

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคจิตเวชชนิดรุนแรง (Severe psychotic disorder) พบประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Norton et al, 2006) ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ามีประชากร 24 ล้านคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคจิตเภท (World Health Organization, 2006) โรคนี้เป็นโรคที่พบมากที่สุด ของการเจ็บป่วยทางจิตทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2549) และพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกปี (กรมสุขภาพจิต, 2550) จากการศึกษาการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาระของโรค (Global Burden of Disease) พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระของโรคมากกว่าร้อยละ 11 โดยพิจารณาตามเกณฑ์จำนวนปีที่สร้างความเสียหายให้กับชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคนั้นๆ (Disability Adjustment Life Years: DALYs) และคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2020 (Murray & Lopez, 1996 อ้างใน ปราชญ์ บุญยวงศวิโรจน์, 2546) ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นโรคที่เรื้อรัง อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน การดูแลสุขอนามัยของตนเอง และความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก เมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546) มีโอกาสป่วยซ้ำ (Relapse) ได้หลายครั้งหลังจากได้รับการรักษาแล้ว พบว่ามีอัตราการกลับมาป่วยซ้ำถึงร้อยละ 50-70 (เพชร คันธสายบัว, 2548) ในการป่วยแต่ละครั้งทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของการทำหน้าที่ และเป็นภาระในการรักษาพยาบาล (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) การรักษาโรคจิตเภทนี้ต้องใช้ระยะเวลาและยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) และ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหรือคนในครอบครัว (สุมณฑา บุญชัย, 2545)

กรมสุขภาพจิตมีนโยบายของการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Deinstitutionalization) ทำให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทสั้นลง ผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3-4 สัปดาห์ (พิเชษฐ อุดมรัตน์และคณะ, 2552) ผู้ป่วยจิตเภทถึงแม้ว่าอาการทุเลา มักยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป เนื่องจากความเสื่อมทางด้านการทำงานและความเสื่อมของสติปัญญาของผู้ป่วย การขาดการยอมรับจากสังคม ประกอบกับความเรื้อรังของอาการ (Anderson et al., 1986) ผู้ป่วยจิตเภทเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นเหตุให้บุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดต้องทำหน้าที่แทน ทำ

ให้ครอบครัวจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยเข้ารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งเป็นการปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิม ทำให้ผู้ดูแลต้องเรียนรู้บทบาทใหม่และปรับบทบาทให้เหมาะสม เพื่อให้ทำหน้าที่ของผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะได้รับผลกระทบโดยตรงจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย(พิเชษฐ อุดมรัตน์และคณะ, 2552) ซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงาน ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดถือว่าเป็นงานที่หนักทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระ(Montgomery et al., 1985)

จากการที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยอาการเพียงแค่ทุเลา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการผิดปกติหลายด้านหลงเหลืออยู่ เช่น ะอะอะอาละวาด แสดงอาการ โกรธหรือเกลียดรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) ทำลายข้าวของและทรัพย์สินรวมทั้งขโมยสิ่งของ บุคคลคนเดียว หวาดกลัว หวาดระแวง ซึมเศร้า เป็นต้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน คือ เกิดความเครียดกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ (ชฎาดา ประเสริฐทรง, 2543) รู้สึกหวาดกลัวกับอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Loukissa, 1995) การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเบื่อหน่าย เหนื่อยหน่าย (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543 ) บางคนรู้สึกผิดคิดว่าตนเองมีส่วนทำให้เกิดโรคนี้ได้ ไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่ามีคนในครอบครัวเป็น โรคจิต ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีญาติป่วยทางจิต (Ip & Mackenzie, 1998) ร้อยละ 30 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (Wong, 2000) ด้านร่างกาย ทำให้เหน็ดเหนื่อยกับภาระที่ได้รับจากการดูแล ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการใจสั่น ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม และความดันโลหิตสูง (รัชนิกร อุปเสน, 2541; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ทางด้านเศรษฐกิจ พบว่าการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภททำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมลดลง ประกอบกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย (Doombos, 2002) อย่างต่อเนื่องและระยะยาว ด้านสังคม ทำให้ผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวลดลง ไม่มีเวลาทำกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม (มนตรี อมรพิเชษฐ์กุลและพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในการดำรงชีวิต ปัญหาและความยุ่งยากในการดูแล เป็นเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่า เป็นภาระ(Montgomery et al., 1985)

ภาระของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเคียดแค้นของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย Montgomery et al. (1985) กล่าวว่า ภาระของผู้ดูแลแบ่งเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการ

รับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่ในการงานเปลี่ยนแปลง และการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์ ทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ในการที่ต้องดูแลผู้ป่วย วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้น โดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ซึ่งภาระทั้ง 2 มิติ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกรับภาระหนักส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (George & Gwyther, 1986) ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลเกิดความพร่องในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง ทั้งนี้เพราะการดูแลของญาติมีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลไม่เพียงพอ ก็จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการดูแลไม่ถูกต้องเหมาะสม ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จึงมีผลทำให้เกิดอาการกำเริบ และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545)

สาเหตุสำคัญของการเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย (นิศากร แก้วพิลา, 2545; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากขาดการสนับสนุน ประคับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม และมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ดรณิ คชพรหม, 2543) หากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหา อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงต่อผู้ดูแลดังกล่าว ดังนั้นการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแล นอกจากมีความสำคัญต่อการรักษา และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทแล้วยังมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลเอง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะมีปัญหาสุขภาพจิตได้

โรงพยาบาลนครนายก เป็นโรงพยาบาลฝ่ายชายที่เปิดให้บริการคลินิกจิตเวช ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มารับบริการจะเป็นผู้ป่วยที่รับยาทางจิตต่อเนื่องและอยู่ในความดูแลของญาติในครอบครัว และในชุมชนของตนเอง จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการตรวจรักษา พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีโดย ในปี พ.ศ.2550-2552 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 112 คน 175 คน และ 191 คนตามลำดับ (โรงพยาบาลนครนายก, 2552) ในปีงบประมาณ 2552 มีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 58 นอกจากนี้มีผู้ป่วยจิตเภทพยายามฆ่าตัวตาย 3 ราย ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย และพบผู้ป่วยจิตเภททำร้ายบุคคลในครอบครัวจนได้รับบาดเจ็บสาหัส 2 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางคนรู้สึกหวาดกลัวไม่ไว้ใจ เครียด นอนไม่หลับ บางครอบครัวแก้ปัญหาโดยซื้อยานอนหลับมารับประทานเป็นประจำ หรือดื่มสุราเมื่อเกิดความเครียด บางครอบครัวแก้ปัญหาโดยการล่อลวงผู้ป่วยไว้และผู้ดูแลขาดรายได้เพราะ

ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นและจากการที่ผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่าปัญหาของผู้ป่วยส่งผลต่อผู้ดูแล ผู้ศึกษาจึงได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่มีอาการกำเริบ และมีภาวะวิกฤตทางจิตเวช ทั้งที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช และจากการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าผู้ดูแล มีความวิตกกังวลทุกข้ใจในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกท้อแท้ รู้สึกอายน และรู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ

จากข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าปัญหาที่พบเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของภาระการดูแลของผู้ดูแล (Montgomery et al., 1985) จากนั้นเมื่อผู้ศึกษาใช้แบบวัดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ที่ให้แนวคิดของ Montgomery et al.(1985) มาประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่มีอาการกำเริบ จำนวน 30 รายในช่วงเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2552 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคะแนนภาระในการดูแลระดับปานกลาง จำนวน 10 ราย ระดับมากจำนวน 14 ราย ในระดับมากที่สุดจำนวน 6 ราย พบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลสูงในแต่ละด้าน ดังนี้ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) พบว่าทำให้เสียเวลาทำงาน เนื่องจากต้องหยุดงานในการพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาหรือเมื่อมีอาการกำเริบ มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง การดูแลผู้ป่วยทำให้อนอนไม่คอยหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาดูแลตนเอง 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) พบว่า รู้สึกเครียด รู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกกลัวว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบรุนแรง ทำร้ายคนในครอบครัวหรือผู้อื่น และรู้สึกเป็นห่วงว่าจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล 3 ราย มีความคิดว่าไม่อยากมีชีวิตอยู่และมีผู้ดูแลจำนวน 4 ราย ไม่สามารถคุมอารมณ์ได้แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม คำว่า และทำร้ายผู้ป่วย

ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มดังกล่าวเพิ่มเติม พบว่า สาเหตุสำคัญของการเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พบในกลุ่มผู้ดูแลเหล่านี้มาจากการที่ผู้ดูแล คือขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาและการรับประทานยา จึงไม่พาผู้ป่วยไปรักษาหรือรักษาตามนัด ประกอบกับผู้ดูแล ขาดทักษะในการสังเกตอาการเตือนก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบไม่สามารถจัดการเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดอาการที่มีปัญหา และยังพบว่าผู้ดูแลขาดการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง มีสุขภาพเสื่อมโทรม เนื่องจากเครียดต่ออาการของผู้ป่วย ส่งผลทำให้อนอนไม่หลับ ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง อีกทั้งผู้ดูแลมีงานประจำที่ทำควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลทำงานปกติได้น้อยลง มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมลดลง เกิดความเครียด นอกจากนี้การที่ไม่เข้าใจผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น แสดงท่าทีเบื่อหน่าย ท้อแท้ คำว่า หรือทำร้ายผู้ป่วย เกิดความรู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยในครอบครัวทำให้สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้านลดลง รู้สึกเหมือนขาดคนเข้าใจหรือขาดแหล่งสนับสนุนในการดูแลช่วยเหลือ จากสาเหตุดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทำ

ให้รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่ยุ่งยาก หากปัญหาถูกสะสมและไม่ได้รับการช่วยเหลือจะเกิดปัญหาทางสุขภาพร่างกายและจิตใจ ทั้งต่อตัวผู้ดูแลและผู้ป่วย

จากระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลนครนายกซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ได้จัดบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนี้ 1) บริการในคลินิก ทุกวันพฤหัสบดี ที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยอาการกำเริบรุนแรง ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น ผู้ป่วยรายใหม่ ที่ส่งต่อจากศูนย์สุขภาพชุมชน หรือโรงพยาบาลใกล้เคียง และผู้ป่วยรายเก่า ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลนครนายก 2) บริการในชุมชน บริการสุขภาพจิตในโรงเรียน วัด ชุมชน บริการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 3) บริการต่อเนื่อง คือ บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ที่มารับบริการ บริการนัดหมายและติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชที่ขาดการมารับการรักษา ซึ่งบริการส่วนใหญ่จะเน้นไปที่ตัวผู้ป่วยจิตเภท ยังไม่มีกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างเป็นทางการ การหารูปแบบของกิจกรรมที่สนับสนุนให้ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ให้ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการฝึกทักษะที่จำเป็น จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) และได้รับการสนับสนุน ปรึกษาปรึกษาทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระในการดูแลลดลง (Oberst, 1991 cited in Carey et al., 1991)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าได้มีการดูแลผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในหลายรูปแบบด้วยกัน เช่น การให้กลุ่มปรึกษาปรึกษาและจิตศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (Fowler, 1992; Hammond & Deans, 1995; Yamashita, 1996) และการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) ซึ่งแบ่งได้เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (individual psychoeducation) รายกลุ่ม (group psychoeducation) และการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) การให้สุขภาพจิตศึกษาด้วยวิธีการต่างๆ เหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ โดยเฉพาะรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) นับว่าเป็นวิธีการที่มีประโยชน์มาก ซึ่งปัจจุบันแนวคิดและรูปแบบของการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้น เน้นถึงความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวยอมรับในบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้นและนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิตมากขึ้น โดยช่วยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ด้วยการเสริมสร้างความร่วมมืออันดีระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัวและผู้ป่วย (Anderson

et al., 1980; Falloon et al., 1984; Leff et al., 1982 cited in McFarlane et al., 2003) Anderson et al. (1980) ได้ทำการศึกษาพบว่า การดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถช่วยให้ดูแลอาการต่างๆของผู้ป่วยได้มากขึ้นมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การรับรู้การดูแลลดลง รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี และจากการศึกษาของ McFarlane et al. (2003) ซึ่งพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวส่งผลให้การดูแลของครอบครัวลดลงเพราะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะได้ เช่น ลดอาการแสดงทางบวกและทางลบของผู้ป่วย และลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช รวมทั้งสามารถเพิ่มทรัพยากรของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งได้แก่การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ครุณี คชพรหม (2543) ที่ทำการ ศึกษาการใช้กลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินหรือการตอบสนอง การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านแหล่งประโยชน์และบริการ นอกจากนี้ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย กิจกรรมมุ่งความสำคัญที่การให้ความรู้และการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยจิตเภทกับญาติผู้ดูแลหลักเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคลที่บ้าน สอดคล้องกับจิราพร รักการ (2549) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการดูแลในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยังมีประสิทธิผล และประหยัดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการมากกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลอีกด้วย (Falloon et al., 1985)

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาภาวะในการดูแลซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วนในการดูแลโดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เข้ามามีหุ้นส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งนอกจากจะเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลที่บ้านแล้วยังรวมถึง การให้การดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวอีกด้วย ช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น เป็นการช่วยเหลือและประคับประคองผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เพื่อลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมกหมองที่เกิดขึ้นใน

ครอบครัว เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข และสามารถช่วยลดภาระของผู้ดูแลได้ รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลลดลง(Yamashita, 1996; Pai & Kapur, 1981; Mc Farlane et al., 2003; ครุณี คชพรหม, 2543; จิราพร รักการ, 2549)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งพัฒนาโดยจิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson et al.(1980) มาใช้ในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นกระบวนการที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดการยอมรับและเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การรับรู้ภาระลดลง มีแนวทางที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และเป็นการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การเสริมสร้างความร่วมมือกันในครอบครัว เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### แนวเหตุผลและ สมมติฐานการศึกษา

จากการศึกษาปัจจัย สาเหตุสำคัญของการเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย (นิสสาร แก้วพิลา, 2545; Marsh & Johnson, 1997) รวมทั้งขาดการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และไม่ได้รับการสอนทักษะให้มีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (ครุณี คชพรหม, 2543; Lim & Ahn, 2003) การดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถอดทนต่ออาการต่างๆของผู้ป่วยได้มากขึ้น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การรับรู้ภาระลดลง และมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (Dixon et al., 2001) จากการศึกษาของ Reinales et al. (2004) พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นการเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค และสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระทั้งภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นรูปแบบที่เน้นการ

ระดับประคองและการบริการด้านความรู้ มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) และเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skills) ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง (จิราพร รักรการ, 2549) และผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบที่เป็นผลดีใช้ได้หลายลักษณะกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เป็นการให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ด้วยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการ กิจกรรมจะประกอบด้วยเนื้อหาและรูปแบบของกิจกรรมที่จะ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถที่จะอดทนต่ออาการต่างๆของผู้ป่วยได้มากขึ้นมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลงและมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนามาจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ จิราพร รักรการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980)ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปรับเนื้อหาของกิจกรรมที่ 2 และ 3 เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งผู้ศึกษาได้เพิ่มเติมเนื้อหาในกิจกรรมที่ 2 เกี่ยวกับวิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา และกิจกรรมที่ 3 เพิ่มเนื้อหาเรื่องการป้องกันภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช โดยโปรแกรมนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดการยอมรับและอดทนต่ออาการต่างๆของผู้ป่วยได้มากขึ้น มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การรับรู้ภาวะลดลง และมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ ผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่ได้นำมาประยุกต์ใช้ รูปแบบของกิจกรรมประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเป็นรายครอบครัวที่บ้าน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 45-60 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน มีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) ตามแนวคิดของ Anderson et al.(1980) โดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว และพยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยายามให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมและมีความต้องการที่จะเรียนรู้มากขึ้น



ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยวเป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตนเอง มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านปรณัยและอัตรณัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2545)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และวิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไร ที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ภาระในการดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yamashita (1996) ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล (Psychoeducation programs) ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลได้ ทำให้พวกเขาสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา ควบคุมไม่ให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ช่วยให้มีส่วนในการแก้ปัญหของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี จึงส่งผลให้ผู้รู้สึกเป็นภาระทั้งด้านปรณัยและอัตรณัยลดลง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การป้องกันภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ มีความมั่นใจในการเลือก ที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลด้านอัตรณัยลดลง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วยทำให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วยประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด ให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการและวิธีการจัดการกับความเครียด สาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเอง และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม ซึ่งการเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี (โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย, 2547) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงในทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ลดภาระ

ทางด้านอัตรายลดลง เนื่องจากภาวะด้านอัตรายเป็นผลกระทบด้านจิตใจ เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและครอบครัว สามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพมีการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้การปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดของผู้ดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Thompson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระด้านปรนัยลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาตามสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสามารถพัฒนาให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระในการดูแลลดลง ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาคั้งนี้คือ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### ขอบเขตโครงการศึกษาอิสระ

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังเพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลัง การใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยมีขอบเขตการศึกษาคั้งนี้

1. ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก
2. ตัวแปรที่ศึกษา
  - 2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
  - 2.2 ตัวแปรตาม คือ ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ศึกษาได้พัฒนามาจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ จิราพร รักการ (2549) ที่ใช้แนวคิดของ Anderson et al.

(1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้คงกิจกรรมที่ 1, 4 และ 5 ไว้ แต่มีการปรับเนื้อหาของกิจกรรมที่ 2 และ 3 เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ในกิจกรรมที่ 2 ได้เพิ่มเติม เกี่ยวกับวิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มเติมในเรื่องการป้องกันภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช โดยเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลกระทบต่อระในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วย โดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ดำเนินการกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 5 ครั้ง วันละ 4 ครอบครัว รวม 5 วัน/สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ติดต่อกัน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ค้นหาพฤติกรรมที่ต้องการจะแก้ไขช่วยให้ผู้ดูแลและครอบครัวตรวจสอบความคาดหวังของตนเองต่อผู้ป่วย ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและเกิดความเข้าใจอันดีภายในครอบครัวผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและวิธีการจัดการให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท การป้องกันอาการกำเริบของโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภทวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการใช้ยาทางจิตเวช

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงอาการผิดปกติ

ที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ สามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้ และสามารถบอกถึงลักษณะของภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางจิตเวชรวมถึงแนวทางการช่วยเหลือได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาจัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้

ภาระการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้านที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจความเครียด ความเคียดแค้น ความยากลำบาก ความยุ่งยาก ในการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้ศึกษาตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยภาระการดูแล 2 มิติ ได้แก่

1. ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง หรือ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

2. ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติ หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความเครียด ความรู้สึกไม่ได้รับการช่วยเหลือ และความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่เอาใจใส่ผู้ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึง มีภาระในการดูแลมาก และถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีภาระในการดูแลน้อย

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หรือบุตร ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแล

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 และได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว และมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครนายก

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสิทธิภาพ
2. พัฒนาองค์ความรู้และบทบาทของผู้ปฏิบัติการชั้นสูงให้สามารถดูแล ส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป
3. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวให้สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข และลดอัตราการป่วยซ้ำ และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย