

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท
2. ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. กลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา

โรคจิตเภท

ความหมาย

จิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการแสดงความคิดผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้
ด้านสติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตัวเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และ
การขาดแรงจูงใจ โดยอาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมัก
จะเกิดอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 1992)

อาการแสดงโรค

การวินิจฉัยโรคจิตเภท มักจะใช้เกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ลักษณะอาการแสดง ผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 อาการ (ถ้าอาการ
ชัดเจน) หรือ 2 อาการ (ถ้าอาการไม่ชัดเจน) และอาการจะแสดงอยู่เป็นระยะเวลา 1 เดือน (มาโนช
หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542; WHO, 1992)

1. อาการหลงผิดคิดว่าความคิดถูกควบคุมเช่น เชื่อว่ามีคนอื่นใส่ความคิดเข้ามาในตนเอง
(thought insertion) มีความรู้สึกลัว ๆ ความคิดเกิดหายไปกระทันหัน จากการทำมีบุคคลหรืออำนาจ
ภายนอกมาดึงความคิดออกไป (thought withdrawal) รู้สึกว่าความคิดของตนเองแผ่ออกไปภายนอก
จนคนอื่น ๆ รอบข้างทราบว่าคุณคิดอะไรอยู่ (thought broadcasting)

2. เชื่อว่าอารมณ์ความรู้สึก แรงผลักดัน หรือการกระทำที่มีในขณะนั้นมีใจของตนเอง แต่เป็นอำนาจจากภายนอกมาควบคุมบังคับให้เป็นเช่นนั้น ตนเองเป็นเหมือนหุ่นที่คอยทำตามการควบคุม (delusion of control) ผู้ป่วยมีการรับรู้ปกติ แต่เชื่อมโยงเหตุการณ์ที่รับรู้เข้ากับความหลงผิดของตนเองที่เกิดขึ้นมาในขณะเกิดเหตุการณ์นั้น ทั้ง ๆ ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน (delusional perception)

3. ผู้ป่วยมีหูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดหรือวิจารณ์ถึงการกระทำหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย หรือเสียงคนถกเถียงกัน โดยมีเนื้อหาพาดพิงถึงตัวผู้ป่วย หรือ ได้ยินเสียงจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

4. มีความหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญทางศาสนา หรือการเมือง หรือมีความสามารถพิเศษเหนือคนธรรมดา

หรือมีอาการแสดงต่อไปนี้ชัดเจนอย่างน้อย 2 อาการในช่วงเวลา 1 เดือน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2542; WHO, 1992)

1. มีประสาทหลอนอยู่เนืองน่วม ร่วมกับอาการหลงผิดที่ไม่ชัดเจน โดยที่ไม่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับเรื่องของอารมณ์อย่างชัดเจน นานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน

2. กระแสความคิดหยุดชะงักหรือขาดช่วง ทำให้การพูดไม่ติดต่อกัน หรือใช้ศัพท์ที่มีแต่ตนเองที่เข้าใจ (neologisms)

3. พฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ ได้แก่ ตัวแข็ง อยู่ท่าเดียววนวน ๆ เหมือนหุ่น

4. อาการด้านลบ หรืออาการแสดงที่น้อยกว่าสภาพจิตปกติ ได้แก่ ไร้อารมณ์ พูดน้อย หรือไม่พูด การแสดงออกของอารมณ์ลดลงมาก ทำให้ขาดการเข้าสังคม ซึ่งอาการด้านลบนี้ไม่ใช่เกิดจากภาวะซึมเศร้า หรือจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต

5. อุปนิสัยบางอย่างเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน ได้แก่ ไม่สนใจสิ่งต่าง ๆ ไร้จุดหมายในชีวิต เกียจคร้าน หมกมุ่นกับตนเอง และไม่เข้าสังคม

สรุป โรคจิตเภทมักจะมีพบในวัยรุ่น อาการแสดงโรคเริ่มแรกผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่การทำงาน และสังคมบกพร่อง เช่น หนีโรงเรียน ใช้สารเสพติด หรือญาติเสียชีวิต อาการแสดงโรคอาจจะเกิดนานเป็นเดือนหรือนานเป็นปีก่อนที่จะมีอาการทางจิตชัดเจน

การดำเนินโรค

แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (American Psychiatric Association, 1994)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมี ปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงแสดงอาการชัดเจนขึ้น

2. ระยะแสดงอาการชัดเจน (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิต ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มอาการด้านบวก หรือมีอาการแสดงที่กินสภาพจิตปกติ คือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่าแต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะแสดงอาการชัดเจน ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีอาการ กลับเป็นซ้ำ จะเกิดระหว่าง 5 ปีแรก หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง มีปัญหาการดำรงชีวิต ไร้จุดหมาย ยากจน บางครั้งจะมีอาการซึมเศร้า เป็นภาวะแก่ครอครว และสังคม

เหตุปัจจัยของโรคจิตเภท

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคจิตเภทมีเหตุปัจจัยส่งเสริมหลายปัจจัย อาทิ เช่น (WHO, 1992)

1. ปัจจัยทางพันธุกรรม จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทพบว่าพี่น้องของผู้ป่วยโรคจิตเภทและบุตรที่มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนทั่วไป คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน (monozygotic twins) พบว่าในร้อยละที่คนหนึ่งป่วย จะพบ 40-50 คู่ที่อีกคนหนึ่งป่วยตามไปด้วย (Kaplan & Sadock, 1998)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี พ่อแม่มีความขัดแย้งกันบ่อย ๆ มีชีวิตสมรสไม่ราบรื่น การดำเนินชีวิตในครอบครัวแตกแยก ขาดความรัก ความอบอุ่นในวัยเด็ก และได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม อาทิเช่น การควบคุมจนเกินไป การประคับประคองจนเกินไป การมีแม่ที่อารมณ์ไม่คงที่ รวมถึงการแสดงออกแบบพูดอย่างทำอย่าง (สุวัทนา อารีพรรค, 2524)

3. ปัจจัยชีวเคมีของสมอง จากการศึกษาพบว่า นิวโรทรานสมิตเตอร์ (neurotransmitter) และ เมตาโบไลต์ (metabolites) ของนิวโรทรานสมิตเตอร์ในสมองส่วนกลางหลายตัว เช่น อะเซทิลโคลีน (acetylcholine) โดปามีน (dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และซีโรโตนิน (serotonin) เป็นสาเหตุของโรคจิตเภท สมมติฐานทางชีวเคมีที่สำคัญเกี่ยวกับการเกิดโรคจิตเภท มี 3 ประการ คือ

3.1 Transmethylation hypothesis สมมติฐานนี้เชื่อว่า Transmethylation หรือการเติม methyl group (- CH₃) เข้าไปในโมเลกุลของ catecholamine metabolites จะทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยเฉพาะถ้าคนนั้นๆมีความตึงเครียดจะมี catecholamine หลั่งออกมามาก ทำให้สารพิษนี้เกิดขึ้นในสมองมาก นอกจากนั้นยังพบว่า methylated products ของ biogenic amines อีกหลายตัวก็ออกฤทธิ์หลอนประสาทได้

3.2 Dopamine hypothesis สมมติฐานนี้ก็เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากมีการเพิ่มของ dopamine ที่ dopamine synapse ในสมอง

3.3 Dopamine-norepinephrine imbalance สมมติฐานนี้เชื่อว่า การเกิดโรคจิตเภทไม่ใช่เพราะมีการเพิ่มของ dopamine อย่างเดียว แต่ต้องมีการขาด norepinephrine ด้วย ซึ่งทำให้ระดับของ dopamine และ norepinephrine ในสมองขาดความสมดุล ตัวที่ทำให้เกิดการเสีย สมดุลย์ คือ เอนไซม์ dopamine -β- hydroxylase ซึ่งเป็นตัวเปลี่ยน dopamine เป็น norepinephrine ถ้าเอนไซม์นี้ขาดไปหรือลดลง dopamine จะเปลี่ยนเป็น norepinephrine ไม่ได้หรือเปลี่ยนได้น้อย ทำให้จำนวน dopamine มีมากในขณะที่ norepinephrine ลดลงและเกิดอาการของโรคจิตเภท (สุวทนา อารีพรพรค, 2524)

4. บุคลิกภาพ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมักมีบุคลิกภาพที่โน้มเอียงไปในทางที่จะป่วยอยู่แล้ว คือ ไม่ชอบเข้าสังคม พูดน้อย เก็บตัว ไม่มีเพื่อนไม่ไวใจคน หวาดระแวง และอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าคนทั่ว ๆ ไป (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536)

แนวคิดในการรักษาพยาบาล การรักษาพยาบาลแบ่งเป็น 2 ลักษณะ

1. การรักษาพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงมักจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช การรักษาที่สำคัญที่สุดคือ การรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการรุนแรงของโรค การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยจิตบำบัด และการรักษาด้วยสิ่งแวดลอมบำบัด ปัจจุบันการรักษาในโรงพยาบาลใช้เวลาสั้น อาจเพียงสองถึงสามสัปดาห์ ประกอบกับแนวโน้มของการรักษาต้องการให้ผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยการรักษาในระยะนี้ได้แก่ (American Psychiatric Association, 1994)

1.1 การรักษาด้วยยา เป็นการรักษาหลัก เนื่องจากยาไปช่วยแก้ไขความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรค กลุ่มยาที่ใช้คือ กลุ่มยาด้านโรคจิต (antipsychotic drugs) ซึ่งมีฤทธิ์ในการรักษาอาการแสดงของโรค เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิดและความคิดที่ไม่มีระเบียบแบบแผน ซึ่งต้องใช้เวลานานเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล (จำลอง คิชชวนิช, 2522)เมื่ออาการเริ่มทุเลา ผู้ป่วยพอจะควบคุมตนเองได้แล้ว การติดต่อสื่อสารดีขึ้น ผู้ป่วยก็ยังคงได้รับการรักษาด้วยยาแต่ขนาดของยาจะลดลง ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับยาต่อไปอีกอย่างน้อย 6 เดือนจนกระทั่ง

อาการคงที่ ก็ยังต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ทำให้ลดการอยู่โรงพยาบาล และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับยาต่อไปอีกประมาณ 1-2 ปี ซึ่งการรักษาด้วยยาจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน คอปิด กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมาตลอดเวลา มีกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ขยับตัวลำบาก เดินไม่แกว่งแขน

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่การรักษาโดยให้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำจำนวนหนึ่งผ่านสมองบริเวณที่กำหนดเพื่อกระตุ้นให้เกิดอาการชักแบบทั้งตัว (generalized seizure) การรักษาด้วยไฟฟ้าจะใช้ก็ต่อเมื่อการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีอาการตัวแข็ง (catatonic) รุนแรง เช่น ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและยา หรืออะอะไวยาวมาก ๆ อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการมีนงง สับสนจะหายไปผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม ซึ่งอาการนี้จะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ทำ เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อยๆดีขึ้นและหายไปภายใน 3-6 เดือน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

1.3 การรักษาทางจิตสังคม

1.3.1 จิตบำบัดแบบประคับประคองทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยทันที หรือแก้ปัญหาโดยเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ผู้ป่วยที่แสดงท่าทีคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นอย่างรุนแรง ผู้รักษาจะต้องปลอดภัยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อทำให้ผู้ป่วยลดทอนท่าทีที่คุกคามลง ผู้รักษาจะต้องคอยช่วยเหลือผู้ป่วยและให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยอย่างจริงใจ

1.3.2 พฤติกรรมบำบัด จุดมุ่งหมายคือแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยผู้รักษาจะให้แรงจูงใจ และเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสม แนะนำการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้หรือพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต

1.3.3 ครอบครัวบำบัด มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การกระทำหน้าที่ของครอบครัวทั่ว ๆ ไปดีขึ้น ครอบครัวมีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นผู้คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในการรักษาต้องให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การใช้อารมณ์ของคนในครอบครัว ได้แก่ การเข้าไปยุ่งกับผู้ป่วยมากเกินไป ท่าทีที่ไม่เป็นมิตร และการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในแง่ลบ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ผู้รักษาต้องแนะนำวิธีการควบคุม การแสดงออกของอารมณ์ สอนวิธีลดความเครียด

1.3.4 นิเวศน์บำบัด เป็นการรักษาโดยใช้สิ่งแวดล้อม เน้นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ให้เหมาะสมกับสภาพจิตใจของผู้ป่วย

2. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะช่วงสั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ครังคสมบัติ, 2540) และในช่วงนี้ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือให้มีวิถีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยทั่วไปคำแนะนำและการช่วยเหลือที่บุคลากรทางสุขภาพจิตมักจะให้กับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีดังนี้ (Horowitz, 1982 cited in Davis, 1992)

1. การดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญคือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1.1 การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

1.2 การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตัวได้ แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

1.3 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ขาดชิน ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือน ให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางราย ผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานและติดต่อกับโรงพยาบาลเดิมเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

1.4 การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานยาที่ตรงเวลาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาลังอาหาร ได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานยาที่ไม่มีคุณค่า

นอกจากจะไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้วอาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีการทางการเงินเพิ่มขึ้น ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่อร่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

1.5 การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดลอม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วย ปฏิบัติตนให้เหมาะสม ถูกกาลเทศะ

1.6 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือ ในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุ หรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

1.7 การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจจะเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ขุดดิน คายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกาย ได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

1.8 การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทาน อาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

1.9 การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

1.10 การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตรรวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

1.11 การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (emotional and psychological support) ผลจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต เช่นว่างงาน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสี่ยงสภาพลักษณะของตนเอง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็น หัวหน้าครอบครัว เลขประกอบอาชีพมีรายได้อาจจุนเจือครอบครัว เมื่อป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสถานภาพทางสังคม

เปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ แก่ผู้ป่วยประกอบด้วย

2.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าที่ไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้น ๆ สำเร็จแม้จะเป็นเพียงกิจกรรมเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.2 การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

2.3 การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อจะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

3. การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่นการขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

4. การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำรักษาพยาบาล ตลอดทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ให้ความหมายของคำว่า“ภาวะ”หมายถึง ภาระหนัก การงานที่หนัก หน้าที่ที่ต้องรับเอา มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับภาระหลากหลายแตกต่างกันไป ทอมสันและคอลลี (Thompson & Doll, 1982) มองว่าภาระของผู้ดูแลเป็นความเค็ดรื้อนทางด้านจิตใจ ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกขุ่นเคืองใจ และรู้สึกว่แบกรับภาระเกินตัวของสมาชิกในครอบครัว ส่วนพอลช็อกและดีมลิง (Poulshock & Deimling, 1984) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ถึงความยากลำบาก ที่มีความสัมพันธ์กับความอับอาย และความรู้สึกเกินกำลัง ความแตกแยกหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลาย ๆ ด้าน ในชีวิตของผู้ดูแล เช่นความยุ่งยากเกี่ยวกับการเงิน ความเครียดและความเหนื่อยล้า รวมทั้งมีปัญหาทางสุขภาพกาย เช่นเดียวกับ แพลท (Platt, 1985) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลหมายถึงการปรากฏของปัญหาและความยุ่งยากต่าง ๆ ที่ไปมีผลกระทบต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ภาระที่เกิดขึ้นกับครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ เช่น

การเงิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของสมาชิกในครอบครัว การใช้เวลาว่างและการสังสรรค์ร่วมกันมีผลต่อสุขภาพกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัว เช่นเดียวกับจอร์จและไกวเธอร์ (George & Gwyther, 1986) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลเป็นความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม นอกจากนั้น บูล (Bull, 1990) กล่าวว่าภาระของผู้ดูแล เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสมาชิกของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเป็นผลอันไม่พึงปรารถนาของผู้ดูแล ส่วนมิลเลอร์, แมคฟอล และมอนต์โกเมอรี (Miller, McFall & Montgomery, 1991) กล่าวว่าภาระของผู้ดูแลเป็นผลสะท้อนจากความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียดของผู้ดูแล

มอนต์โกเมอรี, กอนเยียและฮอยแมน (Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985) มองว่าภาระของผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 มิติ คือภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับ กิจกรรมการดูแลโดยตรง เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลงมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ ส่วนภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่นความรู้สึกเบื่อคร่ำครวญ ความอับอาย ความโกรธ ความขมขื่น ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ

มีการศึกษาผลของภาระจากการดูแล ดังเช่น ไพและคาเปอร์ (Pai & Kapur, 1981) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงในด้านเศรษฐกิจและงานประจำของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 24 ราย พบว่าผู้ดูแลมีความตึงเครียดทางด้านเศรษฐกิจ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัวถูกขัดขวาง และเกิดความเครียดขึ้นกับผู้ดูแล ส่วนทอมสันและดอลล์ (Thompson & Doll, 1982) สํารวจความคิดเห็นจากญาติผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 125 รายในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่าคนแบกภาระหนักยิ่งร้อยละ 72 มีความรู้สึกอับอายร้อยละ 46 รู้สึกเหมือนติดกับร้อยละ 42 ขุ่นเคืองใจร้อยละ 40 ขาดการเอาใจใส่ต่อสมาชิกในครอบครัวเนื่องจากใช้เวลาดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 30 การศึกษาของจอร์จและไกวเธอร์ (George & Gwyther, 1986) พบว่า ความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้นเป็นประจำ มีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการให้การดูแลผู้ป่วย ส่วนการศึกษาของบูล (Bull, 1990) พบว่าภาระในการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ โอเบิร์ตและฮิวส์ (Oberst & Hughes, 1991) อังใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยมักก่อให้เกิดความต้องการซึ่งผู้ดูแลจะต้องใช้เวลาและความพยายามในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เป็นรูปแบบที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าภาระในการดูแล (caregiving burden) สอดคล้องกับการศึกษาของ วอลฮาเจน (Walshagen, 1993) ศึกษาความยากลำบากและผล

กระทบต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า มีความยากลำบากมากในการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และมีแนวโน้มว่าจะเกิดกลุ่มอาการของความเครียดได้และวิภาวรรณชะอุ่ม (2536) ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาพบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลปานกลางและมีผลกระทบต่อความผาสุกของผู้ดูแลค่อนข้างสูง ส่วนสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) ศึกษาในภรรยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางสมองพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลค่อนข้างสูงและมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดปานกลาง และกรีนเบิร์ก, กรีนเลย์, แมคคี, บราวน์ และ กริฟฟิน-ฟรานเซล (Greenberg, Greenley, McKee, Brown & Griffin-Francell, 1993) ศึกษาผลของภาระเชิงอัตนัยต่อภาวะสุขภาพของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 90 ราย พบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาป (stigma) และความรู้สึก กังวล (worry) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ร่างกายของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินอกจากนั้น รุจา ภูไพบูลย์ (2535) ยังกล่าวอีกว่าภาระทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหู่กำลังใจในการทำงานเดียวกับ ซีเกล, ราวีส, มอร์ และเฮาท์ (Seigel, Raveis, Mor & Houts, 1991 cited in Loukissa, 1995) ศึกษาความคงทนกับภาระของผู้ดูแลของคู่สามีภรรยาจำนวน 295 คู่พบว่า ภาระเชิงปรนัยมีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยมากกว่าภาระเชิงอัตนัยและภรรยามีภาระมากกว่าสามีนอกจากนี้ เอคส์ (Eakes, 1995) ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ยากของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง จำนวน 10 คู่ พบว่า บิดามารดาที่มีความรู้สึกเสียใจ โกรธ สับสน สิ้นหวัง เกิดความยุ่งยากใจมากเมื่อทราบว่าบุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ทำให้บิดามารดาที่มีความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นตลอดเวลา สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะบิดา มารดา มีภาระในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนเพราะกิจกรรม การดูแลเป็นงานที่ไม่รู้จักจบสิ้น รวมทั้งการดำเนินชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลง ไปส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ นอกจากนี้ โพรเวนเซอร์ (Provencher, 1996) ได้ศึกษาผลของภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 70 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหนึ่งเดือน พบว่า เกิดผลกระทบในด้านลบกับผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คือ สัมพันธภาพที่ตึงเครียดภายในครอบครัวร้อยละ 74 ปัญหาทางอารมณ์ร้อยละ 57 ปัญหาทางด้านสุขภาพร้อยละ 53 รวมทั้งผู้ดูแลเกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิต การทำงาน ทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ไม่มีเวลาพักผ่อน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก ส่วนโจนส์ (Jones, 1996) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง โดยศึกษาถึงทดลองระยะยาว (longitudinal quasi-experimental study) ศึกษามากกว่าสามปีเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 1991-1994 จำนวน 514 ราย โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่หนักแต่ผู้ดูแลก็ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความขัดแย้งกันเกี่ยวกับความต้องการที่มากเกินไปของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอึดอัดใจ ส่งผลให้

ภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลสูงขึ้น นอกจากนี้แฮทฟิลด์ (Hatfield, 1987 อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) ตำรวจสภาพความเคียดแค้นของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในสหรัฐอเมริกาจำนวน 89 ราย พบว่า การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดแก่ครอบครัวร้อยละ 65 ครอบครัวมีความวิตกกังวลร้อยละ 30 การเจ็บป่วยก่อให้เกิดความยุ่งยากกับบรรดาพี่น้องร้อยละ 27 ทำให้ชีวิตในสังคมของครอบครัวยุ่งเหยิงร้อยละ 20 และครอบครัวมีความรู้สึกเศร้าเสียใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยร้อยละ 22

สรุป การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลมีภาระทั้งในเชิงปรนัย และเชิงอัตนัย

ปัจจัยที่มีผลต่อภาระ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษา และรายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาระ

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมาอาจมีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลได้ บูล (Bull, 1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแล และภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ครั้งแรกหลังออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน ผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ร้อยละ 27 และร้อยละ 17 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ส่วนโอเบิสท์, โทมัส, แกส และวอร์ด (Oberst, Thomas, Gass, & Ward, 1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการรักษากับภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบำบัดพบว่า ระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าระยะเวลาในการรักษาผู้ดูแลจะรับรู้ภาระในการดูแลมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาทั้งสองกรณีมีความขัดแย้งกันจึงไม่อาจสรุปทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลกับความรู้สึกเป็นภาระได้

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกันและคนใกล้ชิด อาจมีฐานเริ่มมาจาก “ มีความสนใจร่วมกัน” จึงมีความสัมพันธ์ต่อกันหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคลภายใต้สถานการณ์

แต่ละอย่าง การช่วยเหลือเกื้อกูลที่ได้รับจากกันจึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shives, 1986)

การศึกษา การศึกษาจะช่วยทำให้บุคคลมีข้อมูล และความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ รวมทั้งมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการเผชิญและแก้ไขปัญหาลักษณะต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาที่ด้อยกว่า การศึกษามีผลต่อการพัฒนาสติปัญญาช่วยในการตัดสินใจ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยมีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Orem, 1985)

รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิตมีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985) มอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery, et al., 1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาระของผู้ดูแลอธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อยสอดคล้องกับ บูล (Bull, 1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลจากสมาชิกครอบครัว ที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังพบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแล หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือนอธิบายได้ว่า ครอบครัวที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย จากการศึกษาทั้งสองกรณีสรุปได้ว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย

การประเมินภาระของผู้ดูแล

เนื่องจากแนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลมีความหลากหลายแตกต่างกันไป จึงยังไม่มีเครื่องมือประเมินภาระที่เป็นมาตรฐาน การประเมินภาระจึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้สึกของนักวิจัยในการสร้างเครื่องมือตามแนวคิดของตนเอง (Thompson, Futterman, Gallagher-Thompson, Rose, & Lovetts, 1993) เครื่องมือส่วนใหญ่อาศัยตัวบ่งชี้ภาระสองมิติ คือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย (Miller et al., 1991) ซึ่งภาระเชิงปรนัยจะแสดงถึงความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแล เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัว ความมีอิสระ การมีกิจกรรมในสังคม การทำงาน และภาวะสุขภาพ (Montgomery et al., 1985) ส่วนภาระเชิงอัตนัยจะเป็นทัศนคติ ความรู้สึก หรือปฏิกิริยา

ทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Montgomery, et al., 1985: Platt, 1985) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมของภาระในแต่ละมิติที่ได้ สามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆ ได้ จึงสะท้อนให้เห็นถึงผลของการรับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยในแง่มุมที่แตกต่างกัน และเครื่องมือประเมินภาระของผู้ดูแลทั้งสองมิติรวมกันเป็นมิติเดียว (Kosberg, Cairl, & Keller, 1990) การประเมินในลักษณะนี้คะแนนรวมที่ได้จะแสดงถึงภาระของผู้ดูแลซึ่งไม่สามารถแยกมิติของภาระได้ และเครื่องมือที่ประเมินภาระของผู้ดูแลด้วยภาระประเภทเดียว คือ ภาระเชิงอัตนัย (Poulshock & Deimling, 1984; Jones, 1992) จะเห็นได้ว่า เครื่องมือประเมินภาระของผู้ดูแลแต่ละมิติซึ่งตีปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่สนใจเป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ดูแลอีกกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาแตกต่างกัน ดังนั้น การที่จะนำเครื่องมือมาใช้จึงต้องประเมินว่า เครื่องมือนั้นสามารถประเมินภาระของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะใด รวมทั้งมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ต้องการศึกษาเพื่อที่จะให้การประเมินภาระของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกแนวคิดการมองภาระของผู้ดูแลตามแนวคิดของ มอนต์โกเมอรีและคณะ (Montgomery, et al., 1985) ซึ่งมองภาระของผู้ดูแลแยกเป็นสองมิติคือ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย ผู้ศึกษาเห็นว่าเป็นการมองภาระที่ชัดเจนและครอบคลุมมากที่สุด รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาระของผู้ดูแลตามแนวคิดนี้ได้สร้างขึ้น โดยแยกภาระทั้งสองมิติออกจากกันซึ่งจะทำให้การประเมินภาระของผู้ดูแลในมิติที่แตกต่างกันได้อย่างถูกต้อง

จากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมา เมื่อพิจารณาถึงที่มาของการเกิดภาระของผู้ดูแลแล้ว พบว่าภาระเกิดจากกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย และการประเมินของผู้ดูแล ซึ่งตัวแปรทั้งสองขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่เป็นสิ่งแวดล้อมของการดูแล ซึ่งนอกจากการดูแลจะมีผลต่อภาระแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบต่อภาระ เช่น ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษารายได้ของครอบครัว

กลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา

ความเป็นมาของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา

ทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือการวางแผนช่วยเหลือครอบครัวและผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่ามีโครงการในเชิงจิตศึกษาอย่างมีโครงสร้าง (structured psychoeducational programs) หลากหลายลักษณะถูกสร้างขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในด้านการศึกษา และการประคับประคอง (Fink, 1981 ; Herz , 1984 cited in Harter , 1988) อาทิเช่น กลุ่มเครือข่ายการช่วยเหลือ กลุ่มพัฒนาทักษะการปรับแก้ความเครียด กลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจ กลุ่มพัฒนาการสื่อสาร กลุ่มแก้ไขปัญหา และกลุ่มส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพจิตและครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มสอนความรู้เรื่องยาและอาการแสดงโรค กลุ่มปรึกษาหารือเพื่อการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยซึมเศร้า ผลลัพธ์ของกลุ่มเหล่านี้พบว่า ช่วยให้ความร่วมมือในการรักษามีมากขึ้น เพิ่มทักษะการปรับแก้ความเครียด และสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจต่อกันมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า โปรแกรมให้การศึกษาแก่ครอบครัวยังสามารถทำได้ที่บ้านของผู้ป่วยหรือในชุมชน โดยทั้งครอบครัวและตัวผู้ป่วยได้รับการสอนไปพร้อม ๆ กันในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการกับสภาพแวดล้อมและการแก้ปัญหาทั่ว ๆ ไป (Harter , 1988) สำหรับในประเทศไทย ธีระถิณานันทกิจ, พิเชฐ อุคมรัตน์ และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ (2542) ศึกษาผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิต ได้มอบหมายให้โรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่งศึกษานำร่องโครงการให้จิตศึกษา (psychoeducation) แก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องโรคจิตเภท ซึ่งจะนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเชื่อว่าผลของความร่วมมือจะสามารถลดอัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทลดลงจากร้อยละ 75 เหลือประมาณร้อยละ 15 และจะทำให้ภาระต่าง ๆ ทั้งทางด้านเวลา เศรษฐกิจ จิตใจ ทั้งของผู้ป่วย ครอบครัวลดลงเมื่อครบ 1 ปี ประเมินผลโครงการ พบว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้เข้ากลุ่มจิตศึกษา สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดี ผู้ป่วยร้อยละ 50 ไม่ต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ในช่วง 1 ปี หลังจากที่ญาติได้เข้ากลุ่มจิตศึกษา

ในระยะหลัง ๆ พบว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะของการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high emotional expression) เมื่อได้รับการประคับประคองจากบุคลากรสุขภาพจิต ได้รับการเข้าไปเกี่ยวข้องช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ และได้รับการสอนความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อม ๆ กัน

กลายเป็นแนวทางที่ได้ผลดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคร้ำ (Hen , 1984 ; McGill ; 1983 cited in Harter , 1988)

รายงานการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาปรากฏการณ์ 5 ลักษณะ ของกลุ่มระดับประคองที่มีจิตศึกษาประกอบร่วมด้วย (psychoeducational support group) โดยวิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับสมาชิกครอบครัวที่ผ่านโครงการกลุ่มระยะเวลา 11 สัปดาห์ จำนวน 6 ครอบครัวพบว่า ปรากฏการณ์ความหวัง (Hope) ความเป็นสากล (universality) การปรับตัว (adaptation) การยอมรับ (acceptance) และพลังในตัว (empowerment) เป็นปรากฏการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวพรรณนาอย่างชัดเจนแฝงด้วยคุณค่าและมีผลทางบวกทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อีกทั้งบุคคล พยาบาลผู้ทำกลุ่มก็เห็นคุณค่าได้รับการยอมรับว่าการปฏิบัติงานในโครงการนี้มีความสำคัญ (Hammond & Deans , 1995)

ลักษณะเฉพาะของกลุ่มประคองและจิตศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มประคองและจิตศึกษาถูกพัฒนาขึ้นเป็นวิธีบำบัด (intervention) สำหรับครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำอย่างได้ผล ลักษณะของกลุ่มตามรายงานทางเอกสาร พบว่า ผู้บำบัดจะประยุกต์ใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) มาช่วยให้เกิดการประคองในกลุ่มและเสริมด้วยการให้การศึกษาหรือให้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะ เพื่อแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคทางจิตของบุคคลในครอบครัว

รายงานการวิจัยของฟาวเลอร์ (Fowler , 1992) ได้ทำโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ลักษณะของโปรแกรมเป็นการประชุมกลุ่ม จัดทำทุกเดือนเป็นเวลา 6 เดือน กิจกรรมในโปรแกรมหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เน้นการให้ความรู้และการให้การสนับสนุนประคองแก่ครอบครัวผู้ป่วย การให้ความรู้แบ่งออกเป็น 6 เรื่อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภททางอารมณ์ กลวิธีในการปรับตัว การรับประทานยา การดื่มสุราและการใช้ยาเสพติด แหล่งที่ให้ความช่วยเหลือในชุมชน

กลุ่มประคองและจิตศึกษาในรายงานของแฮมมอนและดีน (Hammond & Deans , 1995) เน้นการประคอง 5 ลักษณะ คือ ปรากฏการณ์ความหวัง (hope) ความเป็นสากล (universality) การปรับตัว (adaptation) การยอมรับ (acceptance) และพลังในตัว (empowerment) ความเข้าใจในเหตุและผล (understanding) การฟัง (listening) การเคารพ (respect) และการให้เกียรติ

(recognized) ส่วนการให้จิตศึกษานั้น 5 เรื่อง คือ การวินิจฉัยโรค (diagnosis) การพยากรณ์โรค (prognosis) อาการแสดง (symptoms) การจัดการ (management) และเรื่องเกี่ยวกับยา (medication)

กลุ่มของยามาชิต้า (Yamashita, 1996) มีสาระสำคัญ 5 ประเด็น คือ มีการรับฟังแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปรียบเทียบปัญหา ทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน ให้ข้อเสนอแนะ แสดงความรู้สึกที่จริงใจต่อกัน ทำให้เกิดความมั่นใจในการที่จะปรับตัวให้เข้ากับบทบาทของผู้ดูแล

กลุ่มของกรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาเทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2542) โดยการจัดกลุ่มจิตศึกษาสำหรับญาติผู้ป่วยจำนวน 54 คนใช้เวลา 1 ปี ทั้งหมด 7 รุ่น ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต 5 แห่ง สรุปผลโครงการ 1 ปี หลังจากที่ถูกญาติได้เข้ากลุ่มจิตศึกษาพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด ไม่ได้กลับเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลและจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลเท่าเดิม ร้อยละ 44.4 มีจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง และร้อยละ 5.6 ต้องกลับเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น

กระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นกระบวนการทำงานที่ครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การขจัดข้อขัดแย้ง การตัดสินใจ และการพัฒนาตนเอง ทั้งในด้านทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรม กระบวนการกลุ่มเป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคล การที่บุคคลได้พบปะสัมพันธ์กัน ทำให้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ซึ่งกันและกันและเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การวิเคราะห์ และปฏิบัติจริงทำให้สมาชิกกลุ่มรู้จักตนเองยอมรับข้อบกพร่องของตนเองพร้อมที่จะแก้ไข และรู้จักผู้อื่นมากขึ้นช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีประสบการณ์ในการดำรงชีวิตแบบประชาธิปไตย รู้จักรับผิดชอบในบทบาทของตนเอง มีเหตุผล เห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้อื่น และรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่น (ทิสนา แคมมณี, 2522; วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุกกุล, 2522)

เทคนิคในการทำกลุ่มให้บรรลุเป้าหมายมีดังนี้ (จำลอง ดิษขวณิช, 2522; ป่าหนัน บุญหลง, 2527; แผล จันทร์สุข, 2540)

การสร้างสัมพันธ์ภาพ ทำได้หลายวิธี เช่นการยิ้ม การทักทาย การแนะนำตนเอง และสมาชิกในกลุ่มให้รู้จักกัน การมีท่าทีที่เป็นกันเอง การจัดสภาพแวดล้อมของกลุ่มให้มีบรรยากาศสบาย ๆ ไม่เครียด

การสังเกต ได้แก่ การรู้จักสังเกตท่าที พฤติกรรมการแสดงออก ตลอดจนการตอบสนองของสมาชิกกลุ่ม โดยอาศัยการสื่อความหมาย โดยใช้คำพูดโต้ตอบกันหรือใช้การสังเกตหรือวิธีอื่นใดแทนการพูดโต้ตอบซึ่งไม่ใช่คำพูด จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมกลุ่มได้

การแนะนำแบบทั่ว ๆ ไป มักเป็นลักษณะคำถาม หรือคำพูด นำไปสู่การอภิปรายของสมาชิกในกลุ่ม หรือใกล้จบการอภิปราย หรือต้องการชักจูงให้สมาชิกกลุ่มเปลี่ยนแนวคิดไปจากเดิมหรือใช้เพื่อทำลายความเยียบอันยาวนาน

การกระตุ้นความสนใจ มักใช้ใน ช่วงแรก ๆ ที่เริ่มกลุ่มและสมาชิกกลุ่มยังไม่กล้าพูดคุยกัน ผู้ทำกลุ่มอาจกระตุ้นความสนใจ โดยพูดถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่สมาชิกกลุ่มน่าจะสนใจ เพื่อนำไปสู่การอภิปรายร่วมกัน

การเชื่อมโยง ในการดำเนินกลุ่ม ผู้ทำกลุ่มจะต้องรู้จักใช้เทคนิคการเชื่อมโยงเรื่องหรือประเด็นต่าง ๆ ที่พูดกัน เป็นการเชื่อมโยงการสื่อสารภายในกลุ่ม

การเยียบ เมื่อกลุ่มเยียบ ผู้ทำกลุ่มอาจใช้เทคนิคของการเยียบ ซึ่งจะทำให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งของกลุ่มที่ทนไม่ได้ เป็นผู้ทำลายความเยียบขึ้นมาเอง

การฟัง ผู้ทำกลุ่มต้องตั้งใจฟัง และจับประเด็นที่สมาชิกกลุ่มพูดให้ได้โดยแสดงท่าทีที่สนใจ อาจจะบอกให้พูดต่อ

การยอมรับ เป็นการรับฟังด้วยความเห็นใจ เข้าใจ ไม่นำเอาค่านิยมของผู้ทำกลุ่มเข้าไปเปรียบเทียบและไม่ได้แย้งใด ๆ กับสมาชิกกลุ่ม จะต้องไม่นำกลุ่ม ไปสู่เรื่องที่ตนคิดว่าสำคัญ เพื่อให้โอกาสสมาชิกกลุ่มได้ชี้ปัญหาของตน

การแสดงความเห็นชอบด้วย เป็นการแสดงความเห็นคล้อยตามด้วยคำพูดและท่าทางเมื่อสมาชิกกลุ่มพูดในสิ่งที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดกำลังใจแก่สมาชิกกลุ่มที่พูด

ความอดทน ผู้ทำกลุ่มต้องอดทนให้สมาชิกกลุ่มพูดในสิ่งที่อยากพูด อธิบายอารมณ์ความรู้สึกสิ่งเก็บกดต่าง ๆ ออกมาอย่างอิสระ วิธีนี้ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาแต่ช่วยให้จิตใจของสมาชิกปลอดโปร่ง และพร้อมที่จะรับความรู้สึกใหม่ ๆ การให้ความสนใจ เข้าใจ เห็นใจ จะทำให้สมาชิกสบายใจขึ้น และพร้อมที่จะพูดถึงปัญหาหรือเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป

การทำให้เกิดความกระฉับกระชวย เมื่อสมาชิกกลุ่มพูดคววน ทำให้เรื่องราวสับสน ผู้ทำกลุ่มอาจพูดทบทวนซ้ำอีกครั้งเพื่อให้เข้าใจแจ่มแจ้งหรือเมื่อมีการเข้าใจผิดสิ่งใดผู้ทำกลุ่มก็ต้องอธิบายให้เข้าใจถูกต้อง ถ้าสมาชิกใช้ภาษาที่คลุมเครือ ผู้ทำกลุ่มต้องขอให้อธิบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

การให้ข้อมูล เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้สมาชิกเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาหรือตัดสินใจ และจะมีประโยชน์มากขึ้นถ้าสมาชิกกลุ่ม ได้มีส่วนร่วมในการอภิปรายเกี่ยวกับข้อมูลนั้น ๆ

การตั้งคำถาม จะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย โดยมีผู้ทำกลุ่มเป็นผู้กระตุ้น

การให้กำลังใจ เป็นการสร้างความเชื่อมั่น และช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด ทำให้เกิดกำลังใจที่จะจัดการกับปัญหา อาจทำได้โดยการปลอบใจ การยกย่องชมเชยเมื่อสมาชิกกลุ่มคิดหาแนวทางในการปฏิบัติได้เหมาะสม ตลอดทั้งการชี้แจงให้เห็นว่าปัญหานั้น ๆ มีทางแก้ไขได้

โครงสร้างของกลุ่ม

1. คุณสมบัติผู้ทำกลุ่ม

1.1 มีความรู้ทางทฤษฎี หลักการทำกลุ่ม กระบวนการกลุ่มเป็นอย่างดี ไวต่อการรับรู้ความต้องการและความรู้สึกของสมาชิกกลุ่ม สามารถสังเกตพฤติกรรมกลุ่ม และให้การวิเคราะห์กลุ่มได้

1.2 มีประสบการณ์ในการจัดทำกลุ่มกับผู้ป่วยจิตเวชมาแล้วอย่างน้อย 5 ปี มีความเชี่ยวชาญสามารถคาดคะเนเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในกลุ่มได้ มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ตัดสินใจอย่างฉับพลัน และที่สำคัญต้องมีความเข้าใจในตนเอง ไม่ใช่อารมณ์และความรู้สึกส่วนตัวไปตัดสินสมาชิกในกลุ่ม

2. การคัดเลือกสมาชิกกลุ่มตามแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1975) ผู้ทำกลุ่มต้องคัดเลือกสมาชิกที่มีคุณลักษณะดังนี้

2.1 มีความสามารถที่จะสร้างสรรค์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม

2.2 มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น

2.3 แยกบทบาทต่อตนเองและผู้อื่นได้

3. ระยะเวลาของการทำกลุ่ม

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม ประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง จำนวนครั้งในการทำกลุ่ม 8-12 ครั้ง (Yalom, 1975)

งานและหน้าที่ของผู้ทำกลุ่ม

ในการทำกลุ่ม ผู้ทำกลุ่มมีหน้าที่หลัก 3 เรื่อง ดังนี้ (Yalom, 1975)

1. สร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม โดยมีหน้าที่ดังนี้

1.1 คัดเลือกและเตรียมสมาชิกกลุ่ม ผู้ทำกลุ่มควรคัดเลือกสมาชิกที่มีความสนใจ มีความตั้งใจและเต็มใจในการเข้าร่วมกลุ่ม ตามลักษณะของสมาชิกที่กำหนดไว้ โดยผู้ทำกลุ่มต้องสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มให้เกิดความเชื่อถือไว้วางใจ

1.2 รักษาทิศทางความเป็นมาของกลุ่ม ผู้ทำกลุ่มต้องพยายามกระตุ้นให้สมาชิกได้
 พูดยกปฏิบัติสัมพันธ์กันในขอบเขตและเป้าหมายของกลุ่มที่ได้กำหนดไว้ร่วมกัน และเข้าใจวัตถุประสงค์

1.3 กระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่ม ผู้ทำกลุ่มจะเชื่อมโยงและกระตุ้นให้
 สมาชิกปฏิบัติสัมพันธ์ต่อกัน ให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และเสริมสร้างกำลังใจ แก่สมาชิกคนอื่นๆ
 ให้มีส่วนร่วมในปัญหาของกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มมีพัฒนาการที่ดี การที่สมาชิกได้พูด เสนอแนะ จะทำ
 ให้ตระหนักในคุณค่าของตนเอง มีความเข้าใจตนเองดีขึ้น

1.4 ชัยยังอุปสรรคที่คุกคามต่อความสามัคคีของกลุ่ม ผู้ทำกลุ่มจะต้องแก้ปัญหาที่
 เกิดขึ้นในกลุ่ม เช่น การเกิดกลุ่มย่อยที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มใหญ่ ความเฉื่อยชาในกลุ่ม การขาดกลุ่ม
 และการเกิดแพะรับบาปในกลุ่ม

2. สร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม ผู้ทำกลุ่มจะสร้างบรรทัดฐานของกลุ่มให้เกิดขึ้นโดยอาศัย
 บทบาทดังนี้

2.1 บทบาทในฐานะผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค ผู้ทำกลุ่มควรจะเป็นผู้ที่รอบรู้ เข้าใจ
 เทคนิคของการประสานความคิด การโน้มน้าวจิตใจ การแนะนำกลุ่มในระยะแรก ให้ร่วมกัน
 กำหนดกฎเกณฑ์ระเบียบต่าง ๆ ในการเข้ากลุ่ม กระตุ้นให้ใช้ประสบการณ์ ทำความตกลงร่วมกัน
 ชี้ให้เห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำข้อตกลงร่วมกัน นำกลุ่มไปในทิศทางที่เหมาะสม

2.2 บทบาทในฐานะเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติสัมพันธ์ ผู้ทำกลุ่มจะเป็นตัวอย่างใน
 การสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกได้เลียนแบบจากความใกล้ชิด ความไว้วางใจ ตลอดจน
 จรรยาบรรณของตนเองในกลุ่ม รับฟังสมาชิก ไม่วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของบุคคลอื่น ยอมรับใน
 พฤติกรรม แสดงความคิดเห็น ให้ความช่วยเหลือ เป็นตัวอย่างให้สมาชิกกลุ่ม

วัฒนธรรมของกลุ่มที่ผู้ทำกลุ่มควรสร้างให้เกิดขึ้นในสมาชิกกลุ่ม มีดังนี้

1. การรู้จักเตือนตัวเองในกลุ่ม (the self-monitoring group) ผู้ทำกลุ่มจะต้อง
 ช่วยให้ผู้ในกลุ่มสามารถควบคุมตนเองให้ได้ทำให้สมาชิกรู้จักหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง
 กระตุ้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะทำให้สมาชิกรู้สึกมีส่วนร่วมในกลุ่ม ถ้ากลุ่มไม่
 พัฒนา จะทำให้กลุ่มเฉื่อยชา น่าเบื่อ พยายามชี้ให้สมาชิกเห็นถึงตัวตนของตนเอง

2. การเปิดเผยตนเอง (self-disclosure) เป็นสิ่งที่จำเป็นในกระบวนการบำบัด
 จะทำให้การทำงานของกลุ่มเร็วขึ้น ระยะเตรียมกลุ่ม ผู้ทำกลุ่มจะชี้ให้สมาชิกเห็นถึงความสำคัญของ
 การเปิดเผยตนเอง ถ้ามีความลับที่ไม่เหมาะสมจะเปิดเผย ผู้ทำกลุ่มจะพยายามโน้มน้าวให้สมาชิกมี
 ความพร้อมก่อนที่จะเปิดเผยตนเองต่อกลุ่ม การเปิดเผยตนเองจะเริ่มจากเรื่องง่ายไปสู่เรื่องที่ยาก
 สิ่งสำคัญคือ เน้นประโยชน์ที่จะได้รับจากการเปิดเผย ผู้ทำกลุ่มต้องเป็นตัวอย่างในการเปิดเผยตน

เองในระดับที่เหมาะสม เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ว่าการเปิดเผยเรื่องราวในกลุ่มทำให้เกิดการช่วยเหลือกัน ช่วยเพิ่มความไว้วางใจ ความเข้าใจ ความศรัทธาต่อกันและกัน

3. บรรทัดฐานในการปฏิบัติ (procedural norms) ได้แก่การมีอิสระในการคิด คอปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้อื่น ถ้ามีการผูกขาดการพูด ทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ เกิดความลำบากใจในการเปลี่ยนประเด็นสนทนา สมาชิกสามารถใช้ความเงียบ เมื่อเกิดความเงียบขึ้นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกที่กำลังพูด หยุดพูดได้เอง หรืออาจจะทำได้โดยชี้ให้สมาชิกมองเห็นสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในกลุ่ม ใช้คำถามกระตุ้นให้สมาชิกได้พูด กระแสกลุ่มจะทำให้เห็นภาพของกลุ่มชัดเจน

4. การตระหนักในความสำคัญของกลุ่ม (the importance of the group) กลุ่มจะมีประสิทธิภาพ ถ้าสมาชิกทุกคนเห็นความสำคัญของกลุ่ม โดยให้ข้อมูลข่าวสาร ประคับประคองซึ่งกันและกัน สมาชิกแสดงความสนใจอยากรับฟังเรื่องราวของสมาชิกคนอื่น เมื่อสมาชิกคนอื่นเล่า ก็เรียนรู้ที่จะรับฟัง และประคับประคองจิตใจของผู้ที่กำลังเล่า

5. สมาชิกเป็นแหล่งของความช่วยเหลือ (member as agents of help) สมาชิกต้องมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้ทำกลุ่มต้องแสดงให้เห็นประโยชน์ของการช่วยเหลือ สมาชิกต้องไม่ปกป้องตนเอง ไม่เห็นแก่ตัว ผู้ทำกลุ่มจะสอนสมาชิกถึงวิธีการช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่ม โดยใช้คำถามกระตุ้นให้เห็นว่า ในการทำกลุ่มครั้งนี้มีใครที่พยายามช่วยเหลือเพื่อนในกลุ่ม และช่วยโดยวิธีใด จะทำให้สมาชิกมองเห็นบรรยากาศของการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

3. ทำให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงกระแสของกลุ่มในช่วงเวลานั้น ๆ ในการทำกลุ่ม ผู้ทำกลุ่มควรใช้แนวคิด “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” โดยเน้นให้สมาชิกได้แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อตนเองและต่อบุคคลอื่นขณะที่อยู่ในกลุ่มมากกว่า เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงของตนเองได้ วิธีการทำให้สมาชิกตระหนักถึงกระแสของกลุ่มในช่วงเวลานั้น ได้แก่

3.1 เทคนิคที่นี่และเดี๋ยวนี้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

3.1.1 ขั้นตอนการมีประสบการณ์ ในขั้นตอนนี้เมื่อกลุ่มมีการอภิปรายเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้ทำกลุ่มต้องตระหนักอยู่เสมอว่า จะทำอะไรจึงจะสามารถนำเรื่องเข้าสู่เทคนิค “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” ผู้ทำกลุ่มต้องนำเรื่องที่สนทนาออกนอกประเด็นให้กลับเข้าสู่เรื่องของสมาชิกในกลุ่ม ทำเรื่องที่น่าสนใจ เรื่องที่เป็นนามธรรม เป็นเรื่องที่เฉพาะเจาะจงกับประสบการณ์ในกลุ่ม ผู้ทำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิก สนใจความรู้สึกของกันและกันในช่วงเวลานั้น ๆ มีการชื่นชมกันอย่างตรงไปตรงมา และทำให้เกิดการสะท้อนกลับของความรู้สึกต่อกัน

3.1.2 ขั้นตอนการทำความเข้าใจจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขั้นตอนที่ 1 ผู้ทำกลุ่มต้องช่วยให้กลุ่มสามารถนำเทคนิค ที่นี่และเดี๋ยวนี้ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยกระตุ้นให้

สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เกิดความคิดในการเข้าใจตนเอง ให้สมาชิกหยุดดูเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตาม กระแสของกลุ่ม แล้วกลับมาทบทวน ทำความเข้าใจต่อข้อเท็จจริงต่างๆ ต้องศึกษาและสำรวจตัวเองอย่างคอบเนื่องและศึกษาการสะท้อนความรู้สึกของตนเองว่าเกิดอารมณ์และความรู้สึกใดขึ้นใน แต่ละช่วงเวลาของการอยู่ในกลุ่ม

สิ่งที่ควรคำนึงในการใช้เทคนิค “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” ได้แก่

1. เนื่องจากระยะเวลาในการทำกลุ่มค่อนข้างจำกัด ผู้ทำกลุ่มมักจะให้สมาชิก มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน และร่วมกันค้นหาปัญหาที่ตรงจุด แต่กลุ่มไม่มีเวลาพอที่จะเข้าใจถึงปัญหา ของสมาชิกอย่างถ่องแท้ และปฏิบัติให้สำเร็จ โดยเฉพาะถ้าสมาชิกกลุ่มมีความแปราะบาง การใช้ เทคนิคนี้จึงควรระมัดระวังมากขึ้น

2. สมาชิกที่มีความเครียดรุนแรง ต้องให้ความสนใจ ใส่ใจเป็นพิเศษเพื่อให้ กลุ่มสามารถบำบัดได้ตรงตามเป้าหมาย

3. สมาชิกที่มีความแปราะบางมากการใช้เทคนิคนี้ในช่วงการสะท้อนความ รู้สึกและกระบวนการที่สมาชิกต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันนั้นจะต้องใช้หลักการประทับประคอง และสร้างสรรค์

3.2 เทคนิคการนำเอาความรู้สึกและปัญหาในกลุ่มมาทำให้กระจ่างชัดเพื่อให้ สมาชิกกลุ่มแต่ละคนได้เกิดการเรียนรู้จากเหตุการณ์และปัญหานั้น มีความตระหนักรู้ในเหตุการณ์ และปัญหาอย่างไร อาจจะถามว่ามีอะไรเกิดขึ้นบ้าง จากเหตุการณ์นี้ และเกิดขึ้นได้อย่างไร และ สะท้อนกลับมาที่ตัวเราได้อย่างไรมีผลอะไรทำไมจึงเกิดขึ้นได้ซึ่งยาลอมเรียกสิ่งนี้ว่าห่วงการ สะท้อนกลับมาสู่ตนเอง (self reflecting loop)

พัฒนาการของกลุ่ม

ตามแนวคิดของยาลอม (Yalom, 1975) แบ่งพัฒนาการกลุ่มเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการสร้างกลุ่มเป็นช่วงที่สมาชิกเริ่มมีการปรับตัวในระยะนี้

ผู้ทำกลุ่มจะต้องตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่ม เนื่องจากสมาชิกยังเป็นสมาชิกใหม่ ทำให้ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและลังเลใจในการจะตัดสินใจในการที่จะคงอยู่ในกลุ่มต่อไปหรือการตัดสินใจที่จะออกจากกลุ่ม (in or out) ในระยะนี้สมาชิกค่อนข้างที่จะสับสนและพยายามที่จะค้นหาว่า เพราะเหตุใดจึงต้องเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม และค้นหาความหมายของกลุ่ม ในระยะนี้สมาชิกจะมุ่ง ประเด็นมาที่ผู้ทำกลุ่ม ทำให้เกิดปัญหาขุ่นข้องหมองใจ เกิดการทดสอบ และการตั้งคำถามสองฝัก สองฝ่ายขึ้นภายในกลุ่ม ซึ่งในระยะนี้ผู้ทำกลุ่มควรตระหนักและค้นหาวิธีการที่จะสามารถทำให้

สมาชิกคงอยู่ในกลุ่มต่อไป ตามวิธีการกลุ่มในช่วงของการสร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกตัดสินใจที่จะเข้าร่วมกลุ่มต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะนี้เป็นช่วงหลังจากที่สมาชิกตัดสินใจที่จะเข้าร่วมกลุ่มต่อไปและใครจะเป็นผู้ควบคุมหรือผู้ตาม (top or bottom) เป็นช่วงที่สมาชิกเริ่มให้การยอมรับ รู้สึกพึงพอใจ เข้าใจ ความมุ่งหวังของกลุ่ม รู้ความหมายของการให้การยอมรับพฤติกรรมของบุคคลอื่น เริ่มปรับตัวเข้ากับเพื่อนสมาชิก กับโครงสร้างของกลุ่ม การบังคับกลุ่ม และเข้าใจถึงพลังของกลุ่ม ซึ่งในระยะนี้ ผู้ทำกลุ่มมักพบว่ามีปัญหาความขัดแย้งเกิดขึ้น โดยความขัดแย้งนั้นเกิดขึ้นระหว่างเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม หรือเป็นความขัดแย้งระหว่างสมาชิกและผู้ทำกลุ่ม ในความขัดแย้งดังกล่าวพบว่าสมาชิกกลุ่ม ใช้การตัดสินใจและวิเคราะห์พฤติกรรมของสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม ตามความคิดเห็นของตนเอง เช่น มองว่าสมาชิกกลุ่มควรที่จะทำเช่นนั้น หรือควรที่จะแสดงความรู้สึกตามที่ตนเองคิดว่าน่าจะเป็น ซึ่งการตัดสินใจสมาชิกกลุ่มจะใช้ประสบการณ์ในอดีตและปัจจุบันของตนเองเป็นการตัดสินใจผู้อื่น ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดความขัดแย้งกันในกลุ่ม และมักพบว่าสมาชิกกลุ่มบางคนแสดงตัวเองเป็นผู้ควบคุมกลุ่ม ทำให้เกิดปัญหาความวุ่นวายขึ้นในกลุ่ม จะเห็นได้ว่าการทำกลุ่มในระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกจะจัดและแบ่งแยกว่าใครจะเป็นผู้ที่อยู่สูงสุด มีบทบาทมากที่สุดในกลุ่มซึ่งสามารถที่จะควบคุมกลุ่มได้ ทำให้เกิดการแก่งแย่งกันขึ้นในกลุ่ม เพราะฉะนั้นเมื่อผู้ทำกลุ่มตระหนักได้ว่า ในระยะนี้จะเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้น จึงควรที่จะหาทางแก้ไข และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถที่จะดำเนินกลุ่มต่อไปได้ในที่สุด

ระยะที่ 3 เมื่อกลุ่มผ่านระยะที่ 2 ได้แล้ว แสดงว่าปัญหาความขัดแย้งภายในกลุ่มหมดไป ดังนั้นในระยะที่ 3 จึงเป็นช่วงที่ผู้ทำกลุ่มจะพัฒนาความผูกพันทางจิตใจให้เกิดขึ้นภายในกลุ่ม ในระยะนี้สมาชิกอาจจะเกิดความรู้สึกใกล้ชิด ผูกพัน สนุกสนาน หรืออาจเกิดความรู้สึกตรงกันข้าม (near or far) คือ รู้สึกเห็นห่าง ไม่เป็นมิตร ไม่รู้สึกผูกพันกันลึกซึ้ง ซึ่งในระยะนี้ผู้ทำกลุ่มสามารถที่จะพัฒนาให้กลุ่มเกิดความผูกพันทางจิตใจกันได้โดยเน้นหลักการเปิดเผยตนเอง ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ควรสร้างให้มีขึ้นในกลุ่ม ทั้งนี้เพราะการเปิดเผยตนเองแสดงถึงความไว้วางใจกัน การยอมรับผู้อื่น เปิดใจตนเองเพื่อรับสิ่งใหม่ หลักการดังกล่าวนี้เป็นสิ่งที่พัฒนาความผูกพันที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มได้ ยาลอม (Yalom, 1975) ได้เสนอขั้นตอนในการสร้างความผูกพันทางจิตใจไว้ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนของความผูกพันทางจิตใจเป็นขั้นที่สมาชิกกลุ่มร่วมกันต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นรอบตัว และต่อมาคือขั้นของความก้าวหน้าของกลุ่ม เป็นลักษณะของการทำงานเป็นทีม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสามัคคีภายในกลุ่ม และความเจริญก้าวหน้าของกลุ่มที่เกิดขึ้น เมื่อกลุ่มสามารถผ่านพ้นขั้นตอนทั้ง 2 ขั้นได้สำเร็จก็เป็นการพิสูจน์ให้เห็นว่ากลุ่มดังกล่าวได้เกิดความผูกพันทางจิตใจขึ้นในกลุ่มซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ทำกลุ่มจำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในระยะที่สาม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคจิตเภทก่อให้เกิดภาวะแก่ผู้ดูแล ซึ่งภาระในการดูแลก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระว่าเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา เป็นความทุกข์ยาก ซึ่งภาระแบ่งเป็นสองมิติ คือ ภาระเชิงปรณัยเป็นภาระที่เกิดจากหน้าที่ และภาระเชิงอัตนัยเป็นภาระที่เกิดจากความรู้สึก การช่วยเหลือผู้ดูแลเพื่อลดภาระด้วยวิธีการของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา ซึ่งประกอบด้วย โครงสร้างและกระบวนการกลุ่มดังนี้

โครงสร้างกลุ่มประกอบด้วย ผู้ทำกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม ระยะเวลาของการบำบัด

กระบวนการกลุ่ม หมายถึง การทำหน้าที่หลัก 3 หน้าที่ของผู้ทำกลุ่ม คือ 1) สร้างและดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม 2) สร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม 3) ทำให้สมาชิกตระหนักถึงกระแสของกลุ่ม ในช่วงเวลานั้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความผูกพันแน่นแฟ้นต่อกัน และการให้การประคับประคองทางด้านจิตใจ โดยใช้เทคนิคการให้ความสนใจ การเชื่อมโยงเป็นการทำให้เกิดการเรียนรู้ทำให้เข้าใจในปัญหาได้ถ่องแท้ขึ้น การเจียบจะช่วยให้เกิดความคิดพิจารณาไตร่ตรองและการให้กำลังใจ ประกอบรวมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 4 ประเด็น ได้แก่ โรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยา สถานที่ให้บริการและลักษณะการสงเคราะห์ทางสังคม การปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย

ด้วยโครงสร้างกลุ่มซึ่งประกอบด้วย ผู้ทำกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม และระยะเวลาของการบำบัด ผ่านกระบวนการกลุ่ม 3 ระยะ คาดว่าจะทำให้ภาระของผู้ดูแลลดลง