



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีความรุนแรงเรื้อรังและพบมากเป็นอันดับหนึ่ง (สมภพ เรื่องตระกูล,2549; กรมสุขภาพจิต, 2551) เพศชายมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าเพศหญิง 1.4 เท่า (ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2552) อายุที่เริ่มป่วยในเพศชายพบในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งมีอายุน้อยกว่าเพศหญิง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ผลจากความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นจำนวนมากในการดูแลผู้ป่วย (อนnek สุภิรพันธ์และคณะ, 2550) จากการสำรวจสถานการณ์สุขภาพจิตของประเทศไทยในปี 2550 พบว่ามีคนไทยร้อยละ 20 หรือ 1 ใน 5 ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยผู้ป่วยทางจิตที่เข้ารับการรักษาในปี 2551 ในสถานพยาบาลทั่วประเทศมี 1,668,041 ราย ที่มีจำนวนมากที่สุดคือโรคจิตเภท 445,840 ราย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) อุบัติการณ์ของโรคจิตเภทในบุคคลทั่วไป คือ 15.2 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ความชุกเท่ากับ 2.5-5.3 ต่อประชากร 1,000 คน

การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ มีความต่อเนื่อง และจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ญาติ ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน (กรมสุขภาพจิต,2550) จากนโยบายของประเทศสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดูแลตนเองเพื่อดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ โดยเน้นการรักษาระยะสั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัว และชุมชนในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ รวมทั้งการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล (จันทร์รา ชีระสมบุรณ์, 2542) และพบว่าเมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาแล้วกลับไปอยู่ในครอบครัวผลกระทบต่อครอบครัวทำให้ญาติมีความเครียดอันเนื่องมาจากความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจากอาการที่ไม่แน่นอน ความกังวลต่ออนาคตของผู้ป่วย กลัวที่จะไม่มีคนดูแลผู้ป่วยหากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ปัญหาที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ผู้ดูแลต้องคอยเป็นธุระจัดการทุกอย่างในด้านส่วนตัวให้ผู้ป่วย ปัญหาทางเศรษฐกิจและรู้สึกอับอาย(รัชนิกร อุปเสน, 2541; Dangdomyouth,2006) ปัญหาอื่นที่เผชิญอยู่คือ ปัญหาการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต,2545) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้งหมดมีการกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 2-6 เดือน ถึงร้อยละ 50 (Fowler,1992) และการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 2 ปีถึงร้อยละ 70 (Frisch & Frisch,1998)

การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากหลายสาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ญาติขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, สุขุมต วิภาวิพลกุล, และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2541) นอกจากนี้การขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลหรือแสดงบทบาทของผู้ดูแลให้ประสบความสำเร็จ(วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช , 2537) การขาดความรู้ความเข้าใจดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลไม่เห็นความสำคัญและประโยชน์ในการชี้แนะ และให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นจะเห็นว่าบทบาทการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท การที่ผู้ดูแลมีเจตคติที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคทางจิต แนวทางการรักษาบำบัด และมีทักษะที่จำเป็นในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เห็นได้จากผลการศึกษาของ สุรภา ทองรินทร์ (2546) ได้ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องการความรู้ และต้องการฝึกทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระดับมาก ซึ่งหากผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลสูงจะทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและทำให้ช่วงการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วยเป็นช่วงที่ยาวมากขึ้น ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำอีกและสามารถอยู่ในชุมชนได้นาน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในด้านความรู้เรื่อง โรคและทักษะในการดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็น

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งสนับสนุนให้เห็นว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะในการดูแลของผู้ดูแลมีดังนี้คือ 1)ระดับการศึกษาของผู้ดูแล เพราะการมีความรู้จะช่วยให้นุคคลมีความเข้าใจเรื่องสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการเผชิญปัญหาต่างๆสามารถปรับกิจกรรมการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า(Orem, 1985) 2)อายุของผู้ดูแล อายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะของบุคคลที่จะจัดการเกี่ยวกับเรื่องราวหรือปัญหาที่เกิดขึ้น โดยผ่านทาง การรับรู้ การแปลความ การทำความเข้าใจและการตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุด(Orem, 1991) 3)ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีย่อมมีข้อจำกัดในด้านความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้อื่นจึงกล่าวได้ว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท(Orem, 2001) 4) พฤติกรรมของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยที่พบบ่อยและสร้างความกดดันให้ผู้ดูแลมากที่สุดได้แก่พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน แยกตนเอง และไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง(Dangdomyouth, 2006: ศรีสกุล แจ้คำ ,2549) จากข้อมูลดังกล่าวหากผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมเหล่านี้ได้จะเป็นความกดดันแก่ตนเอง ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเหล่านี้ก็จะสะท้อนให้เห็นข้อจำกัดในการทำ

กิจกรรมของผู้ป่วยและความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความสามารถและทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ทักษะการดูแลที่มีประสิทธิภาพเกิดจากการสังสมประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำและคณะ, 2548) โดยทักษะจะพัฒนาขึ้นตามระยะเวลาและประสบการณ์ที่ผู้ดูแลมีอยู่ ดังนั้นการวางพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้องในระยะแรกควบคู่ไปกับการผสมผสานประสบการณ์การดูแลจริงที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทักษะที่สำคัญและจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยกิจกรรม 3 ด้านคือ 1) ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การดูแลเมื่อผู้ป่วยถูกล้อเลียนหรือถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น 2) ทักษะการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค ประกอบไปด้วย การจัดการกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเภท การจัดการกับอาการเมื่อผู้ป่วยจิตเภททำร้ายตนเอง 3) ทักษะการดูแลด้านการบริหารยา ประกอบไปด้วย การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การดูแลด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา การดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยา (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ และคณะ, 2548)

จากแนวคิดการพัฒนาทักษะการดูแลของ Dreyfus & Dreyfus (1986, อ้างใน ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ และคณะ, 2548) ได้อธิบายรูปแบบการพัฒนาทักษะ (Skill Acquisition Model) ซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนาทั้งหมด 5 ขั้นตอนดังนี้ คือ 1) ขั้นเริ่มต้น (Novice stage) ผู้ดูแลที่รับบทบาทผู้ดูแลใหม่จะทำกิจกรรมการดูแลแบบลองผิดลองถูก แต่หากผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องโรค การรักษา และการดูแลที่ถูกต้องผู้ดูแลจะปฏิบัติตามข้อแนะนำทุกขั้นตอน ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องการดูแล และการเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแลในขั้นนี้ มีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาได้ทักษะที่ดี 2) ขั้นเรียนรู้ (Advanced beginner stage) ในขั้นนี้ผู้ดูแลเริ่มเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากการแนะนำของเจ้าหน้าที่ โดยจะผสมผสานกับประสบการณ์ตรงของตนเองที่ได้ดูแลผู้ป่วยไปช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล 3) ขั้นมีความสามารถ (Competence stage) ในขั้นนี้ผู้ดูแลเริ่มทำกิจกรรมด้วยใจและความรู้สึก เริ่มมีการปรับเปลี่ยนหรือประยุกต์วิธีการทำกิจกรรมต่างๆ ให้สอดคล้องกับลักษณะและข้อจำกัดของตนเอง เมื่อมีปัญหาจากการดูแลผู้ดูแลจะตัดสินใจแก้ไขปัญหาบนพื้นฐานและประสบการณ์ที่ตนเองสังสมไว้เป็นหลัก 4) ขั้นชำนาญ (Proficiency stage) ในขั้นนี้ผู้ดูแลเริ่มใช้สัญชาตญาณ การทำกิจกรรมของตนเอง โดยการกระทำหรือการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องในการดูแลจะเป็นไปด้วยความรวดเร็ว เป็นอัตโนมัติ เริ่มมองเห็นจุดสำคัญของสิ่งที่เป็นประเด็นหลักๆ ไม่สนใจสิ่งเล็กน้อย 5) ขั้นเชี่ยวชาญ (Expert stage) ผู้ดูแลจะกระทำตามความคุ้นเคยของตนเองหรือจากประสบการณ์ที่ตนเองสังสมมา ผู้ดูแลเริ่มมองว่าการ

ดูแลและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหาแต่จะมองว่าเป็นสิ่งปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน การให้ความรู้เรื่องการดูแลให้กับผู้ดูแลในขั้นนี้ จึงมีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาทักษะอย่างถูกต้องโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เข้ามารับบทบาทผู้ดูแลใหม่ เมื่อผู้ดูแลเริ่มผสมผสานความรู้และประสบการณ์ตรงของตนเองทักษะก็จะพัฒนาไปถึงขั้นมีความสามารถเกิดความชำนาญและเกิดความเชี่ยวชาญในที่สุดซึ่งขั้นนี้ผู้ดูแลจะมองว่าอาการเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน

การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่ายและส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยเกิดการไม่เอาใจใส่ การละเลยการไม่อยากช่วยเหลือผู้ป่วย(ชะเอว พงศ์อนุตริ, 2531) จากการศึกษาของ Thompson & Doll(1982)ที่สำรวจความคิดเห็นจากญาติผู้ป่วยจิตเวช 125รายในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลตนเองแบกรับภาระหนักร้อยละ72 มีความรู้สึกอับอายร้อยละ46 รู้สึกเหมือนติดกับร้อยละ42 ขุ่นเคืองใจร้อยละ 40 ขาดการเอาใจใส่ต่อสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อครอบครัว เนื่องจากครอบครัวต้องเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลเป็นการปฏิบัติบทบาทใหม่นอกเหนือจากบทบาทเดิมที่มีอยู่ ทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้บทบาทใหม่และปรับบทบาทเดิมให้เหมาะสมเพื่อที่จะทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งการปรับบทบาทใหม่นี้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ดูแลทั้งทางด้านหน้าที่การงาน ความเป็นส่วนตัว ความมีอิสระและกิจกรรมในทางสังคม ส่งผลกระทบที่เป็นความยุ่งยาก ลำบากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม (Bull, 1990; Montgomery, et al,1985;Platt,1985) ซึ่งการรับรู้ภาระที่หนักส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ดูแลและทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลัง ขาดแรงจูงใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย (พิชัย แสงชาญชัย, 2549)

จากปัญหาและภาระในการดูแลของผู้ดูแลดังกล่าวการให้สุขภาพจิตศึกษาจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยและเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา (Zygmunt, et al., 2002) ซึ่งการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและช่วยให้เกิดการเพิ่มทักษะการดูแลที่สามารถลดการป่วยซ้ำ ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท การให้สุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของAnderson et al(1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตโดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) โดยการที่ผู้ดูแลได้รับความรู้จะช่วยให้เกิดความชำนาญ ช่วยเพิ่มพูนทักษะในการดูแลมากขึ้น (Montgomery et al.,1985) นอกจากนี้การประยุกต์การเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวคิดของ Miller & Rollnick (1995) เข้ามาในกิจกรรมโดยผสมผสานให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะการให้คำชี้แนะ การให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมและช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้ดูแลได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้การให้ความรู้แก่

ผู้ดูแลเกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2548) การเพิ่มทักษะและการให้ความรู้ที่ถูกต้องในระยะเริ่มแรกควบคู่ไปกับประสบการณ์จริงที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะทำให้ทักษะการดูแลมีคุณภาพมากขึ้น (Dreyfus & Dreyfus, 1986) เห็นได้จากการศึกษาของ ภัทรภรณ์ ท่งปิ่นคำและคณะ (2548) ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านช่วยเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ตามแนวคิดของ Dreyfus & Dreyfus (1986) การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาทักษะอย่างถูกต้องเมื่อผู้ดูแลเริ่มผสมผสานความรู้และประสบการณ์ตรงของตนเอง ทักษะนี้จะพัฒนาไปถึงขั้นมีความสามารถเกิดความชำนาญและเกิดความเชี่ยวชาญในที่สุด ความรู้และทักษะจะสามารถช่วยในการแก้ปัญหาของผู้ดูแลและเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ภัทรภรณ์ ท่งปิ่นคำ และคณะ, 2548; จิระพรรณ สุริยงค์ และคณะ, 2551)

คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจทำให้ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้นหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน การวิจัย

การศึกษานี้ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ซึ่งเป็นรูปแบบการให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (partnership) การให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย และเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา (Zygmunt, et al., 2002) ซึ่งการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและช่วยให้เกิดการเพิ่มทักษะการดูแล โดยการที่ผู้ดูแลได้รับความรู้จะช่วยให้เกิดความชำนาญ ช่วยเพิ่มพูนทักษะในการดูแลมากขึ้น (Montgomery et al., 1985) การให้ความรู้ที่ส่งผลต่อการดูแลในระยะยาวจะต้องให้

ความสำคัญในเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย และการนำแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) ของ Miller & Rollnick (1991) เข้ามาผสมผสานเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ดูแล เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยให้เห็นประโยชน์จากการเรียนรู้ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความพร้อมและมีความต้องการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) มาประยุกต์กับการเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวคิดของ Miller & Rollnick (1991) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวและสัมพันธภาพเพื่อสร้างแรงจูงใจในการบำบัดโดยใช้เทคนิค OARS การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ FRAMES มาใช้เป็นองค์ประกอบของการให้สุขภาพจิตศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วย การทำความรู้จักคุ้นเคย เพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และปัญหาที่เกิดขึ้น การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเล่าถึงประวัติการเจ็บป่วยและอาการสำคัญที่ทำให้ได้มาับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการใช้เทคนิค OARS ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended questioning) การยืนยันรับรอง (Affirmation) การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening) การสรุปความ (Summarization) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ยินสิ่งที่ตนเองคิดและรู้สึก สิ่งที่ผู้บำบัดอยากให้ผู้ดูแลผู้ป่วยกล่าวออกมาในการสนทนา คือ การพูดเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับตนเอง (Self Motivational Statement: SMS) (Miller & Rollnick, 1991 ; พิชัย แสงชาญชัย, 2548) การพูดคุยและอภิปรายประเด็นปัญหาเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยตามแนวคิดและประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมา ปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการดำเนินของโรคและวิธีการจัดการอย่างไร เชื่อมโยงให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเห็นถึงการร่วมมือในการบำบัดรักษานำไปสู่การปรับตัวในการดำเนินชีวิต ช่วยให้ผู้ดูแลตรวจสอบความคาดหวังของตนเองต่อผู้ป่วย ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแล (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

กิจกรรมที่ 2 การสำรวจความคิด ความเชื่อ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท การป้องกันอาการกำเริบของโรค และมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี เป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่า โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล (psychoeducation program) จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อที่จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยพัฒนาแนวทางในการดูแลให้ดียิ่งขึ้น เทคนิคที่สำคัญคือ FRAMES ประกอบด้วย Feed back : การให้ข้อมูลสะท้อนกลับเป็นการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ Responsibility: การเน้นความรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้ป่วย Advice : การให้คำแนะนำที่มีประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจ Menu : การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ การรักษา และการบำบัดด้วยวิธีการอื่น Empathy : การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจ (Self-efficacy) เป็นการส่งเสริมศักยภาพเดิม ที่มีอยู่ในตัวผู้ดูแลผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้ ให้ความหวังและกำลังใจ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้ ช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984, & Montgomery et al., 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Loukissa (1995) โดยใช้การเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสอนวิธีในการเผชิญปัญหา ช่วยทำให้ผู้ดูแลบรรเทาความทุกข์ใจ การรับรู้ภาระ และความขัดแย้งในครอบครัวลดลง โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ FRAMES

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ดูแลและครอบครัวทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นลดความเครียดให้น้อยลงได้ โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ FRAMES

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพมีการพัฒนา

ระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์และการปรับตัวการตอบสนองต่อความเครียดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รู้สึกไม่ถูกแยกทางสังคมรวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม(Brant & Weinert, 1985) โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ FRAMES

สมมติฐานการวิจัย

1. ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา
2. ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental research) เป็นการศึกษาแบบ 2 กลุ่ม วกก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) โดยประชากรที่ศึกษาคั้งนี้คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในเขตอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ตัวแปรตาม คือ ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม มีการร่วมมือระหว่างครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) มีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้จะช่วยให้เกิดความชำนาญ ช่วยเพิ่มพูนทักษะในการดูแลมากขึ้น(Montgomery et al.,1985) นอกจากนี้การประยุกต์การเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวคิดของ Miller& Rollnick (1995)เข้ามาในกิจกรรมโดยผสมผสานให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะการให้คำชี้แนะ การให้

ความสำคัญกับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมและช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยโดยการช่วยให้ผู้ดูแลได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกิดการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย, 2548) เป็นการบำบัดที่มุ่งหวังให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยให้เห็นประโยชน์จากการเรียนรู้ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมและมีความต้องการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น ใช้เวลาในการดำเนินการ 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45- 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรมคือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์กับครอบครัวและสัมภาระเพื่อสร้างแรงจูงใจในการบำบัด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วย การทำความรู้จักคุ้นเคย เพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และปัญหาที่เกิดขึ้น การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจโดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเล่าถึงประวัติการเจ็บป่วยและอาการสำคัญที่ทำให้ได้มารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการใช้เทคนิค OARS

กิจกรรมที่ 2 คือการสำรวจความคิด ความเชื่อ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และแนวทางการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเป็นการให้ความรู้ที่สำคัญตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

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

กิจกรรมที่ 4 คือ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) ให้ผู้ดูแลและครอบครัวทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 5 คือ การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพมีการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์และการปรับตัวการตอบสนองต่อความเครียดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รู้สึกไม่ถูกแยกทางสังคมรวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่ง โดยทั้ง 5 กิจกรรมที่กล่าวมา จะเน้นการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ FRAMES

ทักษะการดูแล หมายถึง ความชำนาญและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยซึ่งบุคคลสามารถพัฒนาขึ้นได้จากการเรียนรู้และจากการสั่งสมประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมการดูแล 3 ด้าน 1) ทักษะด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ การดูแลด้านการป้องกันการถูกกลั่นแกล้งหรือการถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น 2) ทักษะด้านการจัดการกับอาการของโรคประกอบไปด้วย การจัดการกับอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การจัดการกับอาการเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำร้ายตนเอง 3) ทักษะการดูแลด้านการบริหารยา ประกอบไปด้วย การจัดเตรียมยาให้เพียงพอ การดูแลด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา การดูแลด้านการปรับเปลี่ยนยา สามารถประเมินได้จากแบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดการพัฒนาทักษะของ Dreyfus & Dreyfus (1986) พัฒนาโดย ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ (2548)

ผู้ดูแล หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัลใดๆในการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว และมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามสภาพปัญหา คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชน
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อพัฒนาบทบาทของพยาบาล โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ให้เกิดการดูแลอย่างเป็นระบบครอบคลุมผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย