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านมีประสิทธิภาพ

นันทนา รัตนกร (2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ลักษณะโครงสร้าง และเศรษฐกิจของ ครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวมี

ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอยู่ในระดับมากร้อยละ 75.1 ในความคิดของญาติ คิดว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวได้ร้อยละ 94.9 พร้อมจะรับภาระทางด้านเศรษฐกิจร้อยละ 85.4 คิดว่าคนในครอบครัวมีเวลาพอที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ร้อยละ 63.1 เต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านร้อยละ 95.4 คิดว่าผู้ป่วยมีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อครอบครัวร้อยละ 89.1 เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้วไม่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดหรือเดือดร้อนมากกว่าเดิมร้อยละ 72.9 และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยขณะที่ยังอยู่ที่บ้านนั้นครอบครัวส่วนใหญ่ขาดความรู้และขาดการให้คำแนะนำของญาติเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จึงพบว่าผู้ป่วยเคยขาดยาและมารับยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 54.3 และคิดว่าผู้ป่วยหายแล้วร้อยละ 40.0 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำได้

พันธ์ศักดิ์ วราห์ศวปติ (2540) ได้ศึกษา การพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการศึกษาความสามารถของผู้ป่วยจิตเวชในการช่วยเหลือตนเอง ภายหลังได้รับการดูแลจากญาติ และชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 11 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้ถึงร้อยละ 100 มีความสามารถในการร่วมกิจกรรมของครอบครัวด้วยตนเองร้อยละ 90.9 มีความสามารถในการประกอบอาชีพด้วยตนเองร้อยละ 81.8 และมีความสามารถในการร่วมกิจกรรมของชุมชนร้อยละ 63.6

สุวิมล สมัตถะ (2541) ได้ศึกษา ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ในเขตจังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน พบว่า แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง

อรนุช เชาว์ปรีชา (2539) ได้ศึกษา ผลการสอนโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายโรคของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี หลังได้รับการสอนโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสอนตามปกติ และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปรียะดา ภัทรสังจธรรม (2546) ได้ศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด

หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ศรีณธร มังคะมณี (2547) ได้ศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ขวัญใจ รุ่งเรือง (2549) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาทำงานนอกรบ้าน พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ทำงานนอกรบ้านที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ลัดดาวัลย์ ภวเวส (2549) ได้ศึกษา การใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของมารดาในสถาบันราชานุกูล พบว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของมารดาหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

กรอบแนวคิด

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน 5 ครั้ง

ครั้งที่ 1 การกระตุ้นความพร้อมทางอารมณ์และสรีระ การได้รับคำแนะนำหรือการช้กุงด้วยคำพูด

- การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล
- การได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท และการรักษา

ครั้งที่ 2 การทบทวนความสำเร็จ การรับรู้ความสามารถของตนเองจากการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ

- การทบทวนความสำเร็จการกระทำด้วยตนเอง
- การเรียนรู้จากตัวแบบวิดิทัศน์ และคู่มือการดูแลผู้ป่วย
- การเรียนรู้เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและวิธีการจัดการ

ครั้งที่ 3 การกระตุ้นทางอารมณ์และสรีระ และการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการผ่อนคลายความเครียด

- การเรียนรู้/ฝึกทักษะ การดูแลตนเอง/การดูแลผู้ป่วย
- การเรียนรู้/ฝึกทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
- การฝึกทักษะสื่อสาร/การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

ครั้งที่ 4 การทบทวนความสำเร็จ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- การสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและการเผชิญปัญหา

ครั้งที่ 5 การทบทวนความสำเร็จและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- การทบทวนความสำเร็จและคาดการณ์อนาคตกับการเผชิญปัญหา

การแสดงออกทางอารมณ์
ด้านบวก

- การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร

- การแสดงความชื่นชม

ด้านลบ

- การวิพากษ์วิจารณ์
- การแสดงความไม่เป็นมิตร
- ความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป