

บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม (Sadock & Sadock, 2007) เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดโดยมีความชุกร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 ต่อประชากรแสนคนต่อปี (Kaplan & Sadock, 1998) เป็นความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงพบได้ทั่วโลก มีความเสี่ยงตลอดช่วงชีวิตประมาณร้อยละ 1 (Norton et al., 2006) จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดถึง ร้อยละ 23.34 (กรมสุขภาพจิต, 2550) จากสถิติผู้มารับบริการที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีผู้ป่วยโรคจิตเภทมาใช้บริการจำนวน 51,158 และ 52,139 รายในปี 2550 และ 2551 ตามลำดับ (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2551) จะเห็นได้ว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงขึ้น และต้องใช้เวลาในการรักษานาน หรือต้องดูแลตลอดชีวิต ดังนั้นจึงเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแล ชุมชน สังคมและประเทศชาติเป็นอย่างมาก (สุมณฑา บุญชัย, 2545) และเป็นโรคที่ก่อปัญหาและส่งผลกระทบต่อแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม (สันชัย วสุนทรา, 2547)

ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 และการป่วยแต่ละครั้ง ทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ในด้านเศรษฐกิจนับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม (สมชาย จักรพันธ์, 2543) นอกจากนั้น ยังมีความบกพร่องด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวและกิจกรรมในชุมชน (Videbeck, 2004) ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เป็นต้น ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังไร้ค่า ทำให้ไม่สามารถอยู่ในชุมชนและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เท่าที่ควร จึงต้องกลับมารับการรักษาซ้ำและถ้าป่วยซ้ำบ่อย ๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น การรักษาจึงต้องใช้เวลาและต้นทุนมากขึ้น ระยะเวลาการดำเนินของโรคที่ยาวนานจะทำให้เกิดการเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายลดลงเรื่อยๆ (Sadock & Sadock, 2000) และยังทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสพัฒนาทักษะและหน้าที่เหมือนคนทั่วไป (วันชัย กิจอรุณชัย, 2548) เกิดความเครียดจนทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้น เกิดความรู้สึกล้มเหลว

ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Videbeck, 2004; Knapp et al., 2004) สร้างความเบื่อหน่ายให้กับผู้ดูแลและญาติ ผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากต้องคอยระมัดระวังและดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา

จากการศึกษาพบว่า หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมักมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพอนามัย การปฏิบัติ ตามแผนการรักษาและความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาการป่วยซ้ำ เกิดขึ้นบ่อยเท่าใด สักยภาพในการดำเนินชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยก็จะเสื่อมถอยลงเท่านั้น จากการศึกษาผลกระทบต่อผู้ป่วยพบว่า ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทบางราย จะไม่สนใจรับประทานอาหารเช้า ไม่ยอมอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า (จินดารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) บางรายอาจเกิดความเสื่อมถอย ของบุคลิกภาพ การรับรู้ อารมณ์พฤติกรรม และมีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) จากการศึกษาของสุเมธชา บุญชัย (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีปัญหา คือ ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเรื่องการรักษาประจำวัน เช่น การรับประทานยา การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และการเผชิญปัญหา ซึ่งผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ด้านการจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้น และด้านการบริหารยา (ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ, 2000) และต้องฝึกทักษะในการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลได้รับการตอบสนองตามความต้องการ จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ (สุรภา ทองรินทร์, 2546)

จากสถิติของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา มีผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ พบว่ามีจำนวน 134 และ 177 ราย ในปี 2550 และ 2551 ตามลำดับ (สารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 2551) ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนประวัติการรักษาและเวชระเบียนผู้ป่วยในจำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันในชุมชน ได้แก่ ปัญหาการดูแลสุขภาพอนามัย การรับประทานอาหารเช้าและการพักผ่อนนอนหลับ จำนวน 16 ราย ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา ขาดยา ปรับลดยาเองและไม่กินยา 19 ราย มีปัญหาเรื่องการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม การแสดงออกท่าทาง 25 ราย มีปัญหาการปรับตัว ขาดทักษะ การเข้าสังคม ขาดการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม 29 ราย (เวชระเบียนผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 2552) ซึ่งเป็นปัญหาการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้ศึกษาได้ สุ่มสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 5 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2552 พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องการดูแลสุขภาพสะอาดร่างกายและการมารับการรักษา และไม่ยอมรับรับประทานยา จนอาการทางจิตกำเริบ ทำร้ายผู้ดูแลและเพื่อนบ้าน บางรายมีพฤติกรรม

แยกตัว ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ญาติดูแลไม่ไหวจึงต้องพามาโรงพยาบาล นอกจากนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของ สุวิมล สมิตละ (2541) พบว่า ผู้ป่วย จิตเภทมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ระดับปานกลาง 14 ราย ระดับน้อย 8 ราย

จากแผนและนโยบายของกรมสุขภาพจิตซึ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนจากโรงพยาบาลมาสู่ครอบครัวและชุมชน โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงกลายเป็นผู้ที่ทำหน้าที่และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและในระยะฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวจึงถือได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุดและเป็นสถาบันที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงษ์, 2540 อ้างถึงในจิราพร รักรการ, 2549) และจากการทบทวนวรรณกรรมของสุภาภรณ์ ทองคารา (2545) พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psycho-education) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) สามารถจัดการกับการพร่องความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทได้ เนื่องจากการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจะทำให้ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลดีต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแล้ววัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าญาติและผู้ป่วยมีค่าระดับคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงขึ้น จะส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยให้สูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร รักรการ (2549) การสร้างความร่วมมือของครอบครัวในการวางแผนการรักษา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทสามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ ยังนำแนวคิดของ Yalom (1995) มาใช้ในกระบวนการกลุ่ม ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและเรียนรู้ที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผลลัพธ์ที่ได้คือสมาชิกเกิดการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกประทับใจระดับประคองร่วมกัน มีการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่เหมือนกันและพัฒนาปรับปรุงไปในทางที่เหมาะสมก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) ต่างๆ ได้แก่ การรู้สึกเกื้อกูล การผูกพันจิตใจต่อการมีความเป็นสากล การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ การให้ข้อมูล การได้ระบายออก การเลียนแบบพฤติกรรม ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงนำการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท มาใช้ในการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

พยาธิสภาพของโรคที่ยังหลงเหลืออยู่กับผู้ป่วยจิตเภท คือความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ทำให้มีอาการประสาทหลอน ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดไปในแนวทางเดียวกันได้ มีภาวะขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ความรู้สึก พุดน้อย การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง ขาดความกระตือรือร้น เนื้อชาลง เก็บตัว ไร้อารมณ์ เฉยเมย แยกตัวเองออกจากสังคม มีการเสื่อมของบุคลิกภาพทำให้มีพยาธิสภาพของโรคค่อนข้างถาวร (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) ส่งผลต่อความคิดด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต่อมาผู้ป่วย ไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น (สุวิมล สมัตตะ, 2541) บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องมึบทบาทในการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นที่ปรึกษาช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้มองเห็นปัญหากระจ่างชัดเจน รวมทั้งเป็นผู้ให้ความรู้หรือข้อมูลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติของผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคมที่ถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลต่อการไม่กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย จากแนวคิด ของ Danielson et al. (1993: 396-397) กล่าวว่า พยาบาลควรเป็นผู้เชื่อมโยง ในระบบบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและควรเป็นผู้มีบทบาทเป็นผู้สื่อสารผู้สนับสนุนและอำนวยความสะดวกสำหรับครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลควร มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมและเรียนรู้การยับยั้งพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งการรักษาด้วยยา ที่ผู้ป่วยจะได้รับ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการแนะนำการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยให้กับครอบครัวและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือที่บ้าน สำหรับการดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆในการดูแลมีหลักที่สำคัญคือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และกิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย (Horowitz, 1982 cite in Davis, 1992 อ้างถึงใน ครุณี คชพรหม, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาอีกด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงขึ้น (Montgomery et al, 1985) ถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับคำแนะนำในการดูแล ไม่มีความรู้หรือไม่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อนอาจเกิดความกลัวความเศร้า วิตกกังวลหรือโกรธเมื่อเผชิญกับพฤติกรรมของผู้ป่วย (Shore as cited in Askey, 2007) และถ้าผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ผู้ดูแลเองจะเกิดความกดดันและเครียด (Sallch, 1994)

จากการศึกษาประวัติของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีปัญหาการดำเนินชีวิตในชุมชน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถทางสังคมลดลง และการศึกษาของสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ที่พบปัญหาหลังการจำหน่ายเช่นกัน คือ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท การรักษา บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ดังนั้น ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันในชุมชน การให้สุขภาพจิตศึกษานี้สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ได้พัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Joining) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจากการศึกษา ของสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของการศึกษา ซึ่งมี 5 กิจกรรม ดังนี้

1) การปฐมนิเทศและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นการให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลของ

ผู้ดูแลและส่งผลให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถร่วมมือในการรักษาและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา (Yamashita, 1996)

2) การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค สนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และเมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ทำให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง (Ran, Xiang & Chan, 2003)

3) การให้ความรู้เรื่องการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น/การช่วยเหลือในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรคและการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการและการดูแลต่อเนื่องได้ ซึ่งอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท เพราะเป็นอาการและอาการแสดงเริ่มแรกก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดการป่วยซ้ำ ได้ทำให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาการช่วยเหลือเพื่อเตรียมเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนนำไปสู่การป่วยซ้ำ (Baker, 1995)

4) การให้ความรู้เรื่องสัมพันธภาพและความรับผิดชอบของผู้ป่วย/บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล โดยการที่ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าใจบทบาทของตนเอง

5) การให้ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เป็นการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problems solving skills) และส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารทางบวกในครอบครัว

จากการทบทวนแนวคิดดังกล่าว พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถจัดการกับการพร่องความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแล้ววัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าญาติมีค่าคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้นจะส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยให้สูงขึ้นด้วย

สมมติฐานการศึกษา

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท สูงกว่าก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังทำการศึกษา โดยทำการศึกษา การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้ คือ

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20-60 ปี จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถควบคุมตนเองได้ มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) อยู่ระหว่าง 15-30 คะแนน สามารถสื่อสารได้ดี
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 คนซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับบ้าน อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน เป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้น เพื่อให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพัฒนามาจาก แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว(family psycho-education) ของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) ซึ่งมีการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (partnership) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจากการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) และได้นำกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ที่ให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและเรียนรู้ที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผลลัพธ์ที่ได้คือสมาชิกเกิดการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกประทับใจระดับประคองร่วมกัน มีการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่เหมือนกันและ

พัฒนาปรับปรุงไปในทางที่เหมาะสมก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) ต่างๆ ได้แก่ การรู้สึกเกื้อกูล การผูกพันจิตใจต่อการมีความเป็นสากล การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ การให้ข้อมูล การได้ระบายออก การเลียนแบบพฤติกรรม ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน โดยมีกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การปฐมนิเทศและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นการให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ตามความเป็นจริง

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจำเป็นต้องทราบปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค สนับสนุนให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น การช่วยเหลือในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จำเป็นที่จะต้องทราบปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรคและการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการ และการดูแลต่อเนื่องได้

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เรื่องสัมพันธภาพและความรับผิดชอบของผู้ป่วย/บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล โดยการที่ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าใจบทบาทของตนเอง

กิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อเป็นการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problems solving skills) และส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารทางบวกระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแล หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD-10 และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามัณณิกุลในกรุงเทพมหานคร

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงพฤติกรรมหรือความต้องการที่ผู้ป่วยจิตเวชได้แสดงออกและปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พัฒนจากการศึกษาของยูพาฟิน ประสารอริคม (2535) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Sidney Katz (1979) ที่สร้าง The Index of Independence in Activities of Daily Living เพื่อใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท ที่แสดงออกในกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การเดินทางด้วยตนเอง และการปฏิบัติตามแผนการรักษา
2. ความสามารถทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงออกในกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ กับผู้อื่น การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออกทางท่าทาง การเข้าสังคม และความสนใจสิ่งแวดล้อม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทจะมีศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถอยู่ร่วมกันกับผู้ดูแลและช่วยเหลือกันภายในครอบครัวได้ดีขึ้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีคุณภาพ และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท มาใช้พัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น
3. ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นแนวทางในการศึกษา วิจัยเกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพ ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท