

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร มีพฤติกรรม อารมณ์ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคน/ปี (Sadock & Sadock, 2005) ถึงแม้จะมีการพัฒนารักษาโรคจิตไปมากแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงและเรื้อรัง ในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 23.34 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2550) ผลจากความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจำนวนมากในการดูแลผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการบริการของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 แห่งพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวนวัน Admitted เฉลี่ย 43 วัน/ราย/ปี คิดเป็นต้นทุนรวมเฉลี่ยรายละ 28,230 บาท/ปี (อเนก สุภรินันท์ และคณะ, 2550) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอัตราการป่วยซ้ำสูง (relapse) ได้ถึง ร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน มีเพียงส่วนน้อยที่สามารถรักษาให้หายขาด ส่วนใหญ่ยังมีความพิการทางจิตหลงเหลืออยู่ และขาดความสามารถที่จะประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้เต็มที่ ถือว่าเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษา โรคหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

จากสภาพการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด เน้นให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชในระยะเฉียบพลันและรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นเท่านั้น ตลอดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลง เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาจะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชน (สมคิด ตรีวิภา, 2545) ส่งผลให้มีผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลที่บ้านจำนวนมากขึ้น ประกอบกับนโยบายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนจากโรงพยาบาลมาสู่ครอบครัวและชุมชน โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงกลายมาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและในระยะฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวจึงถือได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีสำหรับผู้ป่วย (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540: Falloon, 1984 Loukissa, 1995) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร โดยบุคคลดังกล่าวทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากสิ่งที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ (สกาวัตต์ ภูผา, 2543) ทำให้มีผลกระทบมากมายต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Sadock and Sadock, 2000)

เนื่องจากแนวคิดว่าการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนานๆ จะทำให้เกิดผลเสียต่อการดำรงชีวิตในสังคมของผู้ป่วย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) และผลจากการนำนโยบายจำหน่ายผู้ป่วยโดยส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความพร้อมในการดูแลตนเองด้านต่างๆ (จันทรา ชีระสมบูรณ์, 2542) ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระ ในการช่วยเหลือดูแลขณะที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตที่บ้าน (นพรัตน์ไชยธานี, 2544; จิราพร รักรการ, 2549) สมาชิกในครอบครัวจึงต้องเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวจึงถือเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลนอกจากจะมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังต้องมีหน้าที่ตามบทบาทของตนเองในครอบครัวอีกด้วย การรับบทบาทหลายอย่างพร้อมๆกัน ทำให้ผู้ดูแลต้องเรียนรู้การปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตในด้านต่างๆ เช่น หน้าที่การงาน ภารกิจในสังคมและภารกิจส่วนตัว ส่งผลให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปเกิดความรู้สึกยุ่งยาก เครียดเบื่อหน่าย ซึ่งผลกระทบต่างๆที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเหล่านี้เป็นภาระ (Burden) ส่งผลต่อการดูแล (Montgomery et al., 1985) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับยาไม่สม่ำเสมอและอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์ทระเสถียร, 2549)

Montgomery et al. (1985) กล่าวว่า ภาระในการดูแลหมายถึง การรับรู้และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน และความเดือดร้อนของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยได้แบ่งภาระการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระด้านปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานที่เปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ กระทบต่อเศรษฐกิจ มิติที่สองคือ ภาระด้านอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึก ทศนคติ หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อประสบการณ์การดูแล การที่ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการรับรู้สถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระทำให้ผู้ดูแลไม่สนใจดูแลผู้ป่วย ไม่ไปรับยาให้ผู้ป่วย ไม่มีการปลอบใจ ให้กำลังใจ หรือเกิดภาวะอารมณ์ท้อทั้งผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราเบาและความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต (Loukissa, 1995; Jones, 1996; Ip & Mackenzie, 1998) ซึ่งสร้างความสะเทือนใจให้ผู้ป่วยอย่างมาก (วัชรภรณ์ ลือโรสงค์, 2541) กล่าวคือการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาวโดยเฉพาะในระยะที่มีอาการกำเริบ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความอิสระส่วนตัวถูกจำกัด และมีเวลาในการพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วยค่าใช้จ่ายใน

ครอบครัว คำรักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่องอีกด้วย (วรกช นิธิกุล, 2535; รัชนิกร อุปเสน, 2541; เอ้ออารีย์ สาลิกา, 2543)

นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ภาระเชิงประนัยของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545) ซึ่งการที่ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องอดทนต่ออาการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่เอาใจใส่และละเลยผู้ป่วย ผู้ดูแลบางรายต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังจะรู้สึกยุ่งยากหรือเครียดในการดูแล ทำให้การดูแลผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ พบว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ เพราะผู้ป่วยไม่มีงานทำ รวมทั้งผู้ดูแลต้องลางาน หยุดงานหรืออาจลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยและพาผู้ป่วยไปรับยาตามนัดหรือไปรับยาแทนผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ป่วยซ้ำและจะส่งผลถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยและเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักในครอบครัว (Rungreangkulkit, 2001) จากภาระทั้งสองประเภททำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกรับภาระหนัก ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (George & Gwyther, 1986)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุสำคัญของการเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย (นิศากร แก้วพิลา, 2545; จิรพร รักการ, 2549) นอกจากนี้ยังเกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาดูแลต่อเนื่องยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ท้อแท้ และยังมีปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมที่น่ากลัว รุนแรง และแปลกประหลาดรวมทั้งไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีผลกระทบต่ออาการ (Bull, 1990) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) พบว่าความรู้ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ภาระของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในเชิงอัตนัย (Subjective burden) สูง นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Dyck et al. (1999) พบว่าทรัพยากรในครอบครัวซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระด้านประนัย (Objective burden) ดังนั้น การให้ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญกับความเครียดที่ถูกต้องวิธี จะช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โรงพยาบาลเสাইให้เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตอำเภอเสাই จังหวัดสระบุรี ภารกิจในการดูแลทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิระดับต้น โดยครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ

การจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน การดูแลระดับครอบครัว รวมทั้งการประสานเชื่อมโยงหน่วยบริการอื่นๆ และการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เหมาะสม การบริการที่ให้กับผู้ป่วยจิตเวชเป็นในด้านการส่งตัวผู้ป่วยไปรับยาต่อเนื่องในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตเท่านั้น และยังไม่มีการให้บริการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง สาเหตุเพราะยังไม่มีบุคลากรทางด้านการแพทย์และการพยาบาลที่มีความรู้เฉพาะทางหรือผ่านการอบรมทางด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช อีกทั้งด้านระบบการดูแลผู้ป่วยไม่มีรูปแบบการดูแล ชัดเจนในชุมชน เนื่องจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีน้อยซึ่งอยู่ภายใต้โครงสร้างการดูแลระดับอำเภอ และปฏิบัติงานหลายหน้าที่ ขาดความรู้ ความมั่นใจในการติดตามเยี่ยม และให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ (จากรายงานประจำเดือน คปสอ. อำเภอเสนาไห้, 2552) ในขณะที่พบว่าสถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินตั้งแต่ปี 2550 – 2552 มีจำนวนสูงขึ้นทุกปี

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเสนาไห้ ได้รวบรวมสถิติผู้ป่วยจิตเวชของอำเภอเสนาไห้ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 67 ราย เป็น 94 ราย และ 109 ราย ในปี พ.ศ. 2549-2551 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลปี พ.ศ. 2551 พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.5 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และในจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้มีถึงร้อยละ 90 ที่ยังต้องได้รับการดูแลจากญาติในการพามาโรงพยาบาล หรือมาขอรับใบส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล สรรบุรีและโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันและดูแลตนเองเหมือนคนปกติ ผู้ป่วยเหล่านี้จึงเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาคนอื่น นอกจากในจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลจากญาติดังกล่าว พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรง 7 ราย และไม่มารับใบส่งตัวตามนัดจำนวน 15 ราย (โรงพยาบาลเสนาไห้, 2551) ผู้ศึกษา จึงได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท ที่มีปัญหาเหล่านี้ จำนวน 20 รายระหว่างเดือนเมษายน- มิถุนายน 2552 ผลการสัมภาษณ์เบื้องต้นถึงเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ดูแลบางครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภทและขาดทักษะการดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระในการไปรับยาแทนผู้ป่วย ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานอาชีพและการเกิดความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เกิดการป่วยซ้ำหรืออาการทางจิตกำเริบรุนแรง

การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมดังกล่าวและเป็นระยะเวลาานาน ประกอบกับการขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกเดือร้อน ความรู้สึกเกินกำลังในการดูแลผู้ป่วย มีความอับอายเพื่อนบ้านที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เกิดปัญหาสุขภาพกับผู้ดูแล และความมีอิสระในการร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมลดลง และจากการสังเกต สิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะถูกแยกออกจากครอบครัว

เพราะญาติไม่ต้องการให้ผู้ป่วยมาวุ่นวาย ซึ่งข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการดูแล ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงได้ประเมินภาระของผู้ดูแลทั้ง 20 ราย ดังกล่าวโดยใช้แบบวัดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) พบว่าผู้ดูแลทั้งหมดรับรู้ว่ามีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยเฉลี่ยในระดับมาก และเมื่อจำแนกคะแนนออกเป็นระดับต่างๆ พบว่ามีภาระในระดับมากที่สุด จำนวน 3 ราย ระดับมาก 10 ราย และ ระดับปานกลาง 7 ราย และเมื่อวิเคราะห์จากการตอบแบบสอบถามรายด้านและรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลระดับมากถึงมากที่สุดรายข้อ แต่ละด้านดังนี้

1. ภาระด้านอัตราย พบว่าผู้ดูแล จำนวน 12 ราย รู้สึกเครียดในการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจนเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ ผู้ดูแล 7 ราย รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีความสงสารผู้ป่วยอยากให้ผู้ป่วยหายกลัวผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบ และมีผู้ดูแล 5 รายมีความกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรหากไม่มีคนดูแล

2. ภาระด้านปรนัย พบว่าผู้ดูแล จำนวน 18 ราย มีความเครียดและกังวลใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตรุนแรง ผู้ดูแลจำนวน 15 รายทำงานได้น้อยลงเนื่องจากต้องแบ่งเวลามาดูแลผู้ป่วย และต้องไปรับยาแทนผู้ป่วย ผู้ดูแล 10 รายมีความเครียดนอนไม่ค่อยหลับ รับประทานอาหารไม่ได้ และพักผ่อนไม่เต็มที่ ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ต่อถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ โรคจิต และไม่เคยได้รับการคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 15 ราย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุสำคัญของการเกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งขาดการสนับสนุนระดับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ (จิราภรณ์ รักการ, 2549) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Dyck, Short & Vitaliano (1999) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ทรัพยากรในครอบครัวซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนทางสังคมและวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาระ อธิบายได้ว่า ครอบครัวจะมีการรับรู้ภาระในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม และใช้การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ภาระ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตราย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากขาดการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม และมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ครุณี คชพรหม, 2543; Magliano

et al., 1998) ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการฝึกทักษะที่จำเป็น เพราะจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) และได้รับการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกรับภาระในการดูแลหรือมีการรับรู้ภาระในการดูแลต่ำ (Oberst, 1991 cited in Carey et al., 1991) หากผู้ดูแลรู้สึกว่าการภาระของตนเองมีมาก ประกอบกับขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ย่อมส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการดูแลไม่ถูกต้องเหมาะสม และได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องซึ่งส่งผลต่อการดำเนินของโรค อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบป่วยซ้ำขึ้นมาได้ นำไปสู่การเกิดความสูญเสียทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลอาจต้องมีการขาดงานหรือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมาทำให้ครอบครัวสูญเสียทรัพยากรบุคคลสำคัญไปอีกคนหนึ่ง (นิสากร แก้วพิลา. 2545; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997)

จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะหาวิธีการดูแลช่วยเหลือ ให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาคือเป็นสาเหตุของการเกิดภาระในการดูแลและเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความรู้คำแนะนำต่างๆ จากความเป็นมาและความสำคัญของภาระในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทดังกล่าว ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาภาระในการดูแลซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วนในการดูแลด้วยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีหุ้นส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านแล้วยังรวมถึง การให้การดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกด้วย ช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวรวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุศึกษาแก่ผู้ดูแล จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข และสามารถช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ (Yamashita. 1996 ; Pai. S., & Kapur. 1981 Fowler, 1992 ; ครุณี คชพรหม, 2543 ; จิราพร รักรการ, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศของจิราพร รักรการ (2549) พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ

เกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย และการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และมีการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตเพื่อลดความตึงเครียด (Williams, 1989) นอกจากนี้การให้ความรู้ดังกล่าว จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง เป็นผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลลดลง (Montgomery et al., 1985) โดยเฉพาะรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว นับว่าเป็นวิธีการที่มีประโยชน์มาก ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการเล็งเห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และให้การยอมรับในการแสดงบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) พัฒนาขึ้นโดย Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยอาศัยหลักการของการทำงานร่วมกับครอบครัว Kuiper et al. (1992) คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสัมพันธ์ภายในครอบครัว การรับฟังปัญหาของครอบครัว การช่วยเหลือในด้านการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับรูปแบบการรักษาสำหรับผู้ป่วย สอบถาม ถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัว ลดความสับสนและความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือ ประคับประคอง ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพอาการและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้ครอบครัวสามารถยอมรับในความทุกข์ทรมานลดความรู้สึกเป็นภาระ และความคับข้องใจจากการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ (Anderson et al., 1980; 1986)

จะเห็นได้ว่าการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถอดทนต่ออาการต่างๆ ของผู้ป่วยได้มากขึ้น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การรับรู้ภาวะลดลง และมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (Dixon et al., 2001) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Reinares et al. (2004) ซึ่งได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน ผลการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นการเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค และสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระทั้งภาวะเชิงอัตนัย และ

ภาวะเชิงปรนัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ McFarlane et al. (2003) ซึ่งพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวส่งผลให้ภาวะการดูแลของครอบครัวลดลงเพราะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะได้ เช่น ลดอาการแสดงทางบวกและทางลบของผู้ป่วย และลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช รวมทั้งสามารถเพิ่มทรัพยากรของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งได้แก่การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวยังมีประสิทธิผล และประหยัดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการมากกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลอีกด้วย

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ย่อมส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระการดูแลทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดอาการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งพัฒนาโดยจิราพร รักรการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) มาใช้ในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษารั้งนี้ โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านแล้วยังรวมไปถึงการให้การดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกด้วยและเพื่อเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องผู้ศึกษาได้เพิ่มเติมการติดตามทางโทรศัพท์มาใช้ในการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจ ชมเชย แนะนำให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่ง การปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 แล้วภายใน 3 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McIntosh & Worley อ้างใน รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ และสามารถติดตามได้ใน 1 สัปดาห์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น เป็นการช่วยเหลือและการประคับประคองจิตใจผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เพื่อลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมกหมองที่เกิดขึ้นในครอบครัว เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข ลดภาระการดูแลของผู้ดูแล รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

แนวเหตุผลและสมมติฐานโครงการศึกษาอิสระ

ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล มีผลอย่างยิ่งต่อการกลับป่วยซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยในด้านตัวผู้ป่วย คือการมีพฤติกรรมที่น่ากลัวและแปลกประหลาด การแยกตัวจากสังคม การหลงผิด (ที่ประพิณ สุขเขียว, 2543) ส่วนในด้านผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุที่สำคัญมาจากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ระยะเวลาดูแลที่ยาวนาน และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (นิสากร แก้วพิลา, 2545; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) รวมทั้งขาดการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ดรุณี คชพรหม, 2543; Lim & Ahn, 2003; Magliano et al., 1998) ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมพบว่าสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) เป็นแนวคิดที่มีประสิทธิภาพในการนำมาใช้เพื่อแก้ไขสาเหตุของการเกิดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และพบว่ามีการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาของจิราพร รักษา (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) สามารถส่งผลให้ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งปรับปรุงมาจากการศึกษาดังกล่าวรูปแบบของกิจกรรมประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ดูแล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว เป็นรายครอบครัวที่บ้าน จำนวน 5 กิจกรรมๆละ 60-90 นาที ดำเนินการกิจกรรมละ 5 วัน ติดต่อกันนาน 5 ครั้ง และกิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ (joining) ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม สอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและภาระในการดูแลผู้ป่วย พยายามให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น ร่วมมือในการบำบัดรักษา ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลัง

ความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านปรณัยและอัตนัย ลดลง (นพรัตน์ ไชยชำนาญ, 2544)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา ประกอบด้วย การให้ผู้ดูแลได้เข้าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ และการรักษา สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้น เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ภาระในการดูแลลดลง สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล (psychoeducation programs) ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลได้ ส่งผลให้พวกเขาสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา ควบคุมไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ช่วยให้มีส่วนในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี จึงส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านปรณัยและอัตนัยลดลง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย การสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท การสังเกตอาการเตือน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับ ปัญหาดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมเป็นการช่วยลดภาระด้านอัตนัยและปรณัย

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย การให้สมาชิกได้เข้าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด ให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ และอาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด สาริตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเอง และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม และมอบให้สมาชิกครอบครัวมีการทบทวนความรู้ที่ได้รับตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลง (Lazarus & Folkman,

1984) ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการปรับตัวที่ดีขึ้นมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ลดภาระทางด้านอัตรณ์ลดลง เนื่องจากภาระด้านอัตรณ์เป็นผลกระทบด้านจิตใจ เป็นความเครียด ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ประกอบด้วย การให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม สาธิตการสื่อสารทางบวก และให้สมาชิก ฝึกปฏิบัติ ให้ความรู้ในเรื่องการสื่อสารในครอบครัว พุดคุยในประเด็นเมื่อมีความไม่สบายใจเกิดขึ้นสมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่ให้ ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนและวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน ซึ่งการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication skills) นี้เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเองถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแล (เพชรี คันธสาขบัว, 2544) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคนที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งการที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอ จะช่วยทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป (Cohen & Will, 1985 อ้างถึงใน ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) และนอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดเป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Higgin & Diccharry, 1991; Miller, 1983; Cohen & Wills, 1985; Lazaruz & Folkman, 1986; Thompson & Doll, 1993; Lawton et al., 1989; Wortman, 1984 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้การปรับตัวหรือการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพ ให้ความรู้สึกเป็นภาระด้านปรณ์ลดลง

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วันซึ่งระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์โดยเฉลี่ย 20 นาที การติดตามทางโทรศัพท์พบว่าสามารถช่วยประคับประคองด้านจิตใจเป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาใช้โทรศัพท์ ในการกระตุ้น การแนะนำ การเสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจและเป็นที่พักพิงเป็นขวัญกำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภท และครอบครัวถือเป็นการจัดสิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา (Mcintosh & Worley, 1994)

การนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งพัฒนาโดยจิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของAnderson et al. (1980) ที่ใช้ถือเป็นการปฏิบัติการพยาบาลในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การใช้ยาและสารเสพติด การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาและป้องกันการป่วยซ้ำ การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัวและพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการติดตามทางโทรศัพท์หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วัน สามารถเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุขและลดอาการป่วยซ้ำได้

สมมติฐานการศึกษา

ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วกก่อนและหลังการศึกษา เพื่อศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ศึกษา เป็นครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย ที่มีภูมิลำเนาที่อยู่ในอำเภอเสนาห์ จังหวัดสระบุรี
2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย
 - 2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ

การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้น เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson (1980)

ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นรายครอบครัวที่บ้านกิจกรรมละ 5 วันติดต่อกันวันละ 4 ครอบครัว กิจกรรมละ 60 นาทีจนครบ 5 กิจกรรมส่วนกิจกรรมที่ 6 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ที่ครอบครัวละ 20 นาที หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ไปแล้ว 3 วัน ประกอบด้วย กิจกรรม 6 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับ อาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็น กิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกันเช่นการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้น โดยให้ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เช่นการฝึกทักษะด้านการสื่อสารทางบวก และ ทบทวนแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน เช่น อบต .อสม.

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วัน ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทาง โทรศัพท์ครอบครัวละ 20 นาที เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาใช้โทรศัพท์ ในการ

กระตุ้น การแนะนำ การเสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจและเป็นທີ່ปรึกษาเป็นขวัญกำลังใจผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัว ให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับการพัฒนาตามกิจกรรมที่ 1-5 ไปใช้ปฏิบัติจริงในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ภาระของผู้ดูแล หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้าน รวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเคียดแค้น ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยภาระการดูแล 2 ประเภท ได้แก่ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท หรือให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป มีค่าคะแนนภาระการดูแลตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทชุมชนหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัว มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาล สำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการนำกระบวนการสอนสุขภาพจิตศึกษามาประยุกต์ใช้
2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและลดความเครียด ความวิตกกังวลจากการดูแลผู้ป่วย และช่วยป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและสังคมได้