

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในปัจจุบันพบว่ามีความโน้มเอียงเพิ่มขึ้นทั้งขนาดและความรุนแรงจากสถิติการเจ็บป่วยทางจิตด้วยโรคจิตของประชากรไทย พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปีงบประมาณ 2545 เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 60.63 และปีงบประมาณ 2546 เพิ่มขึ้นร้อยละ 21.10 ( กรมสุขภาพจิต, 2547 ) โดยพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 11 เป็นภาระของโลก (Global Burden of disease) ซึ่งในปี ค.ศ.2020 คาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะโรคจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งพบประมาณร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และเป็นปัญหาสำคัญของโรคทางจิตเวชทั้งหมด เนื่องจากเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ( สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 )

โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์ แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย และมีพฤติกรรมแปลก ๆ การป่วยทางจิตโดยเฉพาะโรคจิตเภทก่อให้เกิดผลเสียหายหลายด้าน ทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และประเทศชาติ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2543)

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชได้พัฒนาระบบการดูแลรักษาโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้นที่สุด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชแล้วจะกลับไปอยู่บ้าน ร่วมกับบุคคลในครอบครัว ครอบครัวจึงกลายเป็นเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ญาติต้องเป็นผู้ดูแลเกื้อหนุนผู้ป่วย และพบว่า ขณะดูแลผู้ป่วยโรคจิต สิ่งที่ญาติรู้สึกว่าเป็นปัญหา เช่น ผู้ป่วยไม่มีเพื่อน ไม่เข้าสังคม นอนมากไปเฉื่อยชา ไม่พูด ไม่ร่วมมือในการรักษา อาการของผู้ป่วยที่ทำให้ญาติเดือดร้อนได้แก่ พูดคนเดียว คำว่าเพื่อนบ้าน ก้าวร้าว ไม่นอน พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ขัดแย้งในครอบครัว (ชะฤทธิ์ พงษ์อนุตรี, 2531) และทางด้านเศรษฐกิจญาติต้องรับภาระมากไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยค่าใช้จ่าย

ในชีวิตประจำวัน ในด้านจิตใจความรู้สึกเดือดร้อน อับอาย โกรธ วิตกกังวล เศร้าใจ ( ยาใจ สิทธิมงคล, 2538 ) และถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้จะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสังคมได้ตั้งแต่ระดับน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง คือการทำร้ายผู้อื่น ( Torrey, 1994 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2546 )

จากการศึกษาของ เขียวลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลก ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมลดลง เนื่องจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวและค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องจ่ายอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ทำให้ครอบครัวมีความเดือดร้อนทางการเงิน และมีหนี้สิน ( มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544 ) ด้านสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวลดลง ไม่มีเวลาทำกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม ( วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537 ; มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544 ) ด้านร่างกาย ทำให้เห็นเด่นชัดน้อยกว่าภาวะที่ได้รับจากการดูแล ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการใจสั่น ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม และความดันโลหิตสูง ( รัชนิกร อุปเสน, 2541 ; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543 ) และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่สำคัญคือด้านจิตใจและอารมณ์ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล เศร้า และเกิดความรู้สึกเครียดเนื่องจากผู้เป็นโรคจิตเภท มีความคิด มีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด หวาดระแวง มีพฤติกรรมก้าวร้าว ( รัชนิกร อุปเสน, 2541 ; เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543 ; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ ; 2543 ) นอกจากนี้การศึกษาของ เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ (2545) ศึกษาคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งแปลและพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยมาตรวจรักษาหรือรับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง และโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ80) และร้อยละ 2.50 มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ

จากการวิจัยที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ ปัญหาความไม่สุขสบายหรือเป็นภาระทางด้านร่างกาย ปัญหาความตึงเครียดด้านจิตใจ ปัญหาด้านการใช้ชีวิตในสังคม ปัญหาด้านความเป็นอิสระส่วนบุคคล ปัญหาเศรษฐกิจ จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ นั้นล้วนเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ให้อำนาจ

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระพุทธบาท เปิดให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในรูปแบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 โดยมีบุคลากรที่รับผิดชอบงานคือ จิตแพทย์ 1 คน

พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักจิตวิทยาคลินิก 1 คน จากสถิติการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2545 – 2547 พบว่าสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นจำนวน 2,599 4,528 และ 6,365 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากสถิติพบว่าผู้มารับบริการสูงสุดคือ กลุ่มโรคประสาทวิตกกังวล รองลงมาคือกลุ่มผู้ป่วยโรคจิต และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตนั้นพบว่ามีอัตราที่สูงขึ้นจาก 768, 2,144 และ 2,442 ( คัดตามจำนวน visit ) เพิ่มขึ้นร้อยละ 174, 1.71 และ 12.55 ตามลำดับ ซึ่งการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปีงบประมาณ 2545 อาจเป็นผลเนื่องมาจากกรมสุขภาพจิตมีนโยบายส่งเสริมการดำเนินงานสุขภาพจิตสู่ชุมชน และมีการค้นหาผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาในชุมชนให้มารับการรักษามากขึ้น ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตพบว่าร้อยละ 78.70 เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ในปีงบประมาณ 2547 นั้นมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ 393 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวและไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงตัวเองได้ถึง 311 ราย และยังพบว่าผู้ป่วยยังมีผู้ป่วยที่เป็นภาระของครอบครัวในการที่จะต้องมีคนคอยดูแลอย่างใกล้ชิด คอยระวังไม่ให้ออกจากบ้านไปทำร้ายผู้อื่น คอยช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน และบางวันต้องคอยล่อลวง เป็นจำนวนมากกว่า 14 ราย

จากการศึกษาเบื้องต้นผู้ศึกษาได้ทำการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQOL –BREF – THAI ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่นอกเขตอำเภอพระพุทธบาทที่มารับยาแทนหรือนำผู้ป่วยมารับยาระหว่างเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน 2548 จำนวน 65 ราย พบว่า โดยภาพรวมมีคุณภาพชีวิตระดับกลาง 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.31 และคุณภาพชีวิตไม่ดี 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.08 มีเพียงร้อยละ 4.61 มีคุณภาพชีวิตที่ดี แยกเป็นรายด้านพบว่าด้านร่างกาย (Physical domain) มีคุณภาพชีวิตระดับกลาง 63.08 และคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 32.31 ตามลำดับ ด้านจิตใจ (Psychological domain) พบว่ามีคุณภาพชีวิตระดับกลางร้อยละ 56.92 และคุณภาพชีวิตไม่ดียุทธละ 40 ตามลำดับ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) พบว่ามีคุณภาพชีวิตระดับกลางร้อยละ 53.84 และคุณภาพชีวิตไม่ดียุทธละ 43.08 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) พบว่ามีคุณภาพชีวิตระดับกลางร้อยละ 66.15 และคุณภาพชีวิตไม่ดียุทธละ 30.77 ตามลำดับ ( ดังตารางในภาคผนวก ง )

จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่มารับยาแทนผู้ป่วยหรือนำผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา พบว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวทำให้เกิดปัญหากับผู้ดูแล ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทด้านร่างกายพบว่า ผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อน ทำให้อ่อนเพลีย บางครั้งถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายและได้รับบาดเจ็บ ด้านจิตใจพบว่าผู้ดูแลและสมาชิกอื่นในครอบครัวเกิดความรู้สึกตระหนก รู้สึกไม่แน่นอน วิตกกังวล กลัว และมีสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 20 ราย ที่มาขอรับบริการปรึกษาและบางรายจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยยา และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวล โรคแพนิค และโรคซึมเศร้า ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทและญาติถูกแบ่งแยกจากสังคมและบางครอบครัวแยกตัวจากสังคม เพื่อนบ้านรังเกียจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดการ

สนับสนุนช่วยเหลือจากสังคมในด้านต่าง ๆ ญาติที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นเวลานานไม่ได้รับการดูแลและช่วยเหลือด้านการประคับประคองจิตใจ ด้านที่พหุศาสตร์พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะถูกแยกออกไปจากครอบครัวโดยการแยกที่พักให้อยู่เพียงลำพัง และมีผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวน 4 ราย ที่ต้องแยกตัวเองออกไปอยู่กับญาติและคอยมาดูแลให้อาหารผู้ป่วยเป็นระยะ ทั้งนี้เนื่องจากมีประสบการณ์ที่ถูกผู้ป่วยทำร้ายและกลัวผู้ป่วยจะทำร้ายตัวเองซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจะเห็นได้ว่าการมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทนั้นส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ดูแลในครอบครัว และจากผลกระทบดังกล่าวนอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลด้านต่าง ๆ ให้ต่ำลง จึงถือได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิต และเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการดูแลด้วยการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจจะรุนแรงขึ้น

จากระบบและข้อจำกัดของงานบริการของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระพุทธบาท โดยเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ยังไม่มีระบบการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากผู้ป่วยโดยตรง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ธนิต โคตมะ และสวลี เปาโลหิตย์, 2538 ; เขียวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวในฐานะของผู้รับบริการทางการแพทย์พึงได้รับการดูแลโดยพยาบาลและพยาบาลต้องทำความเข้าใจเข้าใจยอมรับและเห็นคุณค่าของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในฐานะผู้ใช้บริการ และในฐานะมนุษย์ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ซึ่งการพยาบาลองค์รวมนั้นจะเป็นการพยาบาลเพื่อช่วยให้คนมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ( AHNA, 1933 อ้างใน สมจิตปทุมานนท์, 2541 )

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการพยาบาลองค์รวมเป็นการดูแลคนทั้งคน ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และจะส่งผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในแต่ละองค์ประกอบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมได้ และทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองนั้นเป็นการดูแลเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง มีจิตใจที่สดใส มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ได้รับการยอมรับจากบุคคล โดยพิจารณาจากปัจจัยทางกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ ซึ่งมีความเป็นองค์รวมเป็นหน่วยเดียวกันไม่สามารถแยกจากกันได้ และให้ความสำคัญกับพฤติกรรมและกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของตนเองในทุกมิติอย่างเป็นพลวัตร ( วิพุธ พูลเจริญ, 2544) นอกจากนี้การพยาบาลองค์รวมยังส่งผลให้ผู้ป่วย

จิตเภทไม่เป็นภาระของผู้ดูแลและครอบครัว สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ ลดการเจ็บป่วยทางจิตของกลุ่มเสี่ยง และยังสามารถลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ( นพรัตน์ ไชยธานี, 2544 ) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม

### แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมวิจัยต่างๆ เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสม ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท จากวาระแห่งชาติได้ประกาศนโยบายและเป้าหมาย “เมืองไทยแข็งแรง” ซึ่งมุ่งให้เกิดผลลัพธ์อันดีต่อคนไทยภายใต้คำว่า “อยู่เย็นเป็นสุข” ที่สมบูรณ์พร้อมทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และปัญญา (แผนกลยุทธ์การดำเนินงานสุขภาพจิต, 2549) เป็นการบูรณาการการให้บริการให้ครอบคลุม “แบบองค์รวม” ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทนั้นถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต พึงได้รับการส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น ผู้ศึกษาพบว่าโปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย อย่างเป็นขั้นตอน โดยมุ่งให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ได้เรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วย การอยู่ร่วมกัน การช่วยเหลือและประคับประคองผู้ป่วยจิตเภท อย่างถูกต้องครอบคลุมการดูแลตนเอง โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพและการสร้างแรงจูงใจ การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา การสอนการดูแลสุขภาพกาย และการพัฒนาทักษะด้านสังคม ที่พัฒนาจากโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) โดยพัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลองค์รวมของ Bolander (1994) และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของจิเรตนา ยูนิพันธุ์ (2534)

ทั้งนี้การให้การพยาบาลองค์รวมนั้น เป็นการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ( พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537 ) และเป็นพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลือบุคคลให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองเพื่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตของตนเอง ( สมจิต หนูเจริญกุล, 2531 ) การพยาบาลองค์

รวม จึงเป็นงานที่ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาเพื่อให้ความช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น โปรแกรมการพยาบาลองค์กรร่วมสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี เกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การให้ความร่วมมือในการค้นหาปัญหาของตนเอง นำสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ( นพรัตน์ ไชยธานี, 2544 ) ดังนั้นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ จึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลในการสร้างแรงจูงใจ และสามารถกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและสังคม นั้นจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ( Atkinson,J.M, 1996 อ้างถึงอัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547 )

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความมีคุณค่าในตน เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้พูดระบายเกี่ยวกับตนเอง ทั้งในข้อดี และข้อเสียของตนเอง ยอมรับข้อคิดเห็นที่แตกต่าง สามารถดูแลตนเองในการจัดการความเครียด มองเห็นศักยภาพของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบขั้นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของความต้องการด้านจิตใจ( Nathaniel, 1997,อ้างใน อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547 ) และเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง(Roger, 1961, อ้างใน อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) เป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่สำคัญประการหนึ่งของบุคคลที่จะทำให้ บุคคลตัดสินใจ และลงมือกระทำการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bandura,1986) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้น ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น มีความภาคภูมิใจในตนเอง มุ่งมั่นที่จะหาวิธีการเผชิญปัญหาหรือการเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพดี ( จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ) ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีนั้นเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตในทุก ๆ ด้าน

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลให้ผู้ดูแลในครอบครัวครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในเรื่อง ความเชื่อทัศนคติ ในเรื่องความเจ็บป่วยและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การการตอบสนองต่อความต้องการ การทางด้านจิตวิญญาณจากการศึกษาของ Greasley et.al. (2001) อ้างใน อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีแนวคิดที่ว่า จิตวิญญาณมีความสำคัญต่อสุขภาพ ทั้งนี้เพราะการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังใจเข้มแข็ง

ในการต่อสู้หรือเผชิญความเจ็บป่วย มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้หรือเผชิญต่อปัญหาของตนเอง ทำให้มีสุขภาพจิตซึ่งเป็นการมีสุขภาพจิตดีนั้นเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวให้รับรู้ถึงโรคการรักษาการดูแลในส่วนที่ยังไม่ทราบ/ไม่เข้าใจ/เข้าใจไม่ถูกต้อง และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ซึ่งความรู้และความเข้าใจในเรื่องโรค อาการแสดงออกด้านต่างๆของโรค การดำเนินของโรค แนวทางการดูแลรักษา รวมถึงการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองมากขึ้น ( Kaplan & Sadock, 1995 ) ทำให้ภาระของครอบครัวผู้ป่วยต่ำลง และครอบครัวสามารถปรับตัวและทำหน้าที่ในสังคมได้ดี ( Pai and Kapur (1981) : Lefley (1987) and Robinson (1994) อ้างใน นพรัตน์ ไชยธานี, 2544 ) และ ความรู้เป็นการพัฒนาศักยภาพขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล โปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้พวกเขาสามารถให้ความร่วมมือการรักษา ควบคุมความเครียดและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยในทางที่ดี( Yamashita,1996 อ้างในนพรัตน์ ไชยธานี, 2544 ) และยังส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแก้ปัญหาและเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง ก่อให้เกิดความผ่อนคลายทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ การให้ความรู้ยังเป็นปัจจัยหนึ่งในการดูแลตนเอง จะนำไปสู่ความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองนั้นเป็นเครื่องชี้วัดถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล ( จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ) ดังนั้นกิจกรรมการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา จึงเป็นกิจกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

กิจกรรมที่ 5 การสอนการดูแลสุขภาพกาย เป็นกิจกรรมที่ พยาบาลสอนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลได้ดูแลตนเอง การได้รับอาหาร อากาศ น้ำอย่างเหมาะสม ความสมดุลของการออกกำลังกาย การพักผ่อน และการทำกิจกรรม ทางด้านร่างกายที่ครอบคลุมความต้องการของบุคคล รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการเผชิญความเครียด เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ( จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 )ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองทั้งในด้านการป้องกันการเจ็บป่วย การดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยทางกายย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจขณะเดียวกันการเจ็บป่วยด้วยภาวะทางใจย่อมส่งผลต่อการเจ็บป่วยทางกายด้วยเช่นกัน การสอนการดูแลสุขภาพกายส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพการให้สมบูรณ์แข็งแรง เกิดการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่อยู่ และใช้ศักยภาพของตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่พึ่งพาผู้อื่นและไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว และส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเอง ด้าน

ร่างกาย จิตใจ ด้านการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ดี ( นพรัตน์ ไชยธานี, 2544 )

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะทางสังคม เป็นกิจกรรมที่ พยาบาลฝึกให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีทักษะในการสื่อสารตามสถานการณ์ การขอความช่วยเหลือจากครอบครัว และชุมชน และส่งเสริมให้บอกถึงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นได้รับทราบ และเรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาทักษะการสื่อสารจะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะพูดคุยและบอกกล่าวสิ่งที่ต้องการรวมทั้งเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งระบบสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ ( นพรัตน์ ไชยธานี, 2544 ) เป็นองค์ประกอบสำคัญในด้านจิตใจ โดยส่งผลต่อการลดความวิตกกังวล ความเครียด ผลที่เกิดขึ้นคือความผ่อนคลายของร่างกายและจิตใจ ( จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ) ซึ่งเมื่อเกิดการพัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสมย่อมส่งผลต่อองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมจึงเป็นการพยาบาลที่ผสมผสานทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม การใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ซึ่งเป็นศาสตร์ทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นการให้การพยาบาลบุคคลเป็นองค์รวม ผสมผสาน การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ จึงเป็นการพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้ จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมุติฐานว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้นภายหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม

#### ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรีกลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอพระพุทธบาท เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 20 คน ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม และตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท



### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

**การใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เน้นการส่งเสริมความมีคุณค่าของบุคคล ความมีอำนาจ การสร้างความหวังและกำลังใจ รวมทั้งการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย อย่างเป็นขั้นตอน โดยมุ่งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้เรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วย การอยู่ร่วมกัน การช่วยเหลือและประคับประคองผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้พัฒนามาจากโปรแกรมการดูแลแบบองค์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยกำหนดกิจกรรมทุกครั้งเป็นการทำกิจกรรมรายกลุ่มกลุ่มละ 10 คน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ

1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลพบผู้ดูแลในครอบครัวครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 45 นาที นาที โดยสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลในครอบครัว และให้ผู้ดูแลในครอบครัวครอบครัวร่วมกันบอกความรู้สึกและความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วย ร่วมค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดีนำไปสู่การปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ ตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยศักยภาพของตนเองและครอบครัว ร่วมกันจัดการกับปัญหา ร่วมกันแก้ปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

2. การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลพบผู้ดูแลในครอบครัวครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและบอกข้อดีข้อบกพร่องของตนเองและยอมรับในข้อบกพร่องของตนเอง และเรียนรู้วิธีการพัฒนาตนเองร่วมกัน และสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ดูแลสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้ ทำให้รู้สึกมีคุณค่า มีความหวังและมีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งประเมินความเครียดเรียนรู้วิธีการเผชิญความเครียดของตนเองและฝึกทักษะการคลายเครียด เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและผู้ป่วยได้

3. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลพบผู้ดูแลในครอบครัวครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 45 นาที โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือศรัทธา รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับรู้ว่าตนเองมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ โดยการใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามที่ผู้ดูแลนับถือ หรือศรัทธาตามความเหมาะสม

4. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลพบผู้ดูแลในครอบครัวครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ให้รับรู้ถึงโรคการรักษาการดูแลในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่ทราบ/ไม่เข้าใจ/เข้าใจไม่ถูกต้องรวมทั้งเรียนรู้วิธีการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเป็นเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัว

5. การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลพบผู้ดูแลในครอบครัว ครั้งที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 45 นาที เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสอนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลได้ดูแลตนเอง การได้รับอาหาร อากาศ น้ำอย่างเหมาะสม ความสมดุลของการออกกำลังกาย การพักผ่อน ครอบคลุมความต้องการของบุคคล เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ดูแลตนเอง

6. การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลพบผู้ดูแลในครอบครัว ครั้งที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที โดยการฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะในการสื่อสารตามสถานการณ์ การขอความช่วยเหลือจากครอบครัว และชุมชน พัฒนาให้ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถบอกถึงการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลบอกถึงความต้องการให้ผู้อื่นทราบ และมีการฝึกทักษะในการติดต่อสื่อสารด้วยตนเอง โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและทดลองฝึกปฏิบัติจริงจากสถานการณ์จำลอง

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจ ซึ่งเกิดจากการประเมินการรับรู้ของบุคคลในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่าง ๆ สัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง ในชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบ ด้านร่างกาย เป็นการรับรู้สภาพร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ด้านจิตใจ เป็นการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวก การรับรู้ภาพลักษณ์ ความภาคภูมิใจของตนเอง ด้านสัมพันธภาพทางสังคมเป็นการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่น การรับรู้ถึงความช่วยเหลือทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การประเมินระดับคุณภาพชีวิต ประเมินโดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตซึ่งแปลและพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนา โดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) ซึ่งมีความเหมาะสมทั้งด้านคุณสมบัติ ความเที่ยง ความตรง ภาษามีความชัดเจน กระชับ เข้าใจง่ายมีข้อคำถามไม่มาก และมีความสอดคล้องกับบริบทของคนไทย (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2541) ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึง

ความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพา ยาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช ในรูปแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติอื่น ๆ และมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการพยาบาล เป็นแนวทางให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชการให้การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบองค์รวมในการให้การดูแลผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชอื่นต่อไป