

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคน/ปี (Sadock & Sadock, 2005) ในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 23.34 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2550) และมีโอกาสป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงและเรื้อรัง ถึงแม้จะมีการพัฒนารักษาโรคจิตไปมากแล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอัตราการป่วยซ้ำสูง ทำให้มีผลกระทบมากมายต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Sadock and Sadock, 2000) จนในที่สุดทำให้การปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน และความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2537) ประกอบกับในปัจจุบันพบว่ากรมสุขภาพจิตได้มีนโยบายตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 โดยการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้าน ถ้าได้รับการรักษาก็ให้อยู่ในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุดและเข้าสู่ชุมชนเร็วที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2549) ซึ่งการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลออกสู่ครอบครัวและชุมชนให้เร็วที่สุด โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ (Deinstitutionalization) รวมทั้งยังมีหลักการที่เน้นการรักษาในชุมชน ในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านต่างๆ (จันทร์ ธีระสมบุรณ์, 2543) ส่งผลให้มีผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลที่บ้านจำนวนมากขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวจึงกลายมาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและในระยะฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวจึงถือได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีสำหรับผู้ป่วย (จิราพร รักการ, 2549; ทศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540; Falloon, Boyd & McGill, 1984; Loukissa, 1995)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหากบุคคลเหล่านี้ขาดความรู้ ขาดการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและเกิดภาระในการดูแลของผู้ดูแลตามมา (สุรวุฒิ เฟิงเกร็ด, 2550) ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้องหรือบุตร โดยบุคคลดังกล่าวทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากสิ่งที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ (สกวรัตน์ ภูผา, 2543)

จากการศึกษาเกี่ยวกับความเห็นของญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าการมีผู้ป่วยอยู่ในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกไร้ภาระหนัก ส่งผลต่อผู้ดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ

อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (บุษยา คำคำ, 2550; ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) และการที่ต้องดูแลผู้ป่วย เป็นระยะเวลานาน ส่งผลทางด้านจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเบื่อหน่าย (บุษยา คำคำ, 2550; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ท้อแท้ หมดหวัง มีความวิตกกังวลจนก่อให้เกิดความกลัวและ ไม่กล้าในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่ง ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า (Loukissa, 1995) ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายผู้ดูแลเช่น อาการนอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้อาเจียน เหน็ดเหนื่อยอ่อนล้าจากการดูแลผู้ป่วย (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) และผลกระทบต่อสังคม พบว่าผู้ป่วยบางรายเมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชนและมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชนเช่น ทำร้ายคนอื่นเนื่องจากอาการ หวาดระแวงและบางครั้งพกพาอาวุธ บางครั้งทุบทำลายข้าวของและมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ เหมาะสม มีโอกาสเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดมากกว่าคน ปกติ ส่วนการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจคือรัฐบาลต้องเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศและเสีย งบประมาณมากในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปี (กรมสุขภาพจิต, 2541) และมี ผลให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึง ปรารถนาหรือเป็นภาระ (burden) แก่ตน (Platt, 1985; Montgomery, et al, 1985; Bull, 1990) และ ส่งผลต่อภาระแก่ครอบครัวคือในเรื่องการประกอบอาชีพและการเกิดความขัดแย้งของสมาชิกใน ครอบครัว

Montgomery et al. (1985) ได้กล่าวถึงความหมายของภาระในการดูแลว่า หมายถึง การรับรู้ และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน และความเดือดร้อนของผู้ดูแล จากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ภาระแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนอง ทางอารมณ์ และทัศนคติ เกิดเนื่องมาจากความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ การที่ต้องเผชิญกับ ความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต (Loukissa, 1995; Jones, 1996; Ip & Mackenzie, 1998) ส่วนภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการ เปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรม ในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยโรคจิต เภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว โดยเฉพาะใน ระยะที่มีอาการกำเริบ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความอิสระ ส่วนตัวถูกจำกัด และมีเวลาในการพักผ่อนเปลี่ยนไป รวมทั้งต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทั้ง

ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่องอีกด้วย (วรภช นิธิกุล, 2535; รัชนิกร อุปเสน, 2541; เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543)

สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท (นิสากร แก้วพิลา, 2545; จิราพร รักการ, 2549) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) พบว่าความรู้ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ดีจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะในเชิงอัตนัย (Subjective burden) สูง ภาวะทั้งสองมีต้นตอส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นการให้ความรู้ การสนับสนุน ปรึกษา ปรึกษา ประคองด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และ การเผชิญกับความเครียดที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกรับรู้ภาวะหรือมีการรับรู้ภาวะในการดูแลต่ำ (Oberst, 1991 cited in Carey et al., 1991) และการขาดทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการรุนแรงหรือกำเริบ และขาดทักษะการเผชิญกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (Dyck, et al, 1999)

จากการทบทวนปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของโรงพยาบาลรัฐประเทศซึ่งอำเภอรัฐประเทศเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดสระแก้วที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วจากชุมชนชนบทสู่สังคมเมืองและมีพื้นที่ติดกับแนวตะเข็บชายแดนของสาธารณรัฐกัมพูชาประชาธิปไตยและเป็นแหล่งที่มีความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจที่รวดเร็วมากเพราะมีแหล่งค้าขายระหว่างประเทศและสู่ประเทศในอินโดจีน มีบ่อนกาสิโน หลายแห่งในฝั่งปอยเปตที่ติดกับฝั่งไทยไม่ถึง 100 เมตร ประกอบกับในสถานะทางเศรษฐกิจและการเมืองในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อประชาชนทางด้านทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิตส่งผลทำให้มีจำนวนผู้ป่วยทางจิตเภทที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจาก ปัญหาทางสังคม ปัญหาครอบครัวหย่าร้าง ปัญหาการพนัน ปัญหาทางสุขภาพจิตจากการประกอบอาชีพแล้วเกิดภาวะขาดทุนเนื่องจากเศรษฐกิจไม่ดี และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดทางอารมณ์และรู้สึกมีภาระที่สูงขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชได้

จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลรัฐประเทศมีจำนวนสูงขึ้นจาก 50 ราย, 59 ราย และ 70 ราย ในปี พ.ศ. 2549-2551 ตามลำดับ และพบว่ามีอาการกำเริบรุนแรง จำนวน 8 ราย คิดเป็น 11.42% และมาขอรับใบส่งตัวไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์จำนวน 15 รายคิดเป็น 21.42 % (รายงานประจำปีโรงพยาบาลรัฐประเทศ, 2551) และจากการลงติดตามเยี่ยมบ้านและสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและกลับไปรักษาซ้ำจำนวน 20 ราย พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการทำงานไม่ถูกต้องจำนวน 11 รายและมีประวัติขาดรับยาตามนัด

จำนวน 9 ราย ผู้ศึกษาจึงได้สอบถามญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเหล่านี้ จำนวน 20 ราย ระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2552พบว่าส่วนใหญ่ญาติจะให้ผู้ป่วยรับประทานยาเองเพราะคิดว่าผู้ป่วยสามารถทำเองได้และรู้สึกว่ามีภาระและเสียเวลาที่ต้องมาดูแลในเรื่องการกินยา และยังขาดความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และรู้สึกเครียดและเบื่อหน่ายท้อแท้และทำให้ความเป็นส่วนตัวลดลงโอกาสที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนก็น้อยลงเพราะต้องอยู่กับผู้ป่วยกลัวและกังวลว่าผู้ป่วยจะมีอาการไปทำความรำคาญและเดือดร้อนกับผู้อื่น ผู้ศึกษาจึงได้ใช้แบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยชำนาญ (2545) วัดภาวะในผู้ดูแลดังกล่าวจำนวน 20 ราย เพื่อประเมินภาระของผู้ดูแล ผลการประเมินพบว่าผู้ดูแลทั้งหมดรับรู้ว่าคุณมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยจำแนกเป็นระดับการรับรู้ภาระ ดังนี้ ระดับมากที่สุด จำนวน 5 ราย ระดับมาก 7 ราย และระดับปานกลาง 8 ราย และได้สัมภาษณ์ถึงสาเหตุของการเกิดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ โรคจิตเภท จำนวน 17 ราย ขาดทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและเมื่อมีอาการรุนแรงหรือกำเริบ จำนวน 15 ราย ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 15 ราย และมีความรู้สึกเครียดเบื่อหน่ายและท้อแท้ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลกับสภาพปัญหาและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความขัดแย้งกับผู้ดูแล และการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่เหมาะสม (รายงานประจำปีโรงพยาบาลอรัญประเทศ,2551) จากสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาวิธีการดูแลช่วยเหลือ ให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาคือเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว นับว่าเป็นวิธีการที่มีประโยชน์มาก พบว่าการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psycho education) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน ในการดูแลการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีหุ้นส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านแล้วยังรวมถึง การให้การดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกด้วย ช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสารได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษาแก่ผู้ดูแลจะช่วยลดภาระได้ (Yamashita, 1996 ; Pai & Kapur, 1981 Fowler, 1992; ครุณี คชพรหม, 2543; จิราพร รักการ, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Reinares et al. (2004) ซึ่งได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน ผลการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นการเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค และสามารถลด

ความรู้สึกเป็นภาระทั้งภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ McFarlane et al. (2003) ซึ่งพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวส่งผลให้ภาระการดูแลของครอบครัวลดลง เพราะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะได้ เช่นลดอาการแสดงทางบวกและทางลบของผู้ป่วย และลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช รวมทั้งสามารถเพิ่มทรัพยากรของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งได้แก่การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psycho education) พัฒนาขึ้นโดย เป็นรูปแบบการปฏิบัติ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) การสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว 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 การส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว การรับฟังปัญหาของครอบครัว การช่วยเหลือในด้านวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับรูปแบบการรักษาสำหรับผู้ป่วย สอบถาม ถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัว ลดความสับสนและความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือ ประคับประคอง ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพอาการ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้ครอบครัวสามารถยอมรับในความทุกข์ทรมานลดความรู้สึกเป็นภาระ และความคับข้องใจจากการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตได้ Anderson, Hogarty & Reiss (1980)

ดังนั้นผู้ศึกษานำ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) โดยใช้แนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งพัฒนาโดยจิราพร รักการ (2549) เป็นรูปแบบการปฏิบัติสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยอาศัยหลักการของการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper,

Leff & Lam, 1992) ซึ่งจะช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ และส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำและต้องกลับมานอนในโรงพยาบาลลดลงในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการศึกษา

จากการศึกษาปัญหาในหน่วยงานที่พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มสูงขึ้นและมีปัญหาการกลับเป็นซ้ำและมีอาการกำเริบที่รุนแรงซึ่งสาเหตุมาจากผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับที่มากซึ่งความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล มีผลต่อการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้และสาเหตุที่ทำให้เกิดการรับรู้ว่ามีภาระ มีสาเหตุมาจากที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ โรคจิตเภท และขาดทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยและเมื่อมีอาการรุนแรงหรือกำเริบและจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่ไม่ถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุสำคัญของการเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคนี (จิราพร รักการ, 2549; นิสากร แก้วพิลา, 2545; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) รวมทั้งขาดการสนับสนุนระดับประจักษ์ทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และไม่ได้รับการสอนทักษะ ให้มีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (ดรุณี คชพรหม, 2543; Magliano et al., 1998; Lim & Ahn, 2003) และการแสวงหาแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชนและวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชนเป็นการทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวได้ทราบความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลคนอื่นถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแล (บุษยา คำคำ, 2550; อัญชลิ ศรีสุพรรณ, 2547) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนาจาก

แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ประกอบด้วย 5 กิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา และการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม การดำเนินการที่บ้านเป็นรายครอบครัวโดยการนำทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเข้ามาร่วมดำเนินการทุกกิจกรรมซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้คงกิจกรรมที่ 1, 3, 4, 5, ปรับเนื้อหาในกิจกรรมที่ 2 เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยในพื้นที่คือผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและกลับไปรักษาซ้ำซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมกานทานยาไม่ถูกต้องของผู้ป่วยและความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในกิจกรรมที่ 2 จะเน้นเรื่องการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยาให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ทั้งภาระเชิงอัตนัยและปรนัย ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษา กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) โดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว และพยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตนเอง นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอัตนัยและปรนัยลดลง (จิราพร รักการ, 2549; นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา ซึ่งเป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่า

โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว และการให้ความรู้เกี่ยวกับยา พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นความสำคัญและของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สาธิต พุฒขาว, 2541; อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) ส่งผลให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอัตรันัยและปรนัยของผู้ดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย เพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เกี่ยวกับการให้ความรู้ครอบครัวเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) มาใช้ในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระทั้งด้านเชิงอัตรันัยและเชิงปรนัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) มาใช้ ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน ทิปประพิณ สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอัตรันัยได้ (จิราพร รักการ, 2549)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมโดยผู้วิจัยนำแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980)

เกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544) และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระด้านปรนัยลดลง

จากความเป็นมาและความสำคัญของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของอำเภอ อรัญประเทศจังหวัดสระแก้ว ผู้ศึกษาจึงใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psycho education) พัฒนาโดยจิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้ครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุขและ ลดอาการป่วยซ้ำและอาการกำเริบได้

ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมุติฐานในการศึกษาคั้งนี้คือ

ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (The One- Group Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยทำการศึกษา ณ ชุมชนในอำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว โดยมีขอบเขตการศึกษาคั้งนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย ที่มีภูมิลำเนาที่อยู่ในอำเภอธัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว
2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย
 - 2.1 ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่จัดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้นประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (Joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตโดยเน้นการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา (Family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหาและเน้นเรื่องการสังเกตอาการพฤติกรรมที่ของผู้ป่วยที่เป็นอาการเตือนของการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ (Problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (Coping skills) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาจากจิราพร รักการ(2549) ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ติดต่อกัน ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 5 ครั้ง ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา เป็น กิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกันในเรื่องเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตและ และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียง

จากฤทธิ์ของยา และวิธีการจัดการให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาถือเป็นการเพิ่มความรู้อันจะช่วยเพิ่มความสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็น กิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพเช่น ให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมายสาเหตุ และอาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด สาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเอง และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตามเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้น โดยให้ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน โดยการให้ข้อมูลของแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาและวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน โดยการให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารในครอบครัวเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยได้

โดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมที่ 1- 5 ตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายครอบครัวที่บ้าน

ภาระการดูแล หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้าน รวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเคียดแค้น ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้ศึกษาตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยภาระการดูแล 2 ประเภท ได้แก่

1. ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินภาระของผู้ดูแลโดยแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวพันทางพันธุกรรมหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 และมีอายุ 20-60 ปี และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และเดินทางมารับบริการ ณ โรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้วเป็นครั้งคราว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำมาเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการวางแผนการจัดรูปแบบบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ความสามารถของผู้ดูแล โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยมีสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนและช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วยทำให้เกิดความเข้าใจและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ภาระในการดูแลลดลง

2. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแล ส่งเสริมภาวะสุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต