

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชซึ่งพบมากที่สุดโดยมีความชุกร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรครายใหม่ประมาณ 2.5-5:1000 คนต่อปี (Kaplan & Sadock, 1998) สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 23.34 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2550) การป่วยด้วยโรคจิตเภทมีลักษณะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและค่อยเป็นค่อยไปจนกระทั่งอาการรุนแรงและมีความพร้อมในการทำหน้าที่ของตนเอง อีกทั้งโรคนี้มีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งในการป่วยแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของการทำหน้าที่และเป็นภาระในการรักษาพยาบาล (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการบริการกรมสุขภาพจิตของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 แห่งพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวนวัน Admitted เฉลี่ย 43 วัน/ ราย/ปี คิดเป็นต้นทุนรวมเฉลี่ยรายละ 28,230 บาท/ปี (อเนก สุภีรนนท์และคณะ, 2550)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาต่อเนื่องที่บ้านเนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด โดยหากต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็ให้อยู่ในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุด คือในระยะเฉียบพลันและรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่นเท่านั้น และเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาจะได้รับการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนโดยเร็ว (กรมสุขภาพจิต, 2541) ซึ่งจากการศึกษาของ สุวิมล สมัตตะ (2541) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนแล้ว ส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ดังนั้นการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาหรือเป็นภาระแก่ตน (Bull, 1990; Montgomery et al., 1985; Plantt, 1985)

Montgomery et al. (1985) กล่าวว่าภาระในการดูแลแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ เกิดเนื่องจากความรู้สึกหวาดกลัว วิดกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป

และความรู้สึกบอบอบที่มีญาติป่วยทางจิต (Loukissa, 1995; Jones, 1996; Ip & Mackenzie, 1998) 2) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว โดยเฉพาะในระยะที่มีอาการกำเริบ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความอิสระส่วนตัวถูกจำกัด และมีเวลาในการพักผ่อนเปลี่ยนไป รวมทั้งต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่องอีกด้วย (วรกช นิธิกุล; รัชนิกร อุปเสน, 2541; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543)

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวที่บ้านในชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นภาระที่หนักและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของครอบครัวอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543) สาเหตุสำคัญของ การเกิดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย (นิศากร แก้วพิลา, 2545; จิราพร รักการ, 2549; Adamec, 1996) ขาดทักษะในการจัดการกับอาการเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการรุนแรง หรือกำเริบ และขาดทักษะ การเผชิญกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (ดรุณี คชพรหม, 2543; Magliano et al., 1998) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ภาระ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Dyck et al. (1999) ซึ่งได้ศึกษา ปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ทรัพยากรในครอบครัวซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและวิธีเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยทำนายภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนทางสังคมและวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาระ ทั้งนี้พบว่าครอบครัวจะมีการรับรู้ภาระในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม และใช้การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการฝึกทักษะที่จำเป็น เพราะจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคจิตเภท มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) และได้รับการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแลหรือมีการรับรู้ภาระในการดูแลลดลง (Oberst, 1991 cited in Carey et al., 1991)

จากการทบทวนสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชของอำเภอไทรน้อย พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 74 ราย เป็น 85 ราย และ 98 ราย ในปี พ.ศ. 2549-2551 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลปี พ.ศ. 2551 พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 62 ราย (63.26%) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรง 4 ราย และไม่มารับใบส่งตัว เพื่อไปรับการรักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลจิตเวช ตามนัด จำนวน 19 ราย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย, 2551) แต่ปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอไทรน้อย มีการให้บริการกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยเหลือในภาวะวิกฤตและส่งต่อเท่านั้น ยังไม่มีระบบและรูปแบบการให้การดูแลโดยตรงแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน เนื่องจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีจำนวนน้อย และปฏิบัติงานหลายหน้าที่ รวมทั้งขาดความรู้ ความมั่นใจในการติดตามเยี่ยม และให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิของอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภท ที่มีปัญหาอาการกำเริบและไม่มารับใบส่งตัวตามนัดดังกล่าว จำนวน 23 รายระหว่างเดือนเมษายน- มิถุนายน 2552 ผลการสัมภาษณ์เบื้องต้นพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความรู้สึกกลัว เครียด กังวล และหนักใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยที่ผู้ดูแลไม่อาจคาดการณ์ได้ล่วงหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายต้องถูกแยกไปอยู่ในบริเวณที่ญาติจัดให้เพียงลำพัง เนื่องจากญาติไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นแล้วยังส่งผลให้ผู้ดูแลขาดเวลาการเป็นส่วนตัว หรือ เวลาในการเข้าสังคมลดลง โดยเฉพาะช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง ซึ่งข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการดูแล ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบกับพื้นที่อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่ยังเป็นสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม คือมีพื้นที่บางส่วนเป็นบ้านจัดสรร โรงงานอุตสาหกรรม และบางส่วนเป็นพื้นที่เกษตรกรรม การคมนาคมต้องใช้รถยนต์ส่วนบุคคล ไม่มีรถยนต์โดยสารประจำทาง ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความยากลำบากในการพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัด การรับยาต่อเนื่องจนทำให้เกิดอาการกำเริบในที่สุด

จากสภาพปัญหาเบื้องต้นดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้ใช้แบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) มาใช้ประเมินผู้ดูแลเหล่านี้ ทั้ง 23 ราย พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระสำหรับผู้ดูแลและครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคะแนนภาระอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 11 ราย ในระดับมาก 7 รายและในระดับมากที่สุด จำนวน 5 ราย และเมื่อวิเคราะห์จากการตอบแบบสอบถามรายด้านและรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลสูงในข้อต่างๆ แต่ละด้านดังนี้ ด้านอัตนัย คือ “รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท” และ “รู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรง” ส่วนด้านปรนัย คือ “ผู้ดูแลทำงาน

ได้น้อยลงเนื่องจากต้องแบ่งเวลามาดูแลผู้ป่วย” ซึ่งเมื่อสัมภาษณ์ต่อถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ โรคจิตเภท 16 ราย มีความเครียดและกังวลใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง 7 ราย

จากสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะหาวิธีการดูแลช่วยเหลือ ให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาภาระในการดูแลซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจาก เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วนในการดูแลด้วยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีหุ้นส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านแล้วยังรวมถึง การให้การดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกด้วย ช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว รวมทั้งช่วยให้ครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสารได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุขภาพจิตศึกษาจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข และสามารถช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ (Yamashita, 1996 ; Pai & Kapur, 1981; Fowler, 1992 ; ครุณีคชพรหม, 2543 ; จิราพร รักการ, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ได้มีการให้การดูแลผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ทั้งแบบรายบุคคล (individual psychoeducation) รายกลุ่ม (group psychoeducation) และการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) โดยการใช้สุขภาพจิตศึกษาวิธีต่าง ๆ เหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย และการรักษา จนเกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และมีการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตเพื่อลดความตึงเครียด (Williams, 1989) โดยเฉพาะรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว นับว่าเป็นวิธีการที่มีประโยชน์มาก และสอดคล้องกับแนวคิดและรูปแบบของการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตในปัจจุบันที่ เน้นในเรื่องของการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา จึงมีผู้สนใจและพยายามที่จะนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การเสริมสร้างความร่วมมืออันดีระหว่างเจ้าหน้าที่ ครอบครัว และ

ผู้ป่วย เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของสมาชิกในครอบครัว (Anderson et al., 1980; Leff et al., 1982; Falloon et al., 1984 cited in McFarlane et al., 2003)

Anderson et al. (1980) ได้พัฒนาสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ขึ้น โดยเป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว ด้วยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (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 สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัว ลดความสับสนและความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการให้ข้อมูลและการช่วยเหลือประคับประคอง ให้ครอบครัวสามารถแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ การช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว ตลอดจนการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพอาการ และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้ครอบครัวสามารถยอมรับในความทุกข์ทรมาน ลดความรู้สึกเป็นภาระ และความคับข้องใจจากการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตได้ (Anderson et al., 1980; 1986)

จากหลักการและเหตุผลข้างต้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะแก้ไขปัญหาระยะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเหล่านี้ โดยการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่สร้างขึ้นโดย จีราพร รักการ (2549) จากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Anderson et al. (1980) ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ซึ่งการใช้โปรแกรมดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถที่จะอดทนต่ออาการต่างๆของผู้ป่วยได้มากขึ้น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การรับรู้ภาระการดูแลลดลงและมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมจนผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระในการดูแลลดลง ส่งผลให้ลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ตามมา (Anderson et al., 1980)

วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

แนวเหตุผลโครงการศึกษาอิสระ

การป่วยด้วยโรคจิตเภทมีลักษณะการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และค่อยเป็นค่อยไปจนกระทั่งอาการรุนแรง และมีความพร้อมในการทำหน้าที่ (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) ประกอบกับนโยบายการดูแลรักษาได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาเป็นการดูแลในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก โดยเฉพาะการรับรู้ภาระในการดูแล (Burden) (Montgomery et al., 1985 ; Bull, 1990) ซึ่งพบว่าการศึกษาความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การขาดทักษะในการจัดการกับอาการ รวมทั้งการขาดการสนับสนุนระดับประจักษ์ทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นสาเหตุสำคัญส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้มากขึ้น (นิศากร แก้วพิลา, 2545; จิราพร รักการ, 2549) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดต่างๆ ที่ช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว (Family Psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดภาระของผู้ดูแล โดยการให้ความรู้และสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการดูแล ซึ่งสาระสำคัญในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจในการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Joining) การให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family education) การส่งเสริมทักษะการจัดการกับปัญหา (Problem solving skills) การส่งเสริมทักษะการเผชิญกับความเครียด (Coping skills) และ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งพัฒนา โดย จิราพร รักการ (2549) จากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เป็นรายครอบครัวที่บ้าน จำนวน 5 กิจกรรมๆละ 45-60 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 1- 2 กิจกรรม โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกกิจกรรม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้คงกิจกรรมที่ 1, 3, 4 และ 5 ไว้แต่ได้ปรับเนื้อหากิจกรรมที่ 2 เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของการศึกษาครั้งนี้ โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับ ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของการศึกษา ซึ่งกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัว มีรายละเอียดในแต่ละกิจกรรมที่ส่งผลต่อการดูแลดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เพื่อให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมระบายนความรู้

ให้ความรู้เรื่องบทบาท โครงสร้างของครอบครัวและภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมมือกันในการบำบัดรักษานำไปสู่การปรับตัวที่ดีในการดำเนินชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตรวจสอบความคาดหวังของตนเองต่อผู้ป่วยถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการดูแล (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอึดอัดและปรนัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว (psychoeducation programs) จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลทั้งด้านอึดอัด และปรนัยของผู้ดูแลลดลง (จิราพร รักการ, 2549)

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

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตั้ง

เครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) มาใช้ ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รวมทั้งสามารถเลือกใช้ กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอัตนัยได้ (จิราพร รักการ, 2549)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชติ ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544) และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Thompson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระด้านปรนัยลดลง (จิราพร รักการ, 2549)

สมมุติฐานการศึกษา

ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (The One- Group Pretest- Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ศึกษาเป็นครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ที่มีภูมิลำเนาที่อยู่ในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย
 - 2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ

การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว โดยใช้โปรแกรมของจิราพร รักษาการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 45 – 60 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 – 2 กิจกรรม ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ซึ่งผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมที่ 1-5 ตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายครอบครัวที่บ้าน โดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วย สมาชิก 3 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีรายละเอียดของแต่ละกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ หมายถึง กิจกรรมการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม และข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม สอบถามครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาในครอบครัว และให้ความรู้เรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว พูดคุยให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ หมายถึง กิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงประสบการณ์ในการเจ็บป่วย สอบถามถึงความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปให้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ อาการผิดปกติ และการรักษา ขาดการรักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้น ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วย

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันอาการกำเริบให้มีความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท การสังเกต อาการเตือน พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ให้สมาชิกยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง นำผลมาอภิปรายร่วมกัน เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญความเครียดและการจัดการกับความเครียด ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ และอาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด มีการสาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเอง และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม หมายถึง กิจกรรมที่ให้ผู้ศึกษาได้แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” และร่วมกันแสดงความคิดเห็น ผู้ศึกษาให้ความรู้ในเรื่องการสื่อสารในครอบครัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนและวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน

ภาระของผู้ดูแล หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้าน รวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเดือร้อน ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้ศึกษาตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยภาระการดูแล 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และภาระเชิงปรนัย (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 เพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็น โรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และเดินทางมารับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขเป็นครั้งคราว

สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในปัจจุบัน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อเป็นแนวทาง สำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการจัดรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเพื่อ ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและครอบครัว และทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัว สังคมและ ชุมชนได้
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดรูปแบบบริการ โดยเน้นบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล