

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แนวคิดในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทได้ยึดถือนโยบายของการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ครอบครัว และชุมชนให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Deinstitutionalization) Lazre (1980) กล่าวว่า การรักษา ระยะสั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวให้เข้ากับสังคมเดิมของตนเองให้เร็วที่สุด ดังนั้น ครอบครัวจึงมีความสำคัญและมีบทบาทเป็นอย่างมากในการดูแลที่บ้าน ครอบครัวต้องรับภาระหน้าที่เป็นผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชนได้ การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา จึงมีความสำคัญมากต่อการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน (ยาใจ สิริธมมคณ, 2542)

ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือการป่วยซ้ำของโรค เนื่องจากการป่วยซ้ำเป็น ปัญหาซับซ้อน มีองค์ประกอบหลายอย่าง ทั้งอาการของโรคและสิ่งแวดล้อมที่เป็นบริบทของผู้ป่วย ในปัจจุบันมีแนวคิดที่ครอบครัวคือแหล่งประโยชน์ที่สำคัญและดีที่สุดสำหรับการดูแลผู้ป่วย จิตเวชในชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยทุกระยะจากแนวคิดและรูปแบบการ ดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทเน้นในเรื่องการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ครอบครัวได้รับความ เดือดร้อนอย่างมากในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยเขามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งเป็นการ ปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิม ส่งผลให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว คนอื่นๆเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดซึ่งถือว่าเป็นงาน ที่หนัก (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) อาจกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านครอบครัวที่มีส่วนสำคัญ อย่างมากต่อการป่วยซ้ำ จากรายงานการศึกษาถึงปัญหาด้านครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ป่วยซ้ำ พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (เพชร คันธสายบัว, 2544) โดยพบว่าความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากการที่สมาชิกใน ครอบครัวมีการแสดงท่าทางที่ไม่เป็นมิตร วิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิติเตียนและการก้าวก้าวการ กระทำ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับมาก (Sunpaveerawong, 2006) มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิด การป่วยซ้ำ ก่อให้เกิดความเสียหายของการทำหน้าที่ สัมพันธภาพทางสังคม ส่งผลทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและเป็นภาระในการรักษาพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่กับผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงแม้ ผู้ป่วยจะมีการใช้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ก็ไม่สามารถลดอัตราป่วยซ้ำได้ (Leff, 1981) เนื่องจาก ความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่มองเห็นไม่ชัดทำให้ญาติมีความคาดหวังต่อ ผู้ป่วยสูง เมื่อไม่สมหวังญาติจะรู้สึกโกรธและวิพากษ์วิจารณ์ และ/หรือญาติที่รู้สึกผิดอุทิศตนให้ มากเกินไป ก่อให้เกิดสภาพของความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป

การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึงการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัวจิตเภท ได้แก่ การใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติต่อผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์ตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ประกอบด้วยอาการทางลบและอาการทางบวก โดยการแสดงออกทางลบ หมายถึง การแสดงรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้าท่าทางและความรู้สึกของครอบครัว ประกอบด้วย 1)การวิพากษ์วิจารณ์ หมายถึงการใช้คำพูด และ/หรือการใช้ น้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจ ไม่ชอบ ไม่ยอมรับหรือเกลียดชังต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท 2)การแสดงความไม่เป็นมิตร หมายถึงการตำหนิ ดิเตียนและการไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง ตำหนิวิจารณ์ที่ตัวบุคคลมากกว่าการกระทำ 3)ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป หมายถึง การมีความห่วงใยในผู้ป่วยมากเกินไป กังวลและ/หรือแสดงความเสียสละ กระทำแทนผู้ป่วย โดยการแสดงออกบ่อยครั้งเกินไปไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก หมายถึง การแสดงในรูปแบบน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 1)การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร หมายถึง การแสดง ความห่วงใย ความเข้าใจ และความสนใจในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกิริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ 2)การแสดงความชื่นชม หมายถึง การแสดงออกถึงความพอใจ เห็นชอบ การยกย่องชมเชย และการแสดงความชื่นชมยินดี ต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาถึงการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา เริ่มต้นจากการศึกษาของ Brown et al. ในปี 1962 ได้ทำการศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำ ซึ่งได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำ และได้มีการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ซ้ำอีกหลายครั้ง โดยผลการวิจัยพบว่า ภายใน 9 เดือน หลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปสู่ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีโอกาสป่วยซ้ำร้อยละ 58 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มาจากครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำมีโอกาสกำเริบซ้ำเพียงร้อยละ 16 เท่านั้น การที่จะแยกว่าครอบครัวไหนมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงหรือต่ำ แยกได้โดยสังเกตจากแนวโน้มของครอบครัว คือ ครอบครัวที่มีความอบอุ่น มีความห่วงใย มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ร่วมกันมีความอดทน ยืดหยุ่น ไม่ก้าวร้าวซึ่งกันและกัน แสดงว่า ครอบครัวนั้นมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ แต่ในทางตรงกันข้ามครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มักไม่อดทนต่อปัญหาของผู้ป่วย ใช้วิธีไม่เหมาะสมและไม่ยืดหยุ่นกับผู้ป่วย มีความผูกพันทางอารมณ์สูงหรือมีการวิพากษ์วิจารณ์ในครอบครัว (Rungreangkulkij and Gilliss, 2000; Barrowclough & Hooley, 2003)

การศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการศึกษาอย่างกว้างขวางในต่างประเทศ ซึ่งจากการทบทวนรายงานการศึกษา พบว่าระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละสังคมไม่เหมือนกัน เช่น มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทประเทศอินเดียมีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเทศเดนมาร์กและอังกฤษ (Wig et al., 1992) ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประเทศฝรั่งเศสมีระดับการแสดงออกทางอารมณ์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์สูง (Barrelet et al., 1990) ในประเทศไทยมีการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา อยู่ในระดับปานกลาง (ดวงตา อุทุมพฤษพร, 2533) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (ภรดี ไชยสิน, 2545) ในภาคใต้ พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับที่เหมาะสมและด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับที่เหมาะสม (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) และจากผลงานวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ ตอนบนมี 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ ตัวแปรที่สามารถร่วมพยากรณ์การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบนมี 2 ตัวแปรคือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และภาคกลางจากการศึกษาของสุทธิรัตน์ อุทัย (2550) ศึกษาการใช้กลุ่มส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตนเองต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลห้วยกระเจา วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในโรงพยาบาลห้วยกระเจา ด้วยแบบสอบถามของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) 15 คนพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม 10 คนการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกไม่เหมาะสม 2 คน การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบไม่เหมาะสม 8 คน จากปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาลำคัญอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้องเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานประจำได้ทำการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในโรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง ด้วยแบบสอบถามของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) 10 คนพบว่าผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ($\bar{X} = 2.00$) และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม ($\bar{X} = 2.45$) ซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์แล้วอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม และจากการสอบถามเพิ่มเติม พบว่าปัญหาของผู้ดูแล ได้แก่ ไม่ทราบวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกต้อง ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ฐานะยากจน สภาพที่อยู่อาศัยอยู่ไกลจากโรงพยาบาล การเดินทางมาใช้บริการเป็นไปด้วยความลำบาก เกิดความเครียด รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระ เบื่อหน่ายจากปัญหาดังกล่าว

ส่งผลทำให้เกิดความตึงเครียดในครอบครัว ผู้ป่วยเกิดการขาดยา มีปัญหาทางกาย ใช้สารเสพติด เกิดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ทางด้านลบของผู้ดูแลส่งผลเสียมากกว่าการแสดงอารมณ์ทางด้านบวก กล่าวคือ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบที่มากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับมากก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่และสัมพันธภาพทางสังคม การแสดงออกทางด้านบวกที่มากเกินไปของผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่ประกอบอาชีพ ขาดทักษะทางสังคมและแยกตัว เพราะผู้ดูแลเกิดความสงสัยและความผูกพันจึงดูแลผู้ป่วยในทุกๆด้าน (ชนมาภรณ์ จันทพงษ์เสถียร, 2549)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการพยาบาลเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ ทำโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Cozolino et al., 1988) ฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาภายในครอบครัว (Falloon et al., 1982, 1985 cited in Brooker.,1990) ในผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง และมีการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลและความทุกข์ทรมานสูงจากการดูแลผู้ป่วย (Stengard., 2003)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy theory) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีพื้นฐานทางปัญญาของ Bandura (1977) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว การตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อในความสามารถและความคาดหวังในผลลัพธ์ การสร้างหรือส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นสร้างได้จาก 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ 3) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง 4) การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นอารมณ์ เพราะเมื่อสร้างหรือส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความมั่นใจพร้อมและสามารถกระทำพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั่นเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมมากขึ้น นอกจากจะเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากเกินไป ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตต้องให้การพยาบาลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อคงไว้ซึ่งการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ จากการศึกษาที่ผ่านมาของ

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ศึกษาตัวแปรคัตสรรที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์และคาดว่าสามารถทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกและด้านลบได้ ควรเน้นให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการแสดงออกทางอารมณ์ ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Cozolino et al. 1988) ฝึกทักษะการสื่อสาร และการแก้ปัญหาในครอบครัว (Falloon et al. 1982; cited in Brooker., 1990) เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และการส่งเสริมรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว และการเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาการใช้ยาหลังจำหน่าย (กาญจนา ชัยเจริญ, 2547) การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ หารายได้ของผู้ป่วย (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545) เพื่อเพิ่มการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ดังนั้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ที่บ้านและชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้นำโปรแกรมการใช้กลุ่มส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลหน่วยกระเจา ของสุทธิรัตน์ อุทัย (2550) มาพัฒนาโดยใช้การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยใช้แนวคิดของ Bandura (1977) ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ Danielson, Bissell and Fry(1993) จัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่บ้าน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมและมุ่งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม โดยผู้ศึกษาคาดว่า โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จะส่งผลทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยและลดภาระการดูแลได้ ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีศักยภาพ ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกและด้านลบของผู้ดูแลอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในเขตอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการที่เป็นลักษณะเด่นคือ มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และอารมณ์และส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ผิดปกติ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อครอบครัวและสังคม ปัญหาการป่วยซ้ำจะมีผลทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ผู้ดูแลรู้สึกผิด ก่อให้เกิดสภาพของการมีความผูกพันที่มากเกินไป และความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่

มองเห็นไม่ชัดเจน ญาติไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยสูง เมื่อไม่สมหวังญาติจะรู้สึกโกรธและวิพากษ์วิจารณ์

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความจำเป็น เป็นอย่างมากเนื่องจาก ถ้าสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาศักยภาพที่ยังหลงเหลืออยู่ภายหลังจากเจ็บป่วยทางจิตอย่างเต็มที่ จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับสภาวะปกติจะส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำ

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้นำโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1977 : 10) ที่ได้เสนอแนวความคิดว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างองค์ประกอบของบุคคล (Personal factor) และองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม (Environment factor) สาเหตุของพฤติกรรมนั้นยังเป็นผลมาจากการเรียนรู้ทางสังคม คือ มนุษย์เรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์กับเหตุการณ์ เรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรม การเรียนรู้จะกลายเป็นความเชื่อที่มีผลในการควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ หากบุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการที่จะกระทำพฤติกรรมก็จะมีแนวโน้มสูงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นจริง จากการศึกษาของ Flay และคณะ ในปี 1983 พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ได้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติหลังจากให้ความรู้ แต่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรอื่นก่อน เช่น ค่านิยม การตัดสินใจ ทักษะการปฏิบัติและตัวเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรม และ Flay ยังให้ข้อคิดอีกว่า ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดจากปฏิบัติจริงก็ต่อเมื่อบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติและมีทางเลือกในการปฏิบัติที่เหมาะสม ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ Danielson, Bissell and Fry (1993) ได้เสนอแนวคิดว่า พยาบาลควรเป็นผู้เชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้มีบทบาท เป็นผู้สื่อสาร เป็นผู้สนับสนุน แนะนำการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัว การให้การช่วยเหลือที่บ้านผู้ป่วยทำให้เกิดการเรียนรู้จากสภาพแวดล้อมจริงของผู้ป่วยการนำไปใช้จริงจึงคาดว่าน่าจะเกิดขึ้นได้ง่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมและจากการศึกษาของชนมากรณ์ จันทพงศ์เสถียร (2549) พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ทางด้านลบของผู้ดูแลส่งผลเสียมากกว่าการแสดงอารมณ์ทางด้านบวก กล่าวคือ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบที่มากเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดในระดับมากก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่และสัมพันธภาพทางสังคม การแสดงออกทางด้านบวกที่มากเกินไปของผู้ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่

ประกอบอาชีพ ขาดทักษะทางสังคมและแยกตัว เพราะผู้ดูแลเกิดความสงสัยและความผูกพันจึงดูแลผู้ป่วยในทุกๆด้าน

ดังนั้น การที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีการแสดงออกที่เหมาะสมมากขึ้น จะต้องมีการพัฒนาความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะการสื่อสาร การดูแลสุขภาพของตนเอง วิธีการผ่อนคลายความเครียดและการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้อง อีกทั้งยังจะต้องช่วยให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตที่ถูกต้อง ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้นำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยประยุกต์ตามทฤษฎีของ Bandura 1977 เพื่อจะส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ลดการป่วยซ้ำและมีการแสดงออกทางอารมณ์ทางด้านบวกและด้านลบของผู้ดูแลอย่างเหมาะสม

หลังจากที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับโปรแกรมดังกล่าว ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เองอย่างต่อเนื่องและผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีการแสดงออกทางอารมณ์ทางด้านบวกและด้านลบอย่างเหมาะสมได้มากขึ้น

สมมติฐานการศึกษา

- 1.การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเหมาะสมขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
- 2.การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเหมาะสมขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pre – test, post - test design) โดยประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20-59 ปี ทำการทดลองที่บ้านผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ตัวแปรตาม คือ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่บ้าน หมายถึงกิจกรรมที่พยาบาลจัดกระทำขึ้นสำหรับผู้ดูแลที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท โดยมุ่งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจ ฟังพอใจและเกิดความมั่นใจในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ตามแนวทางการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ Danielson, Bissell and Fry (1993) ประกอบด้วยการจัดการสอนที่บ้านรายครอบครัว จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การกระตุ้นความพร้อมทางอารมณ์และสรีระ การได้รับคำแนะนำหรือการชักจูงด้วยคำพูด

พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการโดย การสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นการสร้างความพร้อมและแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ มากขึ้น เป็นการให้คำพูดอธิบาย การให้คำแนะนำชักชวนและกระตุ้นเพื่อให้ผู้ดูแลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย และมั่นใจในความสามารถของตนเอง โดยการใช้คำพูดชักจูงให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเกิดความพยายามและมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วย ผ่านการให้ความรู้โดยการสอนเรื่องโรคจิตเภทและการรักษา ยา การรับประทานยา อาการนำที่พบบ่อย ประโยชน์จากการเรียนรู้จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยและเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และมีการแสดงออกที่เหมาะสม

ครั้งที่ 2 การทบทวนความสำเร็จ และการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ

พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการโดย ให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผ่านภาพวิดีโอ เป็นวิธีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ ผู้ดูแลมองเห็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้โดยการสอน เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและวิธีการจัดการ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค และลดภาระในการดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

ครั้งที่ 3 การกระตุ้นทางอารมณ์และสรีระ และการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการผ่อนคลายความเครียด

พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการโดย ช่วยให้ผู้ดูแลแสดงอาการทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับความเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามอย่างเหมาะสม เนื่องจากจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง การให้ความรู้ในการดูแล

สุขภาพร่างกาย และการผ่อนคลายความเครียด เป็นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลแสดงออกต่อผู้ป่วยด้วยการไม่วิพากษ์วิจารณ์ เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ครั้งที่ 4 การทบทวนความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการโดย พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการแสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการทดลองพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และ ปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองเป็นประสบการณ์ตรง จะมีผลต่อการรับรู้มากขึ้น เกิดความเชื่อมั่นว่า ควรมีความรู้ ความสามารถ ปรับตัวในบทบาทผู้ดูแล เพื่อให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ครั้งที่ 5 การทบทวนความสำเร็จและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการโดย ประเมินความรู้ และความสามารถของผู้ดูแลในการนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างประสบผลสำเร็จ จะมีผลทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล และหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมและมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมาก จะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มาก ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ช่วยลดความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยได้

การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยจิตเภท ด้วยภาษาพูด ภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงความรู้สึกของตนเองและทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท การแสดงออกทางอารมณ์ประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวก ดังนี้

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ หมายถึง ท่าทางของผู้ดูแลที่สะท้อนความไม่พอใจ ความไม่เป็นมิตร ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป ประกอบด้วย การปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้

1. การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) หมายถึงการใช้คำพูด และ/หรือการใช้น้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจ ไม่ชอบ ไม่ยอมรับหรือเกลียดชังต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท
2. การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การดำเนินคดีเตียน และการไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง คำหยาบคายที่ตัวบุคคลมากกว่าคำหยาบคายที่การกระทำ
3. ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotional over-involvement) หมายถึงการมีความห่วงใยผู้ป่วยมากเกินไปกังวล และ/หรือแสดงความเสียสละ การกระทำแทนผู้ป่วย โดยแสดงออกบ่อยครั้งเกินไปไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก หมายถึง ท่าทางของผู้ดูแลที่สะท้อนการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร การแสดงความชื่นชม ประกอบด้วย การปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้

1. การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หมายถึง การแสดงความห่วงใย ความเข้าอกเข้าใจและความสนใจ ในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

2. การแสดงความชื่นชม (Positive remarks) หมายถึง การแสดงออกถึงความพอใจ เห็นชอบ การยกย่องชมเชย และแสดงความชื่นชมยินดี ต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่น้องหรือบุตร หรือบุคคลอื่นในครอบครัวเพียง 1 คนที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่รับค่าตอบแทนใดๆ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2.เพื่อเป็นแนวทางการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว