

## บทที่ 1

### บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร มีพฤติกรรม อารมณ์ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมด และพบประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Norton, Williams, and Owen, 2006) และเป็นโรคที่พบมากที่สุด ในการเจ็บป่วยทางจิตทั้งหมดโดยในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 23.34 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2550) ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2543) ผลจากความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ รัฐต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงจะเห็นได้จากการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการบริการทางสุขภาพจิต ของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศจำนวน 17 แห่งพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทมีจำนวนวัน Admitted เฉลี่ย 43 วัน/ ราย/ปี คิดเป็นต้นทุนรวมเฉลี่ยรายละ 28,230 บาท/ปี (อเนก สุภีรนนท์ และคณะ, 2550) นอกจากนี้ผลการศึกษาการะโรคและการบาดเจ็บ ในประเทศไทยปี พ.ศ.2542 ที่องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกได้ร่วมกันพัฒนาดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพ พบว่าเพศหญิงที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีการสูญเสียปีสุขภาวะอยู่ในลำดับที่ 17 ซึ่งแสดงให้เห็นประจักษ์ถึงการสูญเสียทางเศรษฐกิจของรัฐจำนวนมาก อีกทั้งโรคจิตเภทเป็นโรคที่รุนแรง เรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ต้องใช้เวลาในการรักษานาน หรือต้องดูแลตลอดชีวิต ดังนั้น จึงเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแลชุมชน สังคมและประเทศชาติเป็นอย่างมาก (สุมณฑา บุญชัย, 2545)

American Psychiatric Association (APA, 1994) ระบุว่าโรคจิตเภทมีการดำเนินโรคเป็น 3 ระยะ คือระยะเริ่มแรก (prodromal phase) ส่วนมากจะเริ่มด้วยการแยกตนเองทางสังคม ขาดความสนใจสุขวิทยาส่วนบุคคล การทำหน้าที่ด้านการงานหรือการเรียนบกพร่อง อาการมักค่อยเป็นค่อยไปอยู่ประมาณ 1 ปี และจะรุนแรงขึ้นจนกระทั่งเข้าสู่ระยะอาการชัดเจน (active phase) ซึ่งเป็นระยะที่อาการแสดงของโรคจิตเภท ปรากฏชัดเจน เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน บางอาการอาจรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายสิ่งของ อาการรุนแรงในระยะนี้ มักจะทำให้ญาติเดือดร้อน และตัดสินใจพาผู้ป่วยมารับการรักษา ระยะที่สาม ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) หลังจากได้รับการบำบัดรักษาแล้ว อาการจะยังไม่หมดไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการคล้ายระยะแรก แต่ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมทางจิตใจและการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่า เช่น ไร้อารมณ์ เฉื่อยชา ขาดความริเริ่มสร้างสรรค์ และอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยความ

ผิดปกติทางจิตที่หลงเหลืออยู่ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างดี มักจะกลายเป็นผู้ที่เป็โรคนิจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งถือเอาระยะเวลาป่วยตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ (Corsini, 1991 อ้างถึงใน รัชณี ศรีหิรัญ, 2544)

การบำบัดรักษาในปัจจุบันเน้นการผสมผสานทั้งการใช้ยาต้านโรคนิจิต การบำบัดทางจิตสังคม และการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยเป็นสิ่งเสริมซึ่งกันและกัน (อุมาพร ตรีภคสมบัติ, 2540) กว่า 30 ปีที่ผ่านมา การรักษาผู้ป่วยจิตเวช ได้ยึดนโยบายของการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Deinstitutionalization) ทั้งนี้เนื่องมาจากอิทธิพลของการค้นพบยารักษาทางจิตที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยา สามารถกลับสู่สภาพปกติได้อย่างรวดเร็ว หลักการรักษาที่เน้นการรักษาในชุมชน เกิดขึ้นเนื่องจากแนวคิดว่าการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานๆ จะทำให้เกิดผลเสียต่อการดำรงชีวิตในสังคมของผู้ป่วย ผลจากการนำนโยบายดังกล่าวมาใช้ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น ครอบครัวของผู้ป่วยจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ทำให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งเป็นการปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิม ผู้ดูแลต้องเรียนรู้บทบาทใหม่และปรับบทบาทเดิมให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ของผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลาแรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดซึ่งถือว่าเป็นงานที่หนัก (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) ผู้ดูแลจะมีปัญหาในการวางตัวในสังคม มีความเครียดกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รู้สึกหวาดกลัวกับอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Loukissa, 1995) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจึงเป็นภาระหน้าที่ที่หนักและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ (ชฎาคา ประเสริฐทรวง, 2543)

จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทสั้นลง ผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3-4 สัปดาห์ (พิเชษฐ อุดมรัตน์และคณะ, 2541) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลาหรือสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้นจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ที่อยู่ในครอบครัวจะต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล จนกว่าผู้ป่วยจะกลับสู่สังคมหรือทำงานได้ ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่ออาการทุเลามักยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป เนื่องจากความเสื่อมทางด้านการทำงาน และการใช้กระบวนการทางปัญญาของผู้ป่วย อีกทั้งการขาดการยอมรับจากสังคม ประกอบกับความเรื้อรังของอาการ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เป็นเหตุให้บุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด

ต้องทำหน้าที่แทน (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980) ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด หรือช่วยจัดการกับการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน (Ruppert, 1996) ซึ่งผู้ดูแลเกือบทั้งหมดเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยและไม่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังคงทำหน้าที่ตามบทบาทของคนในครอบครัวด้วย ผู้ดูแลจึงเกิดความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิตขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ทำให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีกับผู้ป่วย ขาดอิสระและการบริหารเวลาถูกรบกวน (Falloon, Boyd & McGill, 1984) ความยุ่งยากเหล่านี้เป็นสิ่งที่เรียกว่า ภาระจากการดูแลผู้ป่วย

ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงความยากลำบาก ความหนัก ซึ่ง Montgomery, Stull & Borgatta (1985) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่ในการทำงานเปลี่ยนแปลง และการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ ซึ่งภาระทั้ง 2 มิติ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกกดดัน ส่งผลกระทบโดยตรงกับภาวะสุขภาพ และส่งผลโดยอ้อมต่อความผาสุก (Well-being) รวมทั้งการมีชีวิตรื่นยาว และการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย

จากการศึกษาเกี่ยวกับความเห็นของญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการมีผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งญาติต้องคอยดูแลผู้ป่วยไม่ให้ทำในสิ่งที่น่าอาย และไม่ต้องทำให้ผู้อื่นรู้ว่ามีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีญาติป่วยทางจิต และในหลายการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า (Hobbs, 1997 ; Song, Biegel, & Millgan, 1997 อ้างในที่ปรึกษาพิณ สุขเจริญ, 2543) ต้องอดนอนเป็นประจำเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบ ต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด เพราะผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ยอมช่วยทำงานบ้าน ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับรับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้อาเจียน เหน็ดเหนื่อยอ่อนล้ากับการดูแล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบต่าง ๆ ดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการรับรู้ภาระในการดูแลทั้งเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยตามที่ Montgomery กล่าวไว้ ดังนั้นการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งการที่ผู้ดูแลรู้สึกมีการในการดูแล ดังกล่าวจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพเช่น เกิดการเบียดเบียนผู้ป่วย ไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแล ที่ต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพังโดยไม่ได้รับ

การช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นในครอบครัว จะรู้สึกยุ่งยาก หรือเครียดในการดูแล ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Eakes, 1995: Thompson, et al., 1993) ทั้งนี้เพราะการดูแลของญาติมีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท และการแสดงอารมณ์ภายในครอบครัว เช่นทำให้ผู้ป่วยมีการขาดยา รับประทานยา ไม่สม่ำเสมอ และเกิดความตึงเครียดในชีวิต ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหา อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงต่อผู้ดูแลดังกล่าว ดังนั้นการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแล นอกจากมีความสำคัญต่อการรักษา และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ยังมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลเองด้วย

จากข้อมูลพื้นฐานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากเกร็ดพบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวน 422, 586, 588, 589 และ 596 รายในปี 2546 – 2550 ตามลำดับ ผู้ป่วยเหล่านี้รับบริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลต่างๆ เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลชลประทาน โรงพยาบาลศิริราช เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ป่วยทั้งหมด 596 รายในปี 2550 เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอปากเกร็ดนานเกิน 6 เดือน จำนวน 168 ราย โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 56 ราย (ร้อยละ 33.33) ต้องได้รับการดูแลจากญาติและผู้ดูแล ในการช่วยเหลือพามาโรงพยาบาลหรือติดต่อรับยาแทนผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้บกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือประกอบอาชีพได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วย และพบว่าผู้ดูแลจำนวน 28 รายใน 56 ราย (ร้อยละ 50) มีความทุกข์ใจในการดูแลผู้ป่วย เช่น โกรธ ก้าว รั้งเกียจ หรือ ร้องไห้ เกือบทุกครั้งเมื่อพูดถึงผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงได้ทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาดังกล่าวข้างต้น จำนวน 28 รายในช่วงเดือน มีนาคม – มิถุนายน 2550 ในประเด็นที่เป็นปัญหาของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลแต่ละรายมีปัญหาที่เป็นภาระตามการรับรู้ของผู้ดูแลพอสรุปได้ ดังนี้

- 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) พบว่าผู้ดูแล 13 รายทำงานได้น้อยลง เนื่องจากต้องหยุดงานในการพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาหรือรับยาแทน ผู้ดูแล 3 ราย ไม่สามารถออกไปทำงานนอกบ้านได้ ต้องลาออกจากงานมาดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล 12 ราย มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแล 18 รายรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยทำให้นอนไม่ค่อยหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารได้น้อย และผู้ดูแล 6 รายรู้สึกว่าการดูแลทำให้เกิดการขัดแย้งในครอบครัว
- 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) พบว่าผู้ดูแล 9 ราย รู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในบ้านไม่กล้าสูงส่งกับผู้อื่น กลัวเพื่อนบ้านตำหนิและรังเกียจ ผู้ดูแล 14 ราย กังวลกลัวว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบรุนแรง ทำร้ายคนในครอบครัวหรือผู้อื่น ผู้ดูแล 6 คน มีอาการท้อแท้เบื่อหน่าย มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ผู้ดูแล 9 ราย รู้สึกไม่มีความสุข เหมือนมีเวรกรรม และผู้ดูแลจำนวน 5 ราย รู้สึกเครียด ไม่สามารถคุมอารมณ์ได้ ทำร้ายผู้ป่วย และแสดง

พฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งปัญหาความกดดัน และความเคียดแค้นของผู้ดูแลดังกล่าว เป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากปัญหาซึ่งก่อให้เกิดภาระในการดูแลดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้ศึกษายังได้สัมภาษณ์ผู้ดูแลเพื่อหาสาเหตุของการรับรู้ภาระในปัจจุบันโดยการสอบถามและใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) เนื่องจาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแล (นิสากร แก้วพิลา, 2545; Adamic, 1996; Marsh & Johnson, 1997 อ้างถึงใน จิราพร รักการ, 2549) พบว่า ผู้ดูแลจำนวน 27 ราย (คิดเป็นร้อยละ 96.43) ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท อาการและการดูแลรักษาผู้ป่วย จึงไม่พาผู้ป่วยไปรับยาหรือรับการรักษามากนัก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ประกอบกับผู้ดูแล ขาดทักษะในการสังเกตอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบ ไม่สามารถจัดการเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดอาการที่มีปัญหา สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพบว่าหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง มีความผิดปกติทางพฤติกรรมทางจิตหรืออารมณ์จะทำให้ผู้ดูแลต้องคอยควบคุมอาการต่างๆ และ จัดการปัญหาของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ (Tessler, Killian & Gubman, 1987 อ้างใน ทิพย์ประพิณ สุขเขียว, 2543) อีกทั้งผู้ดูแลต้องมีการทำบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลทำงานปกติได้น้อยลง มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมลดลง เกิดเป็นความเครียด นอกจากนี้การที่ไม่เข้าใจผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น แสดงท่าทีเบื้อหน้าย ท้อแท้ ดุด่า หรือทำร้ายผู้ป่วย เกิดความรู้สึก อับอายเหมือนมีเวรกรรมทำให้สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้านลดลง รู้สึกเหมือนขาดคนเข้าใจหรือ ขาดแหล่งสนับสนุนในการดูแลช่วยเหลือ จากสาเหตุดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทำให้รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่ยุ่งยาก หากปัญหาถูกสะสมและไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจพัฒนาไปสู่ปัญหาทางสุขภาพร่างกายและจิตใจ ทั้งต่อตัวผู้ดูแลเองและผู้ป่วย

จากสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา ขาดทักษะในการสังเกตอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะหาวิธีการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการลดภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาภาระในการดูแลซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารได้แก่ การให้คำแนะนำ หรือการให้สุขศึกษา แก่ผู้ดูแลจะช่วยลดภาระได้ (Yamashita, 1996; Pai & Kapur, 1981; Fowler, 1992; Bemheim, 1998 อ้างใน ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540; ดรุณี คชพรหม 2543) และจะช่วยเหลือได้ดียิ่งขึ้นหากช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ ช่วยแก้ไขปัญห เป็นที่ปรึกษาและเยี่ยมชมติดตามที่บ้าน แต่ที่ผ่านมามีการให้บริการสุขภาพจิตและ จิตเวชชุมชน ในเขตอำเภอปากเกร็ดยังประสบปัญหาในการดำเนินงาน เนื่องจาก

ข้อจำกัดในด้านบุคลากรซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบกับอำเภอปากเกร็ด เป็นสังคมกึ่งเมือง กึ่งชนบทขนาดใหญ่ในประเทศไทย อยู่ในเขตปริมณฑล กรุงเทพมหานครซึ่งมีการจราจรคับคั่ง ประชาชนอยู่กันอย่างหนาแน่น มีโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น ประชาชนมาประกอบอาชีพบริเวณใกล้เคียง โรงงานอุตสาหกรรมมาก มีการแข่งขัน มีระดับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมสูงเช่นเดียวกับสังคมขนาดใหญ่ทั่วไปของประเทศ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีผลให้ประชาชนต่างคนต่างอยู่ ไม่ช่วยเหลือเอื้ออาทรกัน ลักษณะครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ขาดสมาชิกในครอบครัวที่จะให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทขาดการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจจนเกิดมีความเครียดทางอารมณ์สูง ซึ่งการที่ผู้ดูแลไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวก็จะยิ่งทำให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลมากขึ้น เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา เช่น การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ (Crotty & Kuly, 1986)

การส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจอาจดำเนินการได้ในหลายลักษณะรวมทั้งการใช้เทคโนโลยี เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ถือเป็นกลวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและด้านอารมณ์โดยการพูดคุย แก้ไขปัญหาต่างๆ อย่างรวดเร็ว โดยใช้ระยะเวลาสั้นๆ ในการติดตามซักถาม สามารถช่วยเหลือผู้ดูแลได้ในแต่ละวันหลังการติดตามเยี่ยมบ้าน (Shaul, 2000) อีกทั้งยังช่วยให้การทำงานง่ายขึ้น สะดวกขึ้น ถือเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอปากเกร็ด เนื่องจากสถิติข้อมูล ICT ของประเทศไทยพบว่า ความหนาแน่นของการใช้โทรศัพท์จังหวัดนนทบุรี ทั้งโทรศัพท์ที่บ้านและโทรศัพท์มือถือจำนวน 46.63 และ 52.4 เลขหมายต่อประชากร 100 คน (NECTEC, 2007) สะท้อนให้เห็นว่าในปัจจุบันโทรศัพท์มีบทบาทที่สำคัญต่อการใช้ชีวิตประจำวันมากขึ้น ประชาชนบางคนที่ไม่มีความรู้ ไม่มีเครื่องคอมพิวเตอร์ ไม่สามารถใช้ Inter net ได้แต่ก็สามารถใช้โทรศัพท์ได้ แสดงให้เห็นว่าการติดตามทางโทรศัพท์ง่าย สะดวก รวดเร็ว ลดการสูญเสียเวลาเดินทางจากปัญหาจราจรของชุมชนเมือง ประกอบกับบางพื้นที่ของอำเภอ ปากเกร็ด เช่น ตำบลเกาะเกร็ด เป็นพื้นที่เกาะต้องเดินทางโดยทางเรือเท่านั้น บางเดือนประสบปัญหาน้ำท่วม ทำให้การคมนาคมไม่สะดวกพร้อมด้วย ดังนั้นการนำโทรศัพท์มาใช้ในการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน แก้ไขปัญหาต่างๆ ให้ผู้ดูแล คงไว้ซึ่งความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ McIntosh & Worley (1994 อ้างใน รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล พบว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ และสามารถติดตามผู้ป่วยได้จำนวนมากใน 1 สัปดาห์

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะแก้ไขปัญหาภาวะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยการให้รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว (Family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson, Hagarty & Reiss (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (Partnership) ในการดูแลการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นและอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข อีกทั้งส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตลอดจนนอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์แนวคิดการติดตามทางโทรศัพท์มาใช้ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวกับผู้ดูแลเนื่องจากเป็นเครื่องมือในการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจ ชมเชย แนะนำให้ผู้ดูแลลงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ถือเป็นการจัดสิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา โดยตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ดูแล ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดทัศนคติ ความเข้าใจ และตอบปัญหาต่างๆ ของผู้ดูแล ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำลดลง และลดภาระการดูแลของผู้ดูแลด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบว่ามีงานการสนทนาสุขภาพจิตรายครอบครัว ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการสนทนาสุขภาพจิตรายครอบครัว โดยนํารายการติดตามทางโทรศัพท์มาใช้ในการลดภาระการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

### วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสนทนาสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์

### แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานโครงการอิสระ

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีระยะเวลาการบำบัดที่ยาวนาน มีการดำเนินโรคเป็นไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด เป็นผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในการดำรงชีวิตทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะเครียดและรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น

(Robinson, 1990) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุสำคัญของภาวะการเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่เป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (นิสากร แก้วพิลา, 2545; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) รวมทั้งขาดการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ครุณี คชพรหม, 2543; Lim & Ahn, 2003; Magliano et al., 1998) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจนำการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว (Family psychoeducation) ซึ่งได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) มาใช้ในการลดภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจาก มีการดึงให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (Partnership) ในการดูแล และมีกิจกรรมประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (Joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) นอกจากนี้ยังได้นำการติดตามทางโทรศัพท์มาใช้ในการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความรู้ คำแนะนำต่างๆ โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษา ปรับปรุงมาจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เพิ่มกิจกรรมการติดตามทางโทรศัพท์อีก 1 กิจกรรมรวมเป็น 6 กิจกรรม โดยในแต่ละกิจกรรมจะประกอบด้วยเนื้อหา และรูปแบบของกิจกรรมที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะในการดูแลลดลงดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ ซึ่งแรงจูงใจประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม สอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยให้ความรู้เรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและภาวะในการดูแลผู้ป่วย พุดคุยให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมและมีความต้องการที่จะเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) รวมทั้งส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยวเป็นการช่วยเหลือระดับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตนเอง มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านปรนัยและอับนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2545)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา ประกอบด้วยการให้ ผู้ดูแล ได้เข้าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษา สอบถามประสบการณ์เดิม



เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้น เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไร ที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ภาระในการดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yamashita (1996) ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล (Psychoeducation programs) ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลได้ ทำให้พวกเขาสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา ควบคุมไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ช่วยให้มีส่วนในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี จึงส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านปรณัยและอัตรณ์ยลดลง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่บ่งบอกของผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท การสังเกตอาการเตือน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือก ที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสมส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลด้านอัตรณ์ยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วยทำให้สมาชิกได้เล่าถึง ประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด ให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการและวิธีการจัดการกับความเครียด สาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเอง และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม ซึ่งการเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น ลดความเครียดให้น้อยลงได้ ส่งผลให้ลดภาระทางด้านอัตรณ์ยลง เนื่องจากภาระด้านอัตรณ์ยเป็น

ผลกระทบด้านจิตใจ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ประกอบด้วยการให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม สาธิตการสื่อสารทางบวก และให้สมาชิกฝึกปฏิบัติให้ความรู้เรื่องการสื่อสารในครอบครัว และการพูดคุยในประเด็นเมื่อมีความไม่สบายใจเกิดขึ้น สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากคนในชุมชนที่อาศัยอยู่ ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชน ซึ่งการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (Communication skills) นี้เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรี คันธสายบัว, 2544) ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแล (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) เพราะจะทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และเกิดความเข้าใจอันดีภายในครอบครัว (นภัสสิริ คำสอน, 2548) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้การพัฒนา ระบบสนับสนุนทางสังคมนั้น จะมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Higgin & Diccharry, 1991; Miller, 1983; Cohen & Wills, 1985; Lazarus & Folkman, 1984 Thomson & Doll, 1993; Lawton et al., 1989; Wortman, 1984 อ้างใน ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้การปรับตัวหรือการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระด้านปรนัยลดลง

กิจกรรมที่ 6 เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาใช้โทรศัพท์ในการติดตาม เพื่อให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมที่จัดในแต่ละครั้ง และให้การกระตุ้น การแนะนำ การเสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจและ เป็นที่ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว โดยผู้ศึกษาทำการติดตามทางโทรศัพท์ที่บ้านผู้ป่วยจิตเภทหลังจากการจัดกิจกรรมที่ 1 – 5 ภายใน 3 วัน ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์นาน 5 – 30 นาที เฉลี่ย 15 นาที ซึ่งกิจกรรมนี้จะส่งผลต่อการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ตามสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทาง

โทรศัพท์ดังกล่าวสามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง

ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมุติฐานในการศึกษาค้างนี้คือ

ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์

ขอบเขตของการศึกษาโครงการอิสระ

การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-และหลังเพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลัง การใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์โดยมีขอบเขตการศึกษาค้างนี้

1. ประชากรที่ศึกษาเป็นครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และบุคคลในครอบครัวผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี แต่ในการศึกษาค้างนี้จะประเมินผล เฉพาะภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์

2.2 ตัวแปรตาม คือ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์หมายถึงการดำเนินกิจกรรมที่จัดขึ้น เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว (Family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตโดยการให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (Partnership) โดยในการศึกษาค้างนี้ ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงโปรแกรมมาจากการศึกษาของจิราพร รักษ์การ (2549) ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (Joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (Coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยผู้ศึกษาได้เพิ่มการติดตามทางโทรศัพท์มาอีก

1 กิจกรรม รวมเป็น 6 กิจกรรม ซึ่งผู้ศึกษาคำเนนกิจกรรมที่ 1 – 5 ตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษา เป็นรายครอบครัวที่บ้านใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 45 – 60 นาที โดยมีสมาชิกเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวหรือ ผู้ดูแลรองที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ส่วนกิจกรรมที่ 6 ผู้ศึกษาใช้โทรศัพท์ติดตามเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน หลังการดำเนินกิจกรรมที่ 1- 5 ภายใน 3 วัน ระยะเวลาในการกิจกรรมที่ 6 แต่ละครั้ง นาน 5 – 30 นาที เฉลี่ย 15 นาที

โดยมีระยะเวลาดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน 5 สัปดาห์ คือ

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 6

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 6

สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และ 6

สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 6

สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 และ 6

โดยมีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษา กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ และมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของ โรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึง อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นสามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติ หรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม หมายถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว สามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือ จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีการสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาใช้โทรศัพท์ในการกระตุ้น การแนะนำ และการเสริมแรง เพื่อตอบปัญหาข้อข้องใจ เป็นที่ปรึกษา เป็นขวัญกำลังใจ ผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทและครอบครัวโดยติดตามภายใน 3 วันหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม ที่ 1 – 5 ทุกกิจกรรม

ภาระการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้าน รวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึง ความหนักใจความเครียด ความเคียดแค้น ความขากลำบาก ความยุ่งยาก ในการกระทำกิจกรรมการ ดูแลของผู้ดูแล ที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้ศึกษาตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยภาระการดูแล 2 มิติ ได้แก่

1. ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระ ลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

2. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทาง อารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเครียด ความรู้สึกไม่ได้รับการช่วยเหลือ และความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่ เอาใจใส่ผู้ป่วย ประเมินโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2545)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หรือบุตรเพียงคนเดียว คนหนึ่งที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการ ดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลากว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับ ค่าตอบแทนในการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ การวินิจฉัยใน DSM- IV และ ICD10 และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน ในเขตอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงบุคคลที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือ ทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วย

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวและการติดตามทางโทรศัพท์มาประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย ผู้ดูแล ครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขและลดอัตราการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วย
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาค้นคว้าวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างมาก
3. นำข้อมูลที่ได้จากผลการศึกษา มาพัฒนาระบบบริการทางการพยาบาล พัฒนาระบบของพยาบาล โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence - based) รวมทั้งนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาบทบาทของผู้นำทางด้านการพยาบาล เพื่อความเจริญก้าวหน้าของวิชาชีพ