

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ การรู้จักตนเอง พฤติกรรมการตัดสินใจร่วมกับความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (WHO, 2006) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ พบได้ทุกเชื้อชาติทั้งผู้ชายและผู้หญิงในอัตราเท่าๆ กัน เพศชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าเพศหญิงอายุพบในช่วง 15-54 ปี มักจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงระยะวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (America Psychiatric Association, 2000) พบความชุกของโรคในประชากรทั่วไปร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Norton, Williams, & Owen, 2006) นอกจากนี้โรคจิตเภทยังเป็นโรคพบได้มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ (Boyd, 2005) คือพบร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Bethesda, 1999) และมีอัตราการเกิดโรครายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคน/ปี (Sadock & Sadock, 2005) สำหรับในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 24.59 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2551) และจากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคที่รุนแรงและเรื้อรังก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพได้มากที่สุด (Elizabeth, 1999) จึงเป็นโรคที่ก่อปัญหา ส่งผลกระทบต่อภาระการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม (สมณฑา บุญชัย, 2545; สิ้นชัย วสุนทรธา, 2547) นับเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาโรคหนึ่งที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ (บุญวดีเพชรรัตน์, 2547)

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลได้มุ่งที่การรักษาในระยะเฉียบพลันเพื่อบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงเท่านั้น เมื่ออาการรุนแรงต่างๆ ของผู้ป่วยสงบลงผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2540) ซึ่งหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บางครั้งผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ทำให้บกพร่องในการดูแลตนเองและทักษะในการอยู่ร่วมกับสังคม-ชุมชน (พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิและคณะ, 2542) ดังนั้นครอบครัวจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล ขณะที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตที่บ้านต่อจากบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) แต่พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของยอดสร้อยวิเวกวรรณ (2543) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่มีความเข้าใจในเรื่องยาที่รักษา ครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะอยู่กับผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

อย่างเหมาะสม จึงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องกลับมารักษาซ้ำเพราะไม่ได้รับการดูแลจากญาติที่เท่าที่ควร (ทูลลา บุญผาสังข์, 2545)

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยจะเสื่อมลงอย่างมากหากระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากขึ้นหรือตามจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (Breier, Schreiber, Dyer, & Pickar, 1991) โดยเฉพาะในช่วง 5-10 ปีแรก ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราวทำให้มีความบกพร่องด้านหน้าที่ การงานและสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเพิ่มขึ้น (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542) ซึ่งจากการศึกษาของ สุมณฑา บุญชัย (2545) พบว่าปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านคือมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานยา การตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการเผชิญปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของทิพวรรณ น่วมทอง (2547) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความพร่องในการดูแลตนเองในหลายๆ ด้าน เช่น ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ เป็นต้น ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว เป็นเครื่องบ่งบอกให้เห็นถึงความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว กล่าวคือเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเอง ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากขึ้น

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคนไม่ว่าบุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยก็ตาม Orem (1991) กล่าวถึงพฤติกรรมดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลจากการกระทำนั้นๆ ซึ่งการเรียนรู้อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอนหรือคำแนะนำหรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริง จากการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวัน บุคคลยังนำความสามารถเหล่านี้มาใช้จัดการกับปัจจัยที่มีผลในทางส่งเสริม หรือมีผลทางลบต่อการทำหน้าที่ตามปกติหรือตามพัฒนาการ เพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไปและคงความผาสุกไว้ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทผู้ซึ่งมีความผิดปกติของความคิด มีผลถึงการรับรู้อารมณ์และพฤติกรรม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้เกิดความพร่องด้านการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของ Orem (1991) แบ่งออกเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นไว้ 3 ด้าน ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ซึ่งเป็นการดูแลตนเองด้าน อากาศ /อาหาร /น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการพักผ่อนนันทนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิต และด้านการส่งเสริมการทำหน้าที่ 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ ได้แก่ พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ สนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการให้

บุคคลเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ ได้ ทั้งดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการของบุคคล 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะการณ์เชิงเบนทางด้านสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับอันตราย ที่มีพยาธิสภาพหรือทุพพลภาพ หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคและอยู่ระหว่างการรักษาได้แก่ การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา และฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้ การสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในประเทศไทยหลายการศึกษา ซึ่งใช้แนวคิดของ Orem (1991) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านการใช้จ่ายและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ (รัชนิ ศรีหิรัญ, 2544) ซึ่งคล้ายคลึงกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในพื้นที่ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ทั้งนี้พฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 4 ด้านนี้ มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) ทั้ง 3 ด้านดังกล่าว คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความพร่องในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่น ด้านอาหารไม่สนใจรับประทานอาหาร (จินดารัตน์ พิมพีศิต, 2541) ด้านการดูแลสุขภาพของร่างกาย มีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี (Gopinath & Chaturvedi, 1992 อ้างในสถิตย์ วงศ์สุรประภิต, 2542) ผู้ป่วยจิตเภทมักไม่สนใจทำความสะอาดร่างกายในเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การตัดเล็บให้สั้น การสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ผลจากการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมทำให้เป็นโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน โรคผิวหนัง เช่น กลาก เกื้อื้อน หิด เกิดบาดแผลต่างๆ ได้

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความพร่องในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีปัญหาด้านการปรับตัวทางสังคม การทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง เช่น ความเป็นผู้นำของครอบครัว การเป็นสามีหรือภรรยา (Mueser & Mc Gurk, 2004 อ้างในเนตดา วงศ์ทองมานะ, 2551) มีการเปลี่ยนแปลงในด้านการประกอบอาชีพ คือ หลังการเจ็บป่วยทางจิตบางรายกลับไปช่วยทำงานได้บ้าง บางรายไม่ทำงานส่วนผู้ที่เรียนหนังสือก็ไม่กลับไปเรียนต่อ (จินดารัตน์ พิมพีศิต, 2541) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียดได้

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะการณ์เชิงเบนด้านสุขภาพ โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความพร่องด้านการใช้จ่ายและสารเสพติด กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หุดยาเองเพราะคิด

ว่าตนเองหายป่วย ผู้ป่วยปฏิเสธและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส (Kaplan & Sadock, 2000) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุราและใช้สารเสพติด (Holmberg&Kane, 1999 อ้างในสฤติชัย วงศ์สุระประกิจ, 2542) มีความพร้อมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาด้านการรับรู้ จึงไม่สนใจเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่สามารถจัดการกับอาการต่างๆ ก่อนการกำเริบเช่น อาการเครียด อาการนอนไม่หลับ (Kennedy et al., 2000 อ้างในเนตดา วงศ์ทองมานะ, 2551) การดูแลตนเองด้านการกลับซ้ำพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการสังเกตอาการเตือน การตรวจตามนัด การรับรู้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

ด้วยเหตุนี้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจึงต้องมีการจัดระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเรื่องความจำเป็นด้านร่างกายทั่วไปและความจำเป็นในการจัดการกับอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ โดยต้องสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุดภายใต้ขีดจำกัดที่เกิดจากภาวะของโรค ซึ่งหากผู้ป่วยมีการพัฒนาการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นแล้ว ปัญหาการกลับซ้ำย่อมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีอิทธิพลต่อการกำเริบและการกลับซ้ำ ดังนั้นการช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 340 เตียง มีภารกิจในการดูแลทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ให้บริการครอบคลุมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ สำหรับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มีคลินิกจิตเวช ให้บริการ โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยให้บริการในลักษณะผู้ป่วยนอก เน้นการให้ผู้ป่วยรับยาต่อเนื่อง มีการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาแนะนำเฉพาะในรายที่มีปัญหา จากรายงานสถิติผู้ป่วยจิตเภทของอำเภอโพธาราม พบว่า จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 188, 194, 272 คน ในปี พ.ศ. 2549-2551 ตามลำดับสำหรับปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำชนิดต้องปรับยาจำนวน 9 ราย มีผู้ป่วยกำเริบซ้ำต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวน 6 ราย (สถิติโรงพยาบาลโพธาราม, 2551) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทในเขตชุมชนอำเภอโพธาราม ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังมีปัญหา ด้านความพร้อมในการดูแลตนเองหลายๆ ด้าน เนื่องจากระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลโพธารามได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัวที่มีปัญหาดังกล่าวเบื้องต้น พบว่า ปัญหาการกลับซ้ำดังกล่าวส่วนใหญ่มิมีสาเหตุ มาจากผู้ป่วยมีการดูแลตนเองไม่ถูกต้องในด้านต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานยาต่อเนื่องเพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว ไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันตามเวลา

มีการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรายาบ้า ครอบครัวยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแล เช่น ไม่ช่วยจัดยา ไม่พามาพบจิตแพทย์ตามนัด เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบก็ไม่รู้จะดูแลอย่างไร เป็นต้น ซึ่งสภาพปัญหาที่พบมีความใกล้เคียงกับปัญหาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้ทำการประเมินผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรีที่ขาดนัดจำนวน 19 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของรชนี ศรีศรีรัญ (2544) ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2552 พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 14 คน (ร้อยละ 73.68) และระดับต่ำจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 26.31) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบจำแนกรายด้านทั้ง 4 ด้านพบว่า มีพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและด้านการป้องกันการกลับซ้ำอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 14, 15 และ 14 คน (คิดเป็นร้อยละ 73.68, 78.94 และ 73.68 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมด้านการใช้สารเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 94.73)

ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ต่อถึงปัจจัยซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอโพธาราม มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในด้านต่างๆ พบว่า มีสาเหตุ ดังนี้ 1) ตัวผู้ป่วยเอง คือ มีความบกพร่องด้านความรู้ในโรคที่เป็นอยู่ ไม่เข้าใจถึงความสำคัญของยารักษาโรคจิต การรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่องและการไม่มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเช่น เมื่อเกิดภาวะเครียดจะทำอย่างไร นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติด จากการศึกษาของสาธุพร พุฒขาว (2541) พบว่า ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับเรื่องยา คือ การมารับการรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่อง การไม่เข้าใจแผนการรักษา นอกจากนี้การศึกษาของ จินดารัตน์ พิมพ์ดีด (2541) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทชายเกือบทุกราย (5 ใน 6 ราย) มีการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ซึ่งสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต ทำให้เกิดอาการกำเริบและรุนแรงมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ (Boyd, 2000; Mallakh, 1998) 2) ครอบครัวมีความบกพร่องด้านความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งด้านการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย

จากสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการดูแลตนเองดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะหาวิธีการดูแล ช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า ได้มีการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้กลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง (Fowler, 1992; Hammond & Deans, 1995; Yamashita, 1996 อ้างในจิราพร รักการ, 2549) และการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ซึ่งแบ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล รายกลุ่ม และการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาวิธีต่างๆ เหล่านี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดง

ที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้และมีการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตเพื่อลดความตึงเครียด (Williams, 1989) โดยเฉพาะรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว นับว่าเป็นวิธีการที่มีประโยชน์มาก มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้แก้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการเล็งเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และให้การยอมรับในการแสดงบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การเสริมสร้างความร่วมมืออันดีระหว่างบุคคลากรทางสุขภาพ ครอบครัวและผู้ป่วย (Goldstein et al., 1978; Anderson, Hogarty & Reiss, 1980)

นอกจากนี้การปฏิรูปการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิเน้นให้การดูแลที่ต่อเนื่อง มีการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพจิต ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยมีแนวคิดว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยและตระหนักว่าการไปเยี่ยมบ้านของพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้านได้ดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2546) สามารถลดอัตราการกลับซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Ran, 2003)

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ถือเป็นกิจกรรมการพยาบาล ลักษณะหนึ่งในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่บ้าน พัฒนาขึ้นโดย Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัวโดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแลประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยอาศัยหลักการของการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสัมพันธ์ภายในครอบครัว การรับฟังปัญหาของครอบครัว การช่วยเหลือในด้านวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับรูปแบบการรักษาสำหรับผู้ป่วย สอบถามถึงความรู้ที่สูญเสียภายในครอบครัว ลดความสับสนและความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพอาการและการป้องกันการกลับซ้ำของผู้ป่วยทางจิต

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะนำไปโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยการนำ

ทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านแล้ว ยังรวมไปถึงการให้การดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น เป็นการช่วยเหลือและการประทับประคองผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เพื่อลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมกหมุ้งที่เกิดขึ้นในครอบครัว เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ที่พบว่ารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย มีผลดีกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย ทั้งในแง่เพิ่มความรู้แก่ญาติและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งเมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย ย่อมต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคลและสังคมนอกข้าง เพื่อให้ตนเองมั่นคงปลอดภัยและมีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในการกระทำเพื่อการดูแลตนเองป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น นอกจากนี้เป้าหมายที่สำคัญของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวก็คือช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว เกิดความรัก ความเข้าใจและมีการยอมรับกันมากขึ้นซึ่งสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีขึ้น

#### วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว

#### แนวเหตุผลและสมมติฐานโครงการศึกษาอิสระ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน คือ ปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่น การรับประทานยา การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การทำงานการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นและการเผชิญปัญหา (สุนทนา บุญชัย, 2545; ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547) เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การใช้สารเสพติด การจัดการกับภาวะเครียด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541; สุนทนา บุญชัย,

2545; ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547) ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการดูแลตนเอง

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีผลอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรม自我ดูแลตนเองที่ถูกต้อง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านการใช้จ่ายทางจิตและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ (รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัวประกอบ ด้วยหลักการที่สามารถนำมาแก้ไขสาเหตุของความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (Coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยในการศึกษารุ่นนี้ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งจิราพร รักการ (2549) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดดังกล่าว มีรูปแบบการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (Partnership) รูปแบบของกิจกรรมประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 5 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 5 สัปดาห์ ซึ่งการศึกษารุ่นนี้ผู้ศึกษาได้ลงกิจกรรมที่ 1-5 ไว้ แต่มีการปรับเนื้อหาเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ 5 โดยเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของการศึกษาในครั้งนี้นี้ เนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อพฤติกรรม自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ (สุภาภรณ์ ทองคารา, 2545)

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) เป็นการเข้าถึงระบบครอบครัวของผู้ป่วย โดยการพยายามใช้ภาษา การรับฟังอย่างตั้งใจและการสนับสนุนให้กำลังใจสอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจในการดูแลผู้ป่วย พยายามให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกว่าพยาบาลมีการยอมรับในตัวสมาชิกแต่ละคน ถ้าเปิดเผยความคิด ความรู้สึกของตน เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันและเกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น สามารถให้ความร่วมมือในการดำเนินสัมพันธ์ภาพได้ก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการค้นหาปัญหาของตนเอง ซึ่งจะ



นำไปสู่การปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ เมื่อเกิดสัมพันธภาพที่ดี ครอบครัวมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยแล้วจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

**กิจกรรมที่ 2** การให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาและสารเสพติด ประกอบด้วย การให้ครอบครัวได้เข้าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้ศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลตนเองด้านการใช้ยาและสารเสพติด การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการป้องกันการกลับซ้ำกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ตลอดจนมีความรู้เรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา การงดใช้สารเสพติด ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านทั้ง 4 ด้านได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการใช้ยาทางจิตและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ในส่วนของสมาชิกครอบครัว การให้ความรู้จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยและภาวะสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ การมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล กำจัด ชับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ที่ศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยและญาติทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งความสามารถนี้เป็นองค์ประกอบสำคัญด้านหนึ่งของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

**กิจกรรมที่ 3** การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาและป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย การสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท การสังเกตอาการเตือน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งหากผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้แล้ว ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการป้องกันการกลับซ้ำได้ (สุวิมล สมัตตะ, 2541)

**กิจกรรมที่ 4** การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัวและพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด เป็นแนวคิดที่เกิดจากความเชื่อที่ว่า สังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ ประกอบด้วย การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การจัด

สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ยังให้สมาชิกได้เล่าประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลและการเจ็บป่วยประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุอาการและวิธีการจัดการกับความเครียด สาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเองและให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตได้ (อุมาพร ตรีภคสมบัติ, 2541)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ตามสถานการณ์จริง เช่น การทำงานบ้าน การอาบน้ำ แต่งตัว ให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนส่งเสริม กระตุ้นและชมเชยผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีการฝึกทักษะในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยพูดคุยในประเด็นเมื่อมีความไม่สบายใจเกิดขึ้นสมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนและวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้นและยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (Thompson & Doll, 1993 อ้างในทีปประพิน สุขเขียว, 2543) นอกจากนี้มีการฝึกทักษะการสื่อสารที่ดี มีประสิทธิภาพโดยการให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม สาธิตการสื่อสารทางบวก และให้สมาชิก ฝึกปฏิบัติ ผู้ศึกษาให้ความรู้ในเรื่องการสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544) เป็นผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการดูแลสุขภาพจิตได้ดีขึ้น

การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งพัฒนาโดยจิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) มาใช้ถือเป็นการปฏิบัติการพยาบาลในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การใช้ยาและสารเสพติด การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาและป้องกันการป่วยซ้ำ การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัวและพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด การพัฒนาทักษะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วนในการดูแล ซึ่งทั้ง 5 กิจกรรมนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้าน

ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ดีขึ้น อันส่งผลต่อการป้องกันการกลับซ้ำในโรงพยาบาล

จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดสมมติฐานการศึกษาไว้ดังต่อไปนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### ขอบเขตโครงการศึกษาอิสระ

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียววัดผลก่อนและหลัง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้ คือ

1. ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท อันประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตโดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้นประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) การฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activity daily living skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเป็นรายครอบครัวที่บ้าน ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที/ครอบครัว จนครบ 5 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน ประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวกล้าเปิดเผยความคิด ความรู้สึกของตนให้มีความร่วมมือ มีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถบอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวให้มีความร่วมมือในการค้นหาปัญหาของตนเอง พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

**กิจกรรมที่ 2** การให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาและสารเสพติด เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท โทษของสารเสพติด การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการป้องกันการกลับซ้ำ การที่ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจผู้ป่วยและภาวะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ การมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล กำจัด ยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น

**กิจกรรมที่ 3** การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาและการป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบและสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

**กิจกรรมที่ 4** การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว สามารถจัดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมได้ นอกจากนี้ยังให้สมาชิกได้เล่าประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด ให้ความรู้เรื่องความเครียด วิธีการจัดการกับความเครียด และฝึกเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงเป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี

**กิจกรรมที่ 5** การพัฒนาทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น กิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้

ผู้ป่วยเกิดทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จริง สามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพได้ การมีทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และมีการปรับตัวหรือมีการตอบสนองต่อความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

**พฤติกรรมกรดูแลตนเอง** หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกที่จงใจมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ รวมทั้งกิจกรรมที่ผู้ป่วยจัดเก็บ ตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุก ประกอบด้วยการดูแลตนเอง 4 ด้านประเมินจากแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายของราชัน ศรีหิรัญ (2544) ตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) ได้แก่

1. ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรค การงดใช้สารเสพติด ทั้งบุหรี่ สุรา ยาบ้า ฯลฯ
2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่องการจัดการกับความเครียด และอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่สบายใจ
3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีงานทำ การใช้เวลาว่าง การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการพักผ่อน
4. ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ หมายถึง พฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่องการสังเกตอาการเตือน การตรวจตามนัด การรับรู้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

**ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน** หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวชโดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F.20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และเป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บิดาหรือมารดา สามเษหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ

สมาชิกในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับความรู้ตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจะมีศักยภาพในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนของตนเองอย่างมีความสุขและลดอัตราการป่วยซ้ำ
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลสามารถนำเอารูปแบบการให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เพื่อให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงให้มีการพัฒนาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ดีขึ้น
3. ด้านการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว โดยสามารถนำเอารูปแบบการให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช