

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร มีพฤติกรรมอารมณ์ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด โดยในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 23.34 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2545) นอกจากนี้จากรายงานกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2546 ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีคือในปีงบประมาณ 2545 มีผู้ป่วยนอก จำนวน 296,202 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 306,617 ราย ในปีงบประมาณ 2546 ส่วนผู้ป่วยในมีจำนวน 19,753 รายในปีงบประมาณ 2545 และเพิ่มเป็น 20,197 ราย ในปีงบประมาณ 2546 อีกทั้งโรคจิตเภทเป็นโรคที่รุนแรง เรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงถึง ร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ดังนั้นจึงเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก โดยเฉพาะในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันและการดูแลตนเอง ทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ส่งผลกระทบต่อ ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติเป็นอย่างมาก (สุมณฑา บุญชัย, 2545)

American Psychiatric Association (APA, 1994) ระบุว่าโรคจิตเภทมีการดำเนินโรคเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ส่วนมากจะเริ่มด้วยการแยกตนเองทางสังคม ขาดความสนใจสุขวิทยาส่วนบุคคล การทำหน้าที่ด้านการงานหรือการเรียนบกพร่อง อาการมักค่อยเป็นค่อยไปอยู่ประมาณ 1 ปี และจะรุนแรงขึ้นจนกระทั่งเข้าสู่ระยะอาการชัดเจน (active phase) ซึ่งเป็นระยะที่อาการแสดงของโรคจิตเภทปรากฏชัดเจน เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน บางรายอาการอาจรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายสิ่งของ อาการรุนแรงในระยะนี้มักจะทำให้ญาติเดือดร้อน และตัดสินใจพาผู้ป่วยมารับการรักษา ระยะที่สาม ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) หลังจากได้รับการบำบัดรักษาแล้ว อาการจะยังไม่หมดไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการคล้ายระยะแรก แต่ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมทางจิตใจและการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่า เช่น ไร้อารมณ์ เฉื่อยชา ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ความผิดปกติทางจิตที่หลงเหลืออยู่ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างดี มักจะกลายเป็นผู้ที่เป็โรคจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งถือเอาระยะเวลาป่วยตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ (Corsini, 1991)

การบำบัดรักษาในปัจจุบันเน้นการผสมผสานทั้งการใช้ยาต้านโรคจิต การบำบัดทางจิตสังคม และการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยเป็นสิ่งเสริมซึ่งกันและกัน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) กว่า 30 ปีที่ผ่านมา การรักษาผู้ป่วยจิตเวช ได้ยึดนโยบายของการ

จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Deinstitutionalization) ทั้งนี้เนื่องมาจากอิทธิพลของการค้นพบยารักษาทางจิตที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยาสามารถกลับสู่สภาพปกติได้อย่างรวดเร็ว หลักการรักษาที่เน้นการรักษาในชุมชน โดยถือว่าการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาน ๆ จะทำให้เกิดผลเสียต่อการดำรงชีวิตในสังคมของผู้ป่วยและการยึดสิทธิของผู้ป่วย ผลจากการนำนโยบายดังกล่าวมาใช้ ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวของผู้ป่วยจึงกลายเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ (ยาจิตเวช, 2542) เมื่อผู้ป่วย กลับไปอยู่บ้าน ทำให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยเข้ารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลซึ่ง เป็นการปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิม ผู้ดูแลต้องเรียนรู้บทบาทใหม่และปรับบทบาทเดิมให้เหมาะสม เพื่อให้ทำหน้าที่ของผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดซึ่งถือว่าเป็นงานที่หนัก (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) ผู้ดูแลจะมีปัญหาในการวางตัวในสังคม มีความเครียดกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รู้สึกหวาดกลัวกับอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Loukissa, 1995) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น เป็นภาระหน้าที่ที่หนักและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ (ชฎาคา ประเสริฐทรง, 2543)

จากการศึกษาพบว่าในประเทศไทย ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทสั้นลง ผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3-4 สัปดาห์ (พิเชษฐ อุคมรัตน์และคณะ, 2541) เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลา หรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ที่อยู่ในครอบครัวจะต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล จนกว่าผู้ป่วยจะกลับสู่สังคมหรือทำงานได้ ผู้ป่วยเหล่านี้เมื่ออาการทุเลามักยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป เนื่องจากความเสื่อมทางด้านการทำงานและการใช้กระบวนการทางปัญญาของผู้ป่วย การขาดการยอมรับจากสังคม ประกอบกับความเรื้อรังของอาการ (Anderson, Reiss & Hogarty, 1986) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นเหตุให้บุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดต้องทำหน้าที่แทน ในผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด หรือช่วยจัดการกับการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน (Ruppert, 1996) ซึ่งผู้ดูแลเกือบทั้งหมดเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย และไม่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังต้องทำหน้าที่ตามบทบาทของตนในครอบครัวด้วย (Fallon, Boyd, & McGill, 1984) ผู้ดูแลจึงเกิดความยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิต ขาดอิสระและการบริหารเวลาถูกรบกวน ซึ่งเกิดเป็นสิ่งที่เรียกว่า ภาระจากการดูแลผู้ป่วย (Hoyert & Sulter, 1992; Berheim & Lehman, 1985)

ภาระของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย Montgomery,

Stull & Borgatta (1985) กล่าวว่าภาระของผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่ในการงานเปลี่ยนแปลง และการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ ซึ่งภาระทั้ง 2 มิติ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกกดดัน ส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ และส่งผลโดยอ้อมต่อความผาสุก (well-being) รวมทั้ง การมีชีวิตยืนยาว และการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย

จากการศึกษาเกี่ยวกับความเห็นของญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการมีผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งญาติต้องคอยดูแลผู้ป่วยไม่ให้ทำในสิ่งที่น่าอาย และไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่ามีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต (เพชร อินอิม, 2531) ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีญาติป่วยทางจิต และในหลายการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า (Hobbs, 1997 : Song, Bigel, & Millgan, 1997 อ้างใน ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) ต้องอดนอนเป็นประจำ เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบ ต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด เพราะผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ยอมช่วยทำงานบ้าน ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อยอ่อนล้ากับการดูแล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบต่าง ๆ ดังกล่าวที่เกิดขึ้นกับญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการสะท้อนให้เห็นว่าญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาระในการดูแลทั้งเชิงปรนัย และเชิงอัตนัย ตามที่ Montgomery กล่าวไว้ ดังนั้นการที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งการที่ผู้ดูแลรู้สึกมีภาระในการดูแลดังกล่าวจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ เช่น เกิดการเบื่อหน่ายผู้ป่วย ไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นในครอบครัว จะรู้สึกยุ่งยาก หรือเครียดในการดูแล ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Eakes, 1995 : Thompson, et al., 1993) ทั้งนี้เพราะการดูแลของญาติมีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การแสดงอารมณ์ภายในครอบครัว การขาดยา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอร่วมกับความเครียดในชีวิต ซึ่งมีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ, 2531) โดยเฉพาะหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหา จนกระทั่งเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงต่อผู้ดูแลดังกล่าว ดังนั้นจึงนับได้ว่าการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการรักษา และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

จากสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยจิตเวชที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเสนา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ และได้เปิดบริการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ปี 2545 – 2548

พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ 20, 36, 45 และ 76 รายตามลำดับ ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ เพื่อมารับการดูแลอย่างต่อเนื่องในสถานบริการใกล้บ้าน ปัญหาที่พบจากการให้บริการในคลินิกจิตเวชในปี 2548 พบว่าในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 76 รายนี้ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทถึง 45 ราย (คิดเป็นร้อยละ 59) โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 34 ราย (คิดเป็นร้อยละ 75) เป็นผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากญาติและผู้ดูแลในการช่วยเหลือพามาโรงพยาบาล หรือมาติดต่อบริการแทนผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้บกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองหรือประกอบอาชีพได้ ต้องเป็นผู้พึ่งพาญาติ นอกจากนี้ในจำนวนดังกล่าวพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 16 ราย (คิดเป็นร้อยละ 35) ที่มีอาการกำเริบจากการขาดยา เนื่องจาก รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือรับประทานเฉพาะเวลาที่มีอาการผิดปกติ และ 12 ราย (คิดเป็นร้อยละ 26) ไม่มารับยาตามนัด (ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลเสนา 1 กรกฎาคม 2548)

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเสนาได้ทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาดังข้างต้น จำนวน 20 ราย (ช่วงต้นเดือน ตุลาคม 2548) ในประเด็นที่เป็นปัญหาของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลแต่ละรายมีปัญหาที่เป็นภาระตามการรับรู้ของผู้ดูแลพอสรุปได้ดังนี้ 1) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) พบว่าผู้ดูแล 10 ราย ทำงานได้น้อยลง เนื่องจาก ต้องลางานหรือหยุดงานในการพาผู้ป่วยมาตรวจรักษาหรือรับยาแทนผู้ดูแล 1 ราย ไม่สามารถออกไปทำงานนอกบ้านได้ ต้องลาออกจากงานมาดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล 5 ราย มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแล 4 ราย รู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้เหนื่อยไม่คอยหลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารได้น้อยและผู้ดูแล 3 ราย รู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว 2) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) พบว่า ผู้ดูแล 6 รายรู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในบ้าน ไม่กล้าสูงส่งกับผู้อื่น กลัวเพื่อนบ้านตำหนิและรังเกียจ ผู้ดูแล 10 ราย กังวลกลัวว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบรุนแรง ทำร้ายคนในครอบครัวหรือผู้อื่น ผู้ดูแล 4 ราย มีอาการท้อแท้เบื่อหน่าย มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ผู้ดูแล 8 ราย รู้สึกไม่มีความสุขเหมือนมีเวรกรรม และผู้ดูแล 12 ราย เครียด ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ทำร้ายผู้ป่วย และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

นอกจากปัญหาซึ่งก่อให้เกิดภาระในการดูแลดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้ศึกษายังได้สัมภาษณ์ผู้ดูแลถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วย และพบว่าผู้ดูแล 15 ราย (คิดเป็นร้อยละ 75) ขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค จึงไม่เห็นความสำคัญในการพาผู้ป่วยมาตรวจรักษา หรือรับยาตามนัด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ประกอบกับผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถจัดการเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดอาการที่มีปัญหาสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพบว่าหากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือมีความผิดปกติทางพฤติกรรม จิตทางอารมณ์จะทำให้ผู้ดูแลต้องคอยควบคุมอาการต่างๆและจัดการปัญหาของผู้ป่วย

ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ (Tessler, Killian&Gubman, 1987 อ้างใน ทิปประพิณ สุขเจี๊ว, 2543) อีกทั้งบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลทำงานปกติได้น้อยลง มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมลดลง เกิดเป็นความเครียด การที่ไม่เข้าใจผู้ป่วยทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น แสดงท่าทีเบื่อหน่าย ท้อแท้ ดุด่า หรือทำร้ายผู้ป่วย ความรู้สึกอับอาย เหมือนมีเวรกรรม ทำให้สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้านลดลง รู้สึกเหมือนขาดคนเข้าใจหรือขาดแหล่งสนับสนุนในการดูแลช่วยเหลือ จากสาเหตุดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทำให้รู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่ยุ่งยาก หากปัญหาถูกสะสมและไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจพัฒนาไปสู่ปัญหาทางสุขภาพ ทั้งตัวผู้ดูแลเองและผู้ป่วยด้วย

จากสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะหาวิธีการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการลดภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาภาระในการดูแลซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุศึกษา แก่ผู้ดูแลจะช่วยลดภาระได้ เนื่องจากช่วยบรรเทาและลดความเครียดของปัญหา (Montgomery, Stull & Borgatta , 1985) ทั้งนี้พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ครอบครัวซึ่งมีการดำเนินการและศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศกว่า 20 ปี เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มระดับประคองและจิตศึกษา โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช พบว่า การดูแลตามรูปแบบเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระลดลง และมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (Yamashita, 1996; Pai &Kapur, 1981 Fowler,1992; Bemheim, 1998 อ้างใน ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; ทานตะวัน เข้มบุญเรืองและ ตรีณี คชพรหม 2543)

จากแนวคิดการดูแลดังกล่าว ผู้ศึกษาพบว่าการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มมีความเหมาะสมที่จะใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลเสนา ผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) ที่มีรูปแบบการให้ความรู้ คือ การประคับประคอง (Support) และการบริการด้านความรู้ (Education) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill services) การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Net work) ซึ่งในโปรแกรมนี้ได้ผสมผสานแนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ในการดำเนินกลุ่ม และในการดำเนินกิจกรรมแต่ละกิจกรรมใช้กลไกการดำเนินกลุ่มตามแนวทาง การพัฒนากลุ่มใน 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 4 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา การพัฒนาทักษะทางสังคม ซึ่งจากการใช้โปรแกรมสอนสุขภาพจิตดังกล่าว

จะส่งผลให้ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและครอบครัวให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเสนา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

แนวคิดและสมมุติฐานการศึกษา

โรคจิตเภทก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแล การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ซึ่งต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและเป็นระยะเวลานาน ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวอย่างมาก ซึ่ง Montgomery, et al. (1995) กล่าวถึงความหมายของภาระในการดูแลว่า เป็นการรับรู้ถึงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน และความเดือดร้อนของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวลดลง ไม่มีเวลาทำกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม ส่วนด้านร่างกายทำให้เหน็ดเหนื่อยกับภาระที่ได้รับจากการดูแล ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง พักผ่อนไม่เพียงพอ และ 2) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติ ทำให้เกิดผลกระทบ เช่น ด้านอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ และเกิดความรู้สึกเครียด เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การที่ผู้ดูแลมีความรู้สึก กังวลใจ และมีความหนักใจในการดูแล และขาดแนวทางในการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ต้องพากลับมารักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ จะส่งผลให้มีภาระในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลเสนา ผู้ศึกษาพบว่าโปรแกรมสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ซึ่งได้พัฒนามาจาก แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) เป็นโปรแกรมที่จะช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ เนื่องจากมีรูปแบบการให้ความรู้ คือ การประคับประคอง (Support) การบริการด้านความรู้ (Education) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill services) การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Net work) ซึ่งมีลักษณะการให้ความรู้อย่างมีขั้นตอน ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ร่วมกัน มีการฝึกทักษะต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย การอยู่

ร่วมกัน การช่วยเหลือและประคับประคอง ซึ่งรูปแบบของโปรแกรม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การจัดการความคิดที่ไม่ถูกต้อง และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยมีรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นกระบวนการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เปิดเผยความคิด ความรู้สึกของตน ให้ความร่วมมือในการค้นหาปัญหา ซึ่งนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ปัญหา ทำให้เกิดการ ทำงานในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และดำเนินกิจกรรมกลุ่มจนบรรลุวัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านปรณัยและอัตรณัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2545)

2. กิจกรรมการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมการให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ความรู้ และประสบการณ์ร่วมกัน ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน มีการฝึกทักษะ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการแสดง การดำเนินของโรค แนวทางในการดูแลรักษา การใช้ยา การจัดการกับสาเหตุ ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการดูแล ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yamashita (1996: 121-125 อ้างในนพรัตน์ ไชยธานี, 2545) ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการร่วมมือในการรักษา ควบคุมไม่ให้เกิดความเครียด ช่วยให้มีส่วนในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี จึงส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านปรณัยและอัตรณัยลดลง

3. กิจกรรมการจัดการความคิดที่ไม่ถูกต้อง และพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้ โดยให้ผู้ดูแลได้สำรวจอารมณ์ ความรู้สึก การแสดงออก และความคิดด้านลบที่มีต่อผู้ป่วย และพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง มีแนวทางในการจัดการกับ อารมณ์ ความรู้สึก การจัดการปัญหา การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม รู้จักการผ่อนคลายความเครียดเมื่อมีความคิดด้านลบต่อผู้ป่วย ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ถือเป็นการพัฒนาาระบบสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะมีผลทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคงในการต่อสู้ปัญหา ทำให้เกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด (Cohen & Wills, 1985 อ้างใน

ที่ประพิณ สุขเขียว , 2543) สามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม เป็นการช่วยลดภาระด้านอัตนัย

4. กิจกรรมพัฒนาทักษะทางด้านสังคม เป็นการฝึกการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ดูแลมีความสามารถ มีทักษะในการรับ-ส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงการสร้างเครือข่ายการดูแล หรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อช่วยแก้ไขปัญหา ปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรี คันธสาขบัว, 2544) ผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมและมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มาก รวมทั้งได้รับข้อมูลย้อนกลับที่มีผลส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ช่วยลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย (Thompson, et al., 1993 อ้างในที่ประพิณ สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้การปรับตัวหรือการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพ ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระด้านปรนัยลดลง

ทั้งนี้ในการดำเนินการแต่ละกิจกรรมตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ผู้ศึกษาจะใช้กระบวนการกลุ่ม ของ Marram (1978) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการพัฒนา กลุ่ม 3 ระยะ คือ ระยะ ที่ 1 ระยะการสร้างสัมพันธ์ภาพ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการกลุ่ม ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดกลุ่ม ในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้ง มีการให้ข้อมูลและความรู้ สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์และอภิปรายให้ข้อคิดเห็นร่วมกัน ทำให้สมาชิกได้ระบายนปัญหาและความรู้สึกต่อกัน ได้รับความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกให้กำลังใจซึ่งกัน รู้จักการแก้ปัญหาาร่วมกัน กลุ่มสามารถดำเนินด้วยความร่วมมือร่วมใจ ทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยและมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม และยังมีเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือ ดังนั้นโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มโดยใช้กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) จะช่วยลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

จากทฤษฎีและแนวคิดดังกล่าวผู้ศึกษาได้ตั้งสมมุติฐานดังนี้

ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัตถุประสงค์ก่อนและหลัง เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้ คือ

1. ประชากรในการศึกษา เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา หรือมารับยาแทนที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเสนา
3. ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่
 - ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม
 - ตัวแปรตาม คือ ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม หมายถึง การดำเนินการตามกระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้แบบกลุ่ม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างมีระบบและมีจุดมุ่งหมายที่จะให้สมาชิกร่วมกันคิดหาเหตุผล เลือกลงและตัดสินใจที่จะปฏิบัติ โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) ที่มีรูปแบบการให้ความรู้ คือ การประทับประคอง (Support) และ การบริการด้านความรู้ (Education) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill services) การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Net work) โดยในโปรแกรมนี้นำแนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) ที่แบ่งระยะเวลาพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ทั้ง 4 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 ในสัปดาห์แรก และกิจกรรมที่ 3 และ 4 ในสัปดาห์ที่ 3 ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยใช้เวลา 60 นาที แบ่งการดำเนินกิจกรรมเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดย ผู้นำกลุ่มกล่าวแนะนำตนเอง สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ หลังจากนั้นให้สมาชิกแนะนำตนเอง ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลา วิธีการ จำนวนครั้งและเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกำหนดข้อตกลงร่วมกัน

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกเปิดเผยความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย พูดยุขสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เปิดโอกาสให้สมาชิก

บอกถึงเหตุผล ความคาดหวัง ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการร่วมแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มและสมาชิกสรุปเหตุผล และความคาดหวังความต้องการในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสมาชิกมีความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลา 90 นาที แบ่งการดำเนินกิจกรรมออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุย สร้างความคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา มีการพูดคุยสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเรื่องโรคจิตเภท การรักษา การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และ มีการยกสถานการณ์จำลอง เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยสมาชิกช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ แนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถาม หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง

กิจกรรมที่ 3 การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใช้เวลา 90 นาที แบ่งการดำเนินกิจกรรมออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุย สร้างความคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกได้สำรวจความรู้สึก อารมณ์ ความคิด การแสดงออกที่มีต่อผู้ป่วย โดยใช้แบบสำรวจความรู้สึก และเปิดโอกาสให้สมาชิกพูดคุยสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีการประเมินปัญหาและหาแนวทางจัดการ ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลเรื่องความรู้สึกและความคิดที่มีผลต่อผู้ป่วย พร้อมทั้งฝึกทักษะการเผชิญปัญหา วิธีจัดการกับอารมณ์ และความคิดด้านลบ ฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียด

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม สมาชิกช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ทักษะที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม หลังจากนั้น ผู้นำกลุ่มสรุปเนื้อหาอีกครั้ง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางสังคม ใช้เวลา 90 นาที แบ่งการดำเนินกิจกรรม ออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุย สร้างความคุ้นเคย กัน ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนิน กิจกรรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่อง การ สื่อสารในครอบครัว การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนเมื่อมีปัญหา พูดคุยสนับสนุนให้ กำลังใจซึ่งกันและกัน หลังจากนั้นผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้าง เครือข่ายและแหล่งช่วยเหลือ พร้อมทั้งให้สมาชิกลองฝึกปฏิบัติทักษะการติดต่อสื่อสาร โดยใช้ สถานการณ์จำลอง

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม สมาชิกช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ทักษะที่ ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถาม หลังจากนั้น ผู้นำกลุ่มสรุปเนื้อหา อีก ครั้ง

ภาระในการดูแล หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ รวมถึงความรู้สึกที่แสดงถึง ความ หนักใจ ความเดือดร้อนและความยากลำบาก จากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ประกอบด้วยภาระใน 2 มิติ ตามแนวคิดของ Montgomery, et al. (1995) คือ

1. ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้าน ต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ การมีเวลาเป็นส่วนตัว การมีสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมร่วมในสังคม หน้าที่การงาน ปัญหาสุขภาพ
2. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทาง อารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความรู้สึก เป็นทุกข์ อับอาย เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากดูแลผู้ป่วย

ซึ่งประเมินโดยแบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก และเป็น บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเป็น บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือ บุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่ง ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับ ผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นผู้ ที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิดในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ และ ต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือค่าจ้างในการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ป่วยเป็นโรคจิตเภทและอยู่ในระหว่างการรักษา โดยเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มการสอนสุขภาพจิตศึกษา มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข และลดอัตราการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วย
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต
3. นำข้อมูลที่ได้จากผลการศึกษา มาพัฒนาระบบบริการทางการพยาบาล พัฒนาระบบของพยาบาล โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence Base) รวมทั้งนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบของผู้นำทางการพยาบาล เพื่อความเจริญก้าวหน้าของวิชาชีพ