

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป จากข้อมูลอุบัติการณ์ทั่วโลกพบว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) มีความชุกของโรคพบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอุบัติการณ์การเกิดผู้ป่วยด้วยโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 1 ถึง 1.5 ของประชากร (Kaplan & Sandock, 1998) สำหรับอุบัติการณ์ในประเทศไทยพบการเกิดโรคจิต (Psychosis) ร้อยละ 1.8 จากรายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี 2549 มีผู้ป่วยจิตเวช มารับบริการจำนวน 1,314,451 คน ซึ่งในจำนวนนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนมากกว่าโรคจิตเวชชนิดอื่น และจากข้อมูลการให้บริการพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2549)

การป่วยด้วยโรคจิตเภทมีลักษณะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและค่อยเป็นค่อยไป จนกระทั่งอาการรุนแรงและมีควมพร่องในการทำหน้าที่ตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งในการป่วยแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของการทำหน้าที่และเป็นการรักษาพยาบาล (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) ด้านเศรษฐกิจนับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างมาก (กรมสุขภาพจิต, 2543) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น บิด มารดา สามีภรรยา พี่น้อง หรือบุตร เป็นต้น

กรมสุขภาพจิตได้มีนโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 ปี 2545-2551 ในการพัฒนาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อบรรลุตามเป้าหมายของการมุ่งสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนชาวไทยที่เน้นให้ประชาชนมีความตระหนักและสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน มีนโยบายให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตได้รับการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ลดอัตราผู้ป่วยในจิตเวชที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดอัตราป่วยด้วยโรคจิตของประชาชนไทยลงให้เหลือไม่เกินร้อยละ 1.7 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (กรมสุขภาพจิต, 2549) จากนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน ถ้าเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็ให้อยู่ในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุดและเข้าสู่ชุมชนโดยเร็ว (กรมสุขภาพจิต, 2540)

ปัจจุบันครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเข้ามามีบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากบทบาทเดิมในฐานะผู้ดูแลมากขึ้น (อุมพร ศรีภักดิ์, 2540) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลจากบุคลากรในทีมสุขภาพมาเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยทำให้ครอบครัวมีความสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (ยาใจ สิริขันธ์, 2542) ด้วยการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน การดูแลเรื่องการรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย เป็นผู้ติดต่อและเป็นผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่บุคลากรทางสุขภาพ (ยุพา หิน สิริโพธิ์งาม, 2539; วิวัฒน์ ยลาภูชานนท์ และคณะ, 2536)

ในปัจจุบันครอบครัวและชุมชนยังไม่มีความพร้อมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรุนแรงของโรคแบบเรื้อรังใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน ส่งผลให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องมีการในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เป็นอย่างมาก นอกจากนี้พบว่ามีจำนวนน้อยที่ผู้ป่วยจิตเภทป่วยเป็นครั้งเดียวแล้วหายขาดหรือป่วยซ้ำเพียง 2-3 ครั้งและหายกลับคืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนป่วยเพราะส่วนใหญ่หลังจากรักษาจนอาการทุเลาลงยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งเท่าไรก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้น มีการเสื่อมสภาพ หรือการทำหน้าที่ตามปกติลดลงเรื่อยๆ อาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอนจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่พบในระยะหลังของการเจ็บป่วยจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า เช่น มีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงสีหน้าเฉยเมย ไม่สนใจการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็โรคจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และในระยะฟื้นฟูสภาพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับความเห็นของญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการมีผู้ป่วยอยู่ในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกรับภาระหนัก ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (ยาใจ สิริขันธ์, 2538) นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเบื่อหน่าย เหนื่อยหน่าย (ชอดสร้อย วิเวกรรณ, 2543) ท้อแท้ หมดหวัง มีความวิตกกังวลจนก่อให้เกิดความเครียดกับการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รู้สึกหวาดกลัวกับอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Loukissa, 1995) ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีญาติป่วยทางจิต (Ip & Mackenzie, 1998) ผลกระทบของผู้ดูแลด้านร่างกายพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากมีอาการนอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อยและอ่อนล้าจากการดูแลผู้ป่วย (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) ปัญหาและความยุ่งยากในการดูแล เป็นเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่า เป็นภาระ

Montgomery Gonyea and Hooyman (1985) ได้ให้ความหมายของภาระของผู้ดูแลว่าเป็น การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึง ความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของ

ผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยบังเอิญ 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น ความเป็นอิสระลดลง สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวลดลง การไม่มีเวลาทำกิจกรรมในวันหยุดพักผ่อน การมีกิจกรรมร่วมในสังคมลดลงมีปัญหาน้ำที่ทำงานและปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทักษะคิด ปฏิภาณ คอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกเป็นทุกข์ในหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ การรับรู้ความรู้สึกดังกล่าวเป็นเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องมีผลทำให้เกิดอาการกำเริบ และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (มุลภา นุปลาสังข์, 2545) การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปถือว่าเป็นงานที่หนัก และเกิดความยุ่งยากในการดูแล (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

ผลกระทบต่าง ๆ ดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาระในการดูแลทั้งเชิงปรนัย และเชิงอัตนัย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นในครอบครัว จะรู้สึกยุ่งยาก เครียดในการดูแล ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Eakes, 1995; Thompson et al., 1993) การดูแลของญาติจะมีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การแสดงอารมณ์ ภายในครอบครัว การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การใช้สารเสพติด การไม่ไปพบแพทย์ตามนัด (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์ทรเสถียร, 2549) ร่วมกับความตึงเครียดในชีวิตของผู้ดูแลมีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (เชษฐาธิ พงศ์อนุตริ, 2531) โดยเฉพาะผู้ดูแลที่รู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงต่อผู้ดูแลด้วย ดังนั้นการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถือว่าครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุดเป็นสถาบันที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์ พงศ์, 2540; Falloon, Boyd & McGill 1984; Loukissa, 1995)

ผลกระทบต่อสังคม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชนและมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิดหรือบางครั้งพกพาอาวุธไว้กับตัว บางครั้งทุบทำลายข้าวของ เป็นต้น มีพฤติกรรมที่น่ารังเกียจหรือเป็นอันตรายต่อสังคม มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม มีโอกาสเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ เช่น

โรคเอดส์ และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเสพติดมากกว่าคนปกติ ผลกระทบต่อประเทศ คือ ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ดังการศึกษาวิจัยค้นพบการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละปีจะใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปีและมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2541)

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 22 ราย ช่วงเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2550 ผู้ศึกษาได้เลือกเขตพื้นที่ตำบลดลูกอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท เป็นกรณีศึกษาเนื่องจาก เป็นสังคมชนบทที่กำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมจากสภาพปัญหาอุทกภัยช่วงปี 2538, 2545, 2547, 2549, และ 2550 ที่ส่งผลกระทบต่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความยากลำบากในการเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์นัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบจากการขาดยา อีกทั้งการขาดปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมในการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย ปัญหาเศรษฐกิจภายในครอบครัวที่มาจากกรเกิดอุทกภัยที่ต่อเนื่องหลายปีทำให้ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดทางอารมณ์สูงและมีความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จากรายงานการรับบริการรักษาพยาบาลพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 85 มีความเครียดระดับมาก (รายงานประจำปีสถานีนอนมัยตำบลดลูก, 2549)

ผู้ศึกษาจึงได้ใช้แบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) มาใช้เพื่อประเมินผู้ดูแลเหล่านี้พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระสำหรับผู้ดูแลและครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคะแนนภาระในการดูแลระดับปานกลางจำนวน 9 ราย ในระดับมากจำนวน 8 รายในระดับมากที่สุดจำนวน 5 รายและเมื่อวิเคราะห์จากการตอบแบบสอบถามรายข้อพบภาระตามการรับรู้ของผู้ดูแลดังนี้ พบว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบจากการขาดยา การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งในผู้ดูแลแต่ละรายแบ่งเป็นภาระเชิงประนัยและภาระเชิงอัตนัยที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวสอดคล้องตามแนวคิดของMontgomery, Gonyea & Hooyman (1985)

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มเติม พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมาจากการที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเองไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดูแลตนเองเหมือนสมาชิกปกติและจำเป็นต้องพึ่งพาสมาชิกอื่นในครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะรับประทานเฉพาะเวลาที่มีอาการผิดปกติและไม่ไปพบแพทย์เพื่อรับยาตามนัด (ทะเบียนผู้ป่วยสถานีนอนมัยตำบลดลูก, 2549) สหเหตุสำคัญของการเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พบในกลุ่มผู้ดูแลเหล่านี้มาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

โดยส่วนใหญ่ไม่เข้าใจเรื่องโรคจิตเวชทำให้ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาและการรับประทานยาแบ่งเป็นการขาดการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการอาการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบปัญหาของผู้ดูแลที่ขาดการดูแลสุขภาพใจให้สุขภาพของตนเองมีสุขภาพเสื่อมโทรม เนื่องจากเครียดต่ออาการของผู้ป่วย ส่งผลทำให้เหนื่อยไม่หลับ ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง ปัญหาดังกล่าวถูกสะสมไว้เรื่อยๆ โดยไม่ได้รับการแก้ไข เมื่อปัญหาเรื้อรังจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งด้านการดำเนินชีวิตก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เมื่อหน่าย เครียด ซึ่งพัฒนาไปสู่ปัญหาทางสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัวลดลง (รายงานประจำปีเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลดง, 2549) ส่งผลให้เกิดภาระในการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องดำเนินการช่วยเหลือต่อไป

Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ได้ทำการศึกษาพบว่า การดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถที่จะอดทนต่ออาการต่างๆของผู้ป่วยได้มากขึ้น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การรับรู้ภาระการดูแลลดลงและมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งลดการกลั่นแกล้งเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) แบ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (individual psychoeducation) รายกลุ่ม (group psychoeducation) และการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) สอดคล้องกับการศึกษาของ ครุณี คชพรหม(2543) ศึกษากลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินหรือการตอบสนอง การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านแหล่งประโยชน์และบริการ นอกจากนี้สกาวรัตน์ ภูผา (2543) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินการตอบสนอง การสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านแหล่งประโยชน์และการบริการ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยกิจกรรมมุ่งความสำคัญที่การให้ความรู้และการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยจิตเภทหรือกับญาติผู้ดูแลหลักเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้โดยใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคลที่บ้าน

การให้สุขภาพจิตศึกษาวิธีการต่างๆเหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ โดยเฉพาะรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) เพื่อให้ครอบครัวยอมรับในบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ซึ่งปัจจุบันแนวคิดและรูปแบบของการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้น เน้นในเรื่องการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ที่ป่วยทางจิตมากขึ้น โดยช่วยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยด้วยการ

เสริมสร้างความร่วมมืออันดีระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัวและผู้ป่วย (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980; Falloon, Boyd & McGill, 1984; Goldstein et al., 1978; Leff et al., 1982 cited in McFarlane et al., 2003) นอกจากนี้การปฏิรูปการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ เน้นการให้การดูแลที่ต่อเนื่องมีการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพจิต ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยมีแนวคิดว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยและตระหนักว่าการไปเยี่ยมบ้านของพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเองที่บ้านได้ดีขึ้น(กรมสุขภาพจิต, 2546)

จากการศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อค้นหาแนวทางในการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พบในชุมชนด้อยโอกาส ผู้ศึกษาจึงสนใจนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว โดยใช้แนวคิดสุขภาพของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ที่มีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตในการนำครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้นประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support)

วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว

แนวเหตุผล และสมมุติฐานการศึกษา

ปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยว่าเป็นภาระที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท Montgomery, Gonyea & Hooyman (1985) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระหนักที่ส่งผลกระทบต่อด้านลบแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อลดภาระการดูแลโดยการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพจะช่วยลดภาระของครอบครัวที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการเดินทางมารับและขาดรายได้ของครอบครัวจากกรดูแลผู้ป่วยจิตเภท (รัชณีกร อุปลเสน, 2541) ผู้ดูแลบางรายต้องไปยืมเงินเพื่อนบ้านเป็นค่าเดินทาง ค่ารักษาและค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ บางรายต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยจิตเภทและต้องทำงานบ้าน

เองทั้งหมดเพราะผู้ป่วยจิตเภทไม่ช่วยทำงานในบ้าน การใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย การต้องนอนเป็นประจำเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ จากปัญหาในการดูแลเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดจนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับรับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนล้า (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) หากผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้จะเกิดความกดดันในตนเองทำให้มีโอกาสเกิดความผิดปกติทางจิตสูงขึ้น (Sallhe, 1994) จากการศึกษาของรัชณีกร อุปเสน (2541) ที่ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เป็นภาระในด้านเศรษฐกิจ รองลงมาคือ การพักผ่อนและเกิดผลเสียต่อสุขภาพตามลำดับ

สาเหตุสำคัญของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรวมทั้งขาดการสนับสนุน ปรึกษาปรึกษาทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ครุณี คชพรหม, 2543; Lim & Ahn, 2003; Magliano et al., 1998) การแสวงหาแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาและการหาวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชนเป็นการทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแล (อัญชลิ ศรีสุพรรณ, 2547) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ไม่รู้สึกถูกแยกออกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ มีการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดเป็นผลทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Higgin & Diccharry, 1991; Miller, 1983; Cohen & Wills, 1985; Lazaruz & Folkman, 1986; Thompson & Doll, 1993; Lawton et al., 1989; Wortman, 1984 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543)

ปัญหาด้านครอบครัวเกิดจากรอบครัวยังไม่พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและขาดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่มีความเข้าใจด้านยารักษาโรคทางจิตเวช เช่น ให้ผู้ป่วยจิตเภทหยุดรับประทานยาเองเพราะไม่ยอมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทถูกมองว่าเป็นโรคจิต (วาสนา ปานดอก, 2545) แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ประสบผลสำเร็จควรมีการผสมผสานบริการที่มีอยู่ใน

ชุมชนเข้าด้วยกันให้ความสำคัญของงานบริการชุมชนให้เท่าเทียมกับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและเตรียมบุคลากรให้พร้อมในการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับภาวะเครียดและปัญหาต่างๆที่เกิดจากผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน (Reinke & Greenley อ้างใน สถิตย วงศ์สุรประภิต, 2542) จากความสำคัญและปัญหาดังกล่าวการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจะส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล (Psychoeducation program) ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ช่วยให้ผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านปรนัยและด้านอัตนัยลดลง (Yamashita .1996) การปรับตัวหรือการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆของผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง

ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าและทบทวนแนวคิดต่างๆที่จะช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว (Family psychoeducation) ซึ่งได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการดำเนินการที่สำคัญในการช่วยลดปัญหาภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเป็นแนวคิดที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม (Participation) ในการดูแลและมีกิจกรรมประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (Joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (Coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวนี้ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงเนื้อหาการทำกิจกรรมจากหลากหลายแนวคิดดังนี้จากจิราพร รักการ (2549) ที่ใช้แนวคิดของ Anderson et al. (1980) จากการพัฒนาโปรแกรมเทคโนโลยีการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภทของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541) และจากเทคโนโลยีการให้ความรู้และทักษะแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา (2547)

โปรแกรมที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรมคือการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การพัฒนาความรู้และทักษะการจัดการให้เกิดการรับปรึกษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยในกิจกรรมจะประกอบด้วยเนื้อหาและรูปแบบของกิจกรรมที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาระในการดูแลลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถที่จะอดทนต่ออาการต่างๆของผู้ป่วยได้มากขึ้นมีความสามารถในการ

ดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลงและมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งผลการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา รอบครบ 1 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที วนครบ 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกันประกอบด้วย กิจกรรม 6 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 พัฒนาการ สร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ระบายความรู้สึก ให้ความรู้เรื่องบทบาทโครงสร้างของครอบครัวและภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมมือกันในการบำบัดรักษานำไปสู่การปรับตัวที่ดีในการดำเนินชีวิต ช่วยให้ผู้ดูแลและครอบครัวตรวจสอบความคาดหวังของตนเองต่อผู้ป่วย ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแล (อัญชติ ศรีสุพรรณ, 2547)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและครอบครัว มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท การป้องกันอาการกำเริบของโรคและมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี เป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและมีแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาสอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล (psychoeducation programs) จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้ มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและครอบครัว เข้าใจถึงวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา วิธีการจัดการให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ถือเป็นการเพิ่มความรู้ ทักษะการดูแล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ให้ผู้ดูแลและครอบครัว เข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้ ช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Loukissa, 1995 โดยใช้การเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสอนวิธีการเผชิญปัญหา ช่วยทำให้ผู้ดูแลบรรเทาความทุกข์ใจ การรับรู้ภาวะและความขัดแย้งในครอบครัวลดลง

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และครอบครัวทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้ กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถ ในการดูแลตนเองและผู้อื่นลดความเครียดให้น้อยลงได้ ครอบครัวจะมีการรับรู้ภาวะในระดับสูง เมื่อมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Magliano et al.1998)

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและครอบครัว สามารถบอกถึง วิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพมี การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการ ตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้การ ปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความ รุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด รวมทั้งทำให้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง (Higgin & Diccharry, 1991; Miller, 1983; Cohen & Wills, 1985; Lazarus & Folkman, 1986; Thompson & Doll, 1993; Lawton et al., 1989; Wortman, 1984 อ้างถึงใน ทวีประพิน สุขเขียว, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาตามสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการ ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวสามารถพัฒนาให้ผู้ดูแล มีการรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้คือ ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สถานีอนามัยตำบลลูก อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทหลังการใช้ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว

ขอบเขตโครงการศึกษาอิสระ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังเพื่อเปรียบเทียบภาวะในการ ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว ทำการศึกษาพื้นที่ ตำบลลูก อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีภูมิลำเนาในตำบลลูก อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว

ตัวแปรตาม คือ ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการจัดการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จุมนุ่งหมายเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) โดยการให้ความรู้โดยการประทับประคอง (Support) สำหรับครอบครัวผู้ป่วยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ในโปรแกรมนี้ได้ดำเนินกิจกรรม 6 กิจกรรม ซึ่งพัฒนามาจากกิจกรรมของ จิราพร รักรการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ประชุกตร์รูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตในการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้ปรับรูปร่างของกิจกรรมมาจากโปรแกรมการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเภทของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541) และ โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทสำหรับบุคลากรสาธารณสุข สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (2547) ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว ในเขตตำบลตลุก อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ติดต่อกันครั้งละ 45 - 60 นาที จนครบ 3 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายครอบครัว ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจหมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ค้นหาพฤติกรรมที่ต้องการจะแก้ไขช่วยให้ผู้ดูแลและครอบครัวตรวจสอบความคาดหวังของตนเองต่อผู้ป่วย ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและเกิดความเข้าใจอันดีภายในครอบครัวผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาหมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท การป้องกันอาการกำเริบของโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 อากาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของวิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะทางสังคมหมายถึงกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้

ภาวะในการดูแล หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ความรู้สึกของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้านที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งได้ศึกษาตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยภาวะการดูแล 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) สามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ลดอัตราการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยและลดภาระการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2) พัฒนาองค์ความรู้และพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการชั้นสูง เพื่อสามารถนำมาเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแล ส่งเสริมภาวะสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะมีปัญหาสุขภาพจิตต่อไป