

# บทที่ 1

## บทนำ



### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ มีพฤติกรรม อารมณ์ที่ผิดปกติจากคนปกติทั่วไป ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ เป็นโรคที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพิงสูง (กรมสุขภาพจิต, 2541; เกษม ตันติผลาชีวะ, 2537) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประชาชนเป็นโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 1 ถึง 15 (Kaplan & Sadock, 1995) สำหรับประเทศไทย พบว่า มีประชากรร้อยละ 1ป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่นๆ และพบว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขตลอดมา (กรมสุขภาพจิต, 2541) เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการกำเริบสูงถึง ร้อยละ 50-70 มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและรุนแรง โดยอาการจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน และความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก และเมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2537) มีโอกาสป่วยซ้ำ (Relapse) ได้หลายครั้ง มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำ อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความพร้อมในหน้าที่ต่างๆอย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆหายๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน หรือต้องการการดูแลตลอดชีวิต ส่งผลให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องมีภาระในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2531 : 99)

ประกอบกับในปัจจุบันนี้ โรงพยาบาลจิตเวชต่าง ๆ มีนโยบายในการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชในระยะเฉียบพลันและรุนแรงที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นเท่านั้น เนื่องจากจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะ ซึ่งพยาบาลจิตเวชเป็นหนึ่งในทีมจิตเวชที่ต้องดูแลผู้ป่วยดังกล่าว แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลา คือ ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ สามารถดูแลตนเองได้ ก็จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวและผู้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการไม่รุนแรงกลับสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากอิทธิพลของการค้นพบยารักษาทางจิต ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยที่รับยาสามารถกลับคืนสภาพปกติได้อย่างรวดเร็ว หลักการที่เน้นการรักษาโดยถือว่าการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานๆจะทำให้เกิดผลเสียกับการดำรงชีวิตในสังคมเดิมของผู้ป่วย และการยึดถือสิทธิของผู้ป่วย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยต้องมีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือ

ผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถประเมินได้แน่นอนว่าอาการจะทุเลาเมื่อใด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในครอบครัวได้ ตกงาน ไม่มีงานทำ ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว มักปฏิเสธการเจ็บป่วยและรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงเพิ่มขึ้น (Rose, 1996: 17) เป็นภาระของครอบครัวในการดูแล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติและการพาไปพบแพทย์ รวมทั้งกระทำบทบาทตามหน้าที่แทนผู้ป่วย นับเป็นภาระหนักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ได้แก่ ผู้ดูแลรู้สึกเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง กังวลใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาหรือมีอาการทางจิตรุนแรง และบางรายถึงกับมีความคิดฆ่าตัวตาย นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานมีส่วนทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการเข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคม ไม่มีความเป็นอิสระ มีเวลาสำหรับส่วนตัวน้อยลง ไม่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร บางรายมีอาการเจ็บป่วยและมีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (วรกช นิธิกุล, 2535; ยาใจ สิริธมมงคล, 2538; Hobbs, 1997; Song, Biegel, and Milligan, 1997; Ip&Mackenzie, 1998 ; Eakes, 1995 ; Adamec, 1996 และ Salleh, 1994)

จะเห็นได้ว่าการที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวอย่างมากดังกล่าวข้างต้น เป็นภาระของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานหรือตลอดชีวิต ซึ่ง Montgomery, et al. (1985) กล่าวถึงความหมายของภาระในการดูแลว่า หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน และความเดือดร้อนของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย พบว่าการที่ผู้ดูแลรู้สึกมีภาระในการดูแลจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ทำให้เกิดการเบื่อหน่ายผู้ป่วย ไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว จะรู้สึกยุ่งยากหรือเครียดในการดูแล ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Eakes, 1995 and Thomson, et al., 1993) ซึ่งการดูแลของญาติมีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจาก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท ได้แก่ การแสดงอารมณ์ภายในครอบครัว การขาดยา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร่วมกับความตึงเครียดในชีวิต (ชะฤทธิ อนุพงศ์ตรี, 2531) หากผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติของผู้ป่วยมีความเครียดและดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ซึ่งการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยต้องขาดงาน รวมทั้งผู้ดูแลต้องลางานหยุดงานหรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย และโดยเฉพาะหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ

มากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหา จนกระทั่งเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงต่อผู้ดูแลดังกล่าวข้างต้น จะทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อการหายของผู้ป่วย และเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

จากสภาพปัญหาของครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการดูแลคนทั้งคน คือ การดูแลแบบองค์รวม เป็นการดูแลที่ทำให้บริการที่ครอบคลุมในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเข้าใจ ยอมรับ และเห็นคุณค่าของผู้รับบริการในฐานะมนุษย์ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542 และมัฏฐววรรณ ลียุทธานนท์, 2542: 8) การให้การพยาบาลจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจมนุษย์ในฐานะองค์รวมซึ่งไม่สามารถแยกมนุษย์ออกเป็นส่วนๆได้ การให้การช่วยเหลือจำเป็นต้องผสมผสานความรู้ทุกด้านมาใช้ในการทำความเข้าใจมนุษย์ เพื่อนำมาปฏิบัติให้การพยาบาลทั้งในการป้องกันความเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูแก่ผู้รับบริการ (ทัศนา บุญทอง, 2531 อ้างถึงใน มัฏฐววรรณ ลียุทธานนท์, 2542: 2)

ในระยะ 20 กว่าปีที่ผ่านมานี้ ได้มีการดูแลผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้กลุ่มระดับประคองและจิตศึกษา โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (Family Psychoeducational Program) และการทำโครงการ The Buffalo Family Support Project ซึ่งเป็นโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช โดยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลดังกล่าวในโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การดูแลตามรูปแบบเหล่านั้นส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระลดลงและมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (Yamashita, 1996; Pai & Kapur, 1981; Fowler, 1992; Bernheim, 1988 (อ้างใน ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540); ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540 และ ดรุณี คชพรหม, 2543)

จะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเน้นการดูแลครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยในด้านการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยดูแลในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ดูแลค่อนข้างน้อย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลดังกล่าวเป็นการดูแลที่เน้นเฉพาะการบำบัดรักษา แต่ไม่มีการดูแลคนทั้งคนแบบองค์รวมชัดเจน ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลจิตเวช โดยการปฏิบัติการพยาบาลมีความแตกต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพอื่นในทีมจิตเวช คือ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อมุ่งพัฒนาผู้ให้บริการในฐานะบุคคลทั้งคนแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้ศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติการพยาบาลนอกจากให้ความใส่ใจต่อผู้รับบริการแล้ว จะต้องดูแลช่วยเหลือ ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวและชุมชนด้วย โดยการดูแลจะครอบคลุมทั้งการช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัด รักษา/บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพเพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นคืนหาย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการป้องกันสุขภาพ ทั้งนี้ต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมด้วย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และการประเมินผล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

จากการศึกษาของ โสภา มุสิโก (2544) ได้ศึกษาระดับความเครียดและเหตุปัจจัยความเครียดในญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการที่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือน พฤษภาคม 2544 จำนวน 280 ราย พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 57.5 เครียดระดับต่ำร้อยละ 28.2 และมีความเครียดระดับสูงถึงร้อยละ 14.3 ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดสูงถึงน้อยตามลำดับคือ ด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ด้านอารมณ์และความรู้สึก ด้านเศรษฐกิจ สังคมและส่วนตัว และด้านระบบบริการสุขภาพจิต รวมทั้งจากการสัมภาษณ์เบื้องต้นของผู้วิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ติดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 10 รายโดยใช้คำถามปลายเปิด พบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการโรคจิตเภท (10 ราย) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกือบทั้งหมดรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วย (9 ราย) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่สนใจดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง (8 ราย) ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (5ราย) และ มีความกังวลใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตรุนแรง (4ราย)

จะเห็นได้ว่า ถึงแม้ที่ผ่านมากจนถึงปัจจุบันนี้ พยาบาลได้มีการดูแลผู้ดูแลโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้กลุ่มระดับประคอง การติดตามดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ฯลฯ ก็ตาม แต่ยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงมีปัญหาขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ การจัดการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และโดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจ ร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ยังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเพียงพอและครอบคลุม จากการที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังขาดความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย อาจเป็นเนื่องจากการเน้นให้ความรู้แก่ผู้ดูแลโดยไม่ได้คำนึงถึงความพร้อมของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความมีคุณค่าในตนเองซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่จะทำให้เกิดพลังและความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่อาจรับประกันได้ว่า ผู้ดูแล

จะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ (Moore, 1990 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 124) แสดงให้เห็นว่าการดูแลหรือการให้บริการในรูปแบบที่ผ่านมายังไม่สามารถช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันที่บ้านและชุมชนอย่างปกติสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบต้องกลับเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล (จารุวรรณ ต. สกุล, 2524 อ้างถึงใน นันทนา รัตนากร, 2536) และจากการศึกษาของ จลี เจริญสรรพ (2538) พบว่า จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปีโดยผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในมาแล้ว

ในสภาพปัญหาดังกล่าว หากไม่ได้รับการแก้ไขหรือพัฒนารูปแบบการบริการให้ทันกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ โดยเฉพาะในยุคปฏิรูประบบสาธารณสุขในขณะนี้ อาจทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญตามมาหลายประการด้วยกันคือ ปัญหาสูญเสียเศรษฐกิจของ ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ รวมทั้งเอกลักษณ์ของความเป็นวิชาชีพ ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลจิตเวชได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การพัฒนาความสามารถและลดภาระในการดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพการดูแลครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมแบบองค์รวม เพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพและตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ จึงได้จัดทำ "โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม" โดยใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) ที่เน้นการส่งเสริมความมีคุณค่าของบุคคล ความมีอำนาจ การสร้างความหวังและกำลังใจ รวมทั้งการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแนวคิดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งกำหนดองค์ประกอบพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความมีคุณค่าในตน การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย และการพัฒนาทักษะทางด้านสังคม

จากแนวคิดของการดูแลดังกล่าว หากดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในลักษณะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม อาศัยประสบการณ์ของผู้ดูแลเป็นแหล่งของการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรม ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆที่ทำทนายอย่างต่อเนื่อง (Nicol อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541) ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมห้ดังกล่าวสร้างขึ้นตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล

ผู้ป่วย ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาจากผู้ที่มีปัญหาการดูแลโดยตรง ซึ่งนับว่าเป็น การดูแลบุคคลทั้งคนแบบองค์รวม โดยใช้ศาสตร์ความรู้ทางการแพทย์บาลสุภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เชื่อว่าการดูแล ผู้ดูแลในลักษณะดังกล่าวน่าจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้เกิดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีความรู้สึกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง คาดว่า รูปแบบการบริการโดยใช้ "โปรแกรมการดูแล ผู้ดูแลแบบองค์รวม" จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชใช้ในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ตามศักยภาพที่บ้านและในชุมชน รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช้าลดลง

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### **แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย**

ความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลนับ เป็นสิ่งสำคัญต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะหากผู้ดูแลมีความรู้สึกรับคุณค่าในตน จะทำให้ผู้ดูแลมีพลังและสามารถดูแลตนเองและผู้ป่วยได้ แนวทางการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมในการวิจัยนี้ ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) ที่เน้นการส่งเสริมความมีคุณค่าของบุคคล ความมีอำนาจ การสร้างความหวังและกำลังใจ รวมทั้งการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ และใช้แนวคิดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ซึ่งมี 7 องค์ประกอบ คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

การพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจตน ยอมรับและเห็นคุณค่าในตน จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ สามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง

ในตน มีพลังและความสามารถในการดูแลตนเองและผู้ป่วย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 และอุมาพร ตรงค์สมบัติ, 2543) ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลผู้พึ่งพา (Orem, 2001) นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติตามหลักทางศาสนาและฝึกฝนคลายความเครียด จะทำให้เกิดความสงบทางด้านจิตใจ เกิดสติปัญญาทำให้สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) รวมทั้งการมีเป้าหมายในชีวิตจะทำให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองและผู้ป่วยซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งในพลังความสามารถ 10 ประการ (Orem, 2001) จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และ Rose (1997) กล่าวว่า ความเชื่อของผู้ดูแลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านจิตวิญญาณอย่างหนึ่งซึ่งเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจผู้ดูแล มีอิทธิพลต่อการลดภาระของผู้ดูแลได้

การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการส่งเสริมพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย (Orem, 2001) และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985) สอดคล้องกับ Yamashita (1996: 121-125) เชื่อว่าโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล (Psychoeducational Programmes) จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลได้ ส่งผลให้พวกเขาสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา ควบคุมความเครียดและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

การพัฒนาาระบบสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ จะส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดพลัง ความเข้มแข็ง เห็นแนวทางในการแก้ปัญหาและส่งผลให้การปรับตัวหรือการสนองตอบต่อความเครียดของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลโดยอ้อมของการสนับสนุนทางสังคมคือ ช่วยดูดซับหรือลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดเป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้ง ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระน้อยลง (Higgin & Dicharry, 1991; Miller, 1983; Cohen & Wills, 1985 ; Lazarus & Folkman, 1986; Thompson & Doll, 1993; Lawton et al., 1989 and Wortman, 1984 อ้างถึงใน ทีปประพิณ สุขเสียว, 2543)

ในการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไปแก่ผู้ดูแล กายและจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกกันได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทาง

ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลให้ร่างกายได้รับอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ จะทำให้ร่างกายแข็งแรงและเป็นการลดความเครียดได้ จะส่งผลให้บุคคลมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งลดภาระ หรือความเครียดให้น้อยลงได้ (วารณี อมรทัต, 2531; ชูทิต ปานปรีชา, 2531; วิชัย มนต์ศิริวิทยา, 2533; วีระ ชัยศรีสุข, 2533 และเจก ณะศิริ, 2533 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

จากทฤษฎีและแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว ในลักษณะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) โดยใช้ความรู้จากประสบการณ์เดิมของผู้ดูแลเป็นแหล่งของการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรม ทำให้เกิดความรู้ใหม่ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเชื่อว่าการเรียนรู้ตามกระบวนการดังกล่าวสามารถพัฒนาผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว จะต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว จะสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม
3. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว จะต่ำกว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบของครอบครัว จะสูงกว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยทำการทดลอง ณ ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่พักผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี ซึ่งได้แก่ บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวหนึ่งทีดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างและรางวัลใดๆ และ



มีภูมิลำเนาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาล สวณสรณมรย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2545

#### 4. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม

ตัวแปรตามคือ ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการปฏิบัติของพยาบาลในการพัฒนาความรู้ความสามารถในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเรื่องการพัฒนาความมีคุณค่าในตน การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย และการพัฒนาทักษะด้านสังคม โดยมีการนำความรู้และจัดประสบการณ์ให้ผู้ดูแลได้รับรู้ประโยชน์ของการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย ภายใต้อารมณ์ สันติภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. การนำเสนอและเชื่อมโยงสถานการณ์ คือ การที่พยาบาลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยนำประสบการณ์ของตนเองตามสาเหตุของปัญหา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณมาเสนอในรูปของความเรียง จากนั้นใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงสถานการณ์ที่สอดคล้องกับผู้ดูแลผู้ป่วย

2. การสะท้อนแนวคิดและค่านิยม คือ การที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ดูแลแสดงความคิด วิเคราะห์ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในสถานการณ์ที่นำเสนอและสถานการณ์ของตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ประโยชน์ ลดความรู้สึกเป็นภาระ รับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย

3. สร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด คือ การที่พยาบาลใช้คำถามหรือคำพูดในการกระตุ้น ชักจูงให้ผู้ดูแลร่วมกันแสดงความคิดเห็น ในแนวทางและวิธีการปฏิบัติในการดูแล

ตนเองและผู้ป่วยที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการดูแลตนเอง และผู้ป่วย โดยการให้ผู้ดูแลเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วพยาบาลเป็นฝ่ายเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือทางกลับกันพยาบาลเป็นผู้นำทาง และผู้ดูแลเป็นผู้สานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

4. การทดลองและการตรวจสอบพฤติกรรมใหม่ คือ การที่พยาบาลให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมตามสถานการณ์ที่พยาบาลสร้างขึ้น ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ดูแล โดยใช้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการสนับสนุน คัดค้าน การแสดงพฤติกรรมหรือการให้เวลาแก่ผู้ดูแล ในการนำแนวคิดของการพัฒนาพฤติกรรมไปทดลองปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

**ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้าน รวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึง ความหนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้แก่ ภาวะเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และภาวะเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ในการวิจัยนี้วัดโดยแบบวัดภาวะในการดูแล

**ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความมั่นคงทางอารมณ์ รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประสบการณ์การดูแล ความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ และความแข็งแรงด้านร่างกายที่เพียงพอของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ตามความต้องการที่จำเป็นโดยทั่วไปทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล 4 ด้าน คือ

1. ความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ และความสามารถของผู้ดูแลในการประเมินปัญหาการเปลี่ยนแปลง และความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งสามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือที่ดีและเหมาะสม โดยสามารถหาแหล่งความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม จากเพื่อน และ/หรือครอบครัว

2. ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมทั้งสามารถสังเกตเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ และอาการผิดปกติทางจิต อีกทั้งมีประสบการณ์ในการตัดสินใจดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

3. ความแข็งแรงด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและโรคประจำตัว ที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือส่งผลให้เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย

4. ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การตระหนักถึงการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยในด้านอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย การป้องกันอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ป่วย ตลอดจนสามารถคาดการณ์ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสิ่งที่จะกระทำต่อไป

ในการวิจัยนี้วัดความสามารถโดย แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างและรางวัลใดๆ และดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติเข้ารับการักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางให้พยาบาลจิตเวช ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแล ครอบครัว และผู้ป่วย สามารถปรับตัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และลดอัตราการมารักษาซ้ำของผู้ป่วย

2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะมีปัญหาสุขภาพจิตต่อไป