

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ที่เป็นโรคส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบก็จะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังอาการส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เนื้อชา แยกตนเอง ลักษณะอาการจะประกอบด้วยอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน ไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด พฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ส่วนที่เป็นกลุ่มอาการด้านลบ เช่น เนื้อหาที่พูดมีน้อย หน้าตาเฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น เก็บตัว ส่วนสาเหตุการเกิดโรคเชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของสมองบางส่วน โดยอาจขาดการกระตุ้นให้ทำงาน จากสารสื่อประสาทในสมอง ส่วนทางด้านจิตใจนั้น เกิดจากความเครียดในชีวิตประจำวันเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้น และปัจจัยทางด้านการเลี้ยงดูที่มีผลต่อบุคลิกภาพของบุคคล (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีอัตราการอุบัติการณ์ต่ำ แต่มีความรุนแรงสูง และนับว่าเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการกลับป่วยซ้ำร้อยละ 77 (WHO, 2009) คนไทยมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น อัตราผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2553 มีอัตรา 569.62 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็นอัตรา 644.90 ในปี พ.ศ. 2554 (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2554) โรคจิตเวชนับเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลตลอดชีวิต จากการสำรวจเมื่อปี 2551 พบคนไทยอายุระหว่าง 15-59 ปี มีความชุกโรคจิตเวชร้อยละ 0.8 หรือประมาณ 400,000 ราย เข้าถึงการรักษาเพียงครึ่งหนึ่ง โดยจิตเวชที่พบมากที่สุดคือ โรคจิตเภท จำนวนนี้ไม่รวมผู้ป่วยที่ญาติปกปิดข้อมูลไม่ส่งเข้ารับรักษา (ณภัทร ยอดกลาง, 2555) จากสถานการณ์การเกิดโรคจิตเภท ความชุกตลอดชีพ 0.7-0.9 ต่อ 1000 ประชากร เพศหญิงและเพศชายพบได้ใกล้เคียงกัน พบว่าเพศชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าเพศหญิง อายุพบในช่วง 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทร้อยละ 24.72 ของผู้ป่วยจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2555)

อัตราป่วยด้วยโรคจิตเภทของจังหวัดเชียงใหม่คิดเป็น 455.06 ต่อแสนประชากร คิดเป็นร้อยละ 7.90 ของผู้ป่วยจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2555) จากสถิติของโรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งเป็นโรงพยาบาล ที่ให้บริการด้านจิตเวชแก่ผู้รับบริการในเขตภาคเหนือทั้งหมด 13 จังหวัด พบว่าสถิติของผู้ป่วยโรค จิตเภทมารับบริการมากกว่าโรคอื่นๆ คือ ในปี 2554 คิดเป็นร้อยละ 42.71 (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2554) และมีสถิติของอัตราการมารักษาซ้ำมากที่สุดเช่นกันคือ กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน คิดเป็นร้อยละ 13.91 (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2554) จากข้อมูลทางสถิติแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วย โรคจิตเภทในเป็นกลุ่มใหญ่ของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่าปัญหาเรื่อง การกลับมารักษาซ้ำสูง ทั้งที่มีการเตรียมญาติหรือผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทอย่าง ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น และกลับมา รักษาในโรงพยาบาลน้อยลง

จากการศึกษาผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ที่เป็น โรคจิตเภท หลังเข้ารับการรักษาก่อนอาการดีขึ้นแล้ว แต่ส่วนใหญ่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ อาจทำให้มีการกำเริบ ของโรคเป็นครั้งคราว เมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานาน อาจทำให้มีความบกพร่องด้านทักษะต่างๆ ทำให้ เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน การที่ผู้ป่วยต้อง อยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานและกลับเข้ารับการรักษาย่อยครั้งไม่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยแต่จะ เป็นผลเสียต่อการปรับตัวซึ่งจะมีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว (ทัศนีย์ เชื่อมทอง และดาวรุ่ง หนูแก้ว, 2550) ส่วนผู้ที่เป็น โรคจิตเภทจะทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากใน ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทเรื้อรัง มีความยากลำบากของการรับรู้ ความเข้าใจ เช่น ความสนใจ การจัดลำดับ เหตุการณ์และสิ่งต่างๆ การตัดสินใจ และการให้เหตุผล นำไปสู่การไร้ความสามารถที่จะเริ่มต้นและ เสร็จสิ้นกิจวัตรที่ทำเป็นประจำตามปกติ และในทางจิตวิทยาอุปสรรคใหญ่ต่อการทำกิจวัตร ประจำวัน คือ ความเฉื่อยเมย ขาดแรงจูงใจ หรือการถดถอยอย่างสุดขีด มีความยากลำบากในการ จัดการกับตนเอง การบริหารเวลา มีอิทธิพลต่อการทำกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก และถูกละทิ้ง เมื่อบุคคลไม่สามารถจัดการกับความเครียดจากภายในและจากสิ่งแวดล้อมได้ (ขวัญฤทัย ธนารักษ์, อังคณา สามัตติยะ, อรุณา ภูโสภา, เมธิศา พงษ์ศักดิ์ศรี, 2547) รวมถึงอาการข้างเคียงจากการรักษา ด้วยยาที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า อาการข้างเคียง จากการรักษาด้วยยาได้แก่ อาการง่วงซึม มือสั่น กระวนกระวาย ร่างกายและแขนขาเกร็ง ลื่นแข็ง การเคลื่อนไหวผิดปกติ เดินเหมือนหุ่นยนต์ ไม่มีสมาธิในการทำงาน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการ ดำรงชีวิต พึ่งตนเองไม่ได้ ต้องเป็นภาระให้คนอื่น (นพวรรณ เอกสุวิรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต, 2550)

ผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ที่ทำให้การดูแล การที่มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในครอบครัว ทำให้ครอบครัวรู้สึกอับอาย เกิดความเขินอายต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (ปรีชาต ใจสุภาพ, 2547) เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและผู้ที่เป็นโรคมียาอาการที่ไม่แน่นอน ความกังวลต่ออนาคตผู้ที่เป็นโรค กลัวที่จะไม่มีคนดูแล หากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ยอมรับประทานยา ผู้ดูแลเป็นบุคคลแรกที่ต้องเป็นผู้หาวิธีการหรือเทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคยอมรับประทานยา หากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรับประทานยาไม่ต่อเนื่องอาจทำให้มีอาการกำเริบจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยิ่งจะทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจเพราะผู้ที่เป็นโรคและผู้ดูแลต้องขาดงาน หรือเกิดข้อจำกัดในการทำงานทำให้สูญเสียรายได้ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) และยังพบว่าญาติผู้ที่เป็นโรคมียาแนวโน้มเสี่ยงต่อการป่วยทางจิตร้อยละ 66.67 อาการและพฤติกรรมที่ผิดปกติทางจิต สร้างความเครียดตวามให้กับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและญาติที่อาศัยร่วมกัน (เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พัทธกัญ พล บุษยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2550) การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์นั้นๆ ว่าก่อให้เกิดความเครียดได้ (สุวารี คำปวนสาย, 2550)

ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจที่ตามมาเมื่อมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้เศรษฐกิจของครอบครัวถูกกระทบจากรายได้ลดลงย่อมทำให้เกิดความสูญเสียเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย และเสียกำลังคนในการพัฒนาประเทศ (เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, พัทธกัญ พล บุษยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2550) หากผู้ที่เป็นโรคมียาอาการกำเริบที่รุนแรงเกินความสามารถในการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช จะทำให้ผู้ที่เป็นโรคและญาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลามากขึ้น ทำให้ขาดรายได้เนื่องจากต้องหยุดงาน จากผลกระทบดังกล่าว จึงสรุปได้ว่าการป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ที่เป็นโรคเอง รวมถึงมีผลต่อสังคมเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ ซึ่งความบกพร่องเหล่านี้ของผู้ป่วย และผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจในตนเองและเป็นที่รังเกียจของคนในครอบครัวชุมชน ทำให้ผู้ที่เป็นโรคกลุ่มนี้ขาดโอกาสในการพัฒนาศักยภาพและถูกทอดทิ้ง (วราพร แซ่หวง, 2554) และผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคกลุ่มนี้

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักได้แก่ผู้ที่เป็นญาติใกล้ชิด และอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง โดยอาจมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่รับผิดชอบดูแลผู้ที่เป็นโรคมากที่สุด และไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลผู้ที่เป็นโรค (ครุณี คชพรหม, 2543) ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการดูแล โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยาถึงแม้ว่าผู้ที่เป็นโรคจะรับประทานยาเองได้ เพราะลักษณะของ

การดำเนินโรคมีความรุนแรงและเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ผลจากการเจ็บป่วยแต่ละครั้งของผู้ที่เป็นโรค จะทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเสื่อมลง (American Psychiatric Association [APA], 1994) การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นภาระงานแก่ผู้ดูแล เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคบางรายอาจมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ พฤติกรรม มีการรับรู้และการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา ส่งผลต่อการเพิกเฉยต่อบทบาทผู้ดูแล เช่น การดูแลด้านการรับประทานยาให้ตรงเวลา การรับยาเมื่อขาดการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา อีกทั้งไม่มีการให้กำลังใจผู้ป่วยในการรักษา ส่งผลให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธก้าวร้าว ของผู้ที่เป็นโรคตามมา (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) จากข้อมูลดังกล่าวมานี้ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทคือ ตัวผู้ที่เป็นโรคเอง ครอบครัว ชุมชน และประเทศ สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคเองและการดูแลจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเพิ่มเติมถึงการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านพบว่า การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีคุณภาพ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับทักษะของผู้ดูแล ซึ่งทักษะในการดูแลนั้นจะพัฒนาขึ้นตามระยะเวลาและประสบการณ์ของผู้ดูแลที่มีอยู่ ดังนั้นการวางพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้องในระยะเริ่มแรกควบคู่ไปกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคที่ได้ปฏิบัติอยู่ จะทำให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะที่มีคุณภาพได้ (ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ , ลำเนาวั เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2548) ส่วนผลการศึกษาของสุรภา ทองรินทร์ (2546) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความต้องการการฝึกทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคเฝ้าอยู่ในระดับมาก ผลการวิจัยดังกล่าวยังแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความต้องการฝึกทักษะทั้งสามด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ด้านการจัดการอาการของโรคที่เกิดขึ้น ด้านการบริหารยา และจากการศึกษาของ พัชรีย์ คำธิดา (2546) เรื่องความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับปานกลาง

การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนได้มีการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งเน้นที่การเพิ่มศักยภาพของครอบครัว ดังเช่น การศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) เรื่องผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน พบว่า การะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า การะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการศึกษาของ สาริณี โตะทอง (2548) เรื่องผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษารอบครัวสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพชีวิตผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมให้คำปรึกษารอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของพนิดา กองสุข (2548) เรื่องการให้คำปรึกษารอบครัวผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของชาเทียร์ พบว่า หลังให้คำปรึกษาตามแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาที่พัฒนาขึ้น ผู้รับคำปรึกษาจำนวน 14 ราย จากทั้งหมด 15 ราย มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและมีความพึงพอใจต่อการรับการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษา 13 ราย มีการรับรู้ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในระดับดีขึ้น ส่วนการศึกษาของ ธีรยุทธ เกิดสังข์ (2553) เรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรม การปรับตัวสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อการปรับตัว พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ การปรับตัวของญาติผู้ดูแลขณะติดตามผล 4 สัปดาห์สูงกว่าการปรับตัว ภายหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากรูปแบบการศึกษาถึงการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว กัทธารณณ์ ท่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณพงษ์, ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, ปิรธรรม ศิลปกิจ และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548) ได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว เพื่อใช้ในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในด้านทักษะและบทบาทการดูแล โดยโปรแกรมมีเนื้อหาเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค การดูแลด้านการบริหารยา ตลอดจนพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมทั้ง 3 ด้านดังกล่าว ให้สอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจะ สามารถช่วยแก้ปัญหาของผู้ดูแลได้ และเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวนี้ พัฒนาจากการผสมผสานแนวคิดที่เกี่ยวกับแนวคิดการพัฒนาบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยการสอนให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของตนเองในฐานะเป็นผู้ดูแล และเข้าใจธรรมชาติของการดูแล ตลอดจนการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแล เช่น ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลด้านอาการที่ไม่พึงประสงค์ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยา และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 14 ทักษะ โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วงตามสถานการณ์ของการดูแล คือการดูแลในช่วงวิกฤติหรือฉุกเฉิน การดูแลในช่วงขอความช่วยเหลือ การดูแลในช่วงการดำเนินชีวิตตามปกติ โดยกระบวนการดูแลจะเป็นพลวัตรกลับไปมา

ในแต่ละช่วงตามอาการของผู้ป่วยที่จะกำเริบเป็นครั้งคราว ซึ่งภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ (Tungpunkom, 2000) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้สรุปทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ที่ได้จากการเรียนรู้โดยประสบการณ์ตรงของมารดาที่ดูแลลูกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท และได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวในเวลาต่อมา

ต่อมาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวได้นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.35, p = .02$) ส่วนทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 3.21, p = 0.00$) (ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณพงษ์, ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2548)

หลังจากนั้นได้มีผู้นำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวไปใช้ในการพัฒนา งานเช่น จากการศึกษาของ จีระพรรณ สุริยงค์ (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และการติดตามผลทันทีหลังจากจบโปรแกรม และในระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และจากการศึกษาของ พงษ์นันทน์ กาศสกุล (2550) เรื่องผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ พบว่า คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวระยะติดตามผล 1 เดือน มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองหลังจากที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการศึกษาของถนอม ป้อมกสันต์ (2552) เกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า คะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว และการติดตามผล 1 เดือน หลังจากจบโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากนี้วิมลวรรณ คำลือ (2552) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในหอผู้ป่วยสหทัย โรงพยาบาลสวนปรุง

พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว 1 เดือนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อพิจารณาทักษะรายด้านพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ด้านการจัดการอาการ ด้านการบริหารจัดการเรื่องยา สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ส่วนผลการศึกษาของวารุณี ทับแสง (2554) พบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้การดูแลที่เป็นโรคจิตเภทได้ครอบคลุม โดยเฉพาะในด้านการบริหารยา ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับที่สูงขึ้น และการศึกษาของ จีลี เจริญสรรพ (2551) ได้นำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวของ ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ และคณะ (2548) ไปดัดแปลง และนำไปใช้ในงานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้ชื่อว่าโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับผู้ดูแล โดยมีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ และนำเนื้อหาเรื่องของการให้ความรู้แก่ญาติในเรื่องกิจกรรมการดูแลทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค การดูแลด้านการบริหารยา ผลการศึกษาโดยติดตามผล 1 เดือน พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโครงการและก่อนเข้าร่วมโครงการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโครงการและก่อนเข้าร่วมโครงการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำเพียง 1 ราย จาก 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.33

นอกจากการศึกษาด้านทักษะการดูแลแล้ว สุวารี คำปวนสาย (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาหรือรับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย พบว่า คะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ในปีต่อมา มะลิวัลย์ พวงจิตร (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็น โรคจิตเภท โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ผู้ดูแลที่เป็น โรคจิตเภท มีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 จากผล

การศึกษาของทั้งสองการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ด้วย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง ตั้งอยู่ตำบลแม่บึง อำเภอฟัว จังหวัดเชียงใหม่ รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน มีประชากร 5,209 คน ชาย 2,410 คน หญิง 2,799 คน (ข้อมูลจากการนำเสนอผลการปฏิบัติงานปี 2553) มีผู้ที่เป็นโรคจิตเวชทั้งหมด 60 คน คิดเป็น 11.52 ต่อพันประชากร เป็นผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 17 คน ผู้ติดสารเสพติด 21 คน ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า 7 คน โรควิตกกังวล 5 คน โรคลมชัก 2 คน ปัญญาอ่อน 2 คน ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ 6 คน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอายุระหว่าง 39-63 ปี การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง รายได้ 500-3,000 บาท/เดือน ไม่มีผู้ดูแล 2 ราย (เป็นผู้ที่สามารถดูแลตัวเองได้) ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษา 1-5 ครั้ง ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา ปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในพื้นที่ตำบลแม่บึงคือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 30.00 รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.64 (จากการสำรวจข้อมูล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง 30 เมษายน 2555)

จากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนและซักถามปัญหาจากผู้ดูแลพบปัญหาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทดังนี้ 1) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางคนมีอาการกำเริบเนื่องจากการขาดยาเพราะเมื่ออาการดีขึ้นผู้ที่เป็นโรคไม่ได้ไปรับยาต่อเนื่อง บางคนไม่กินยาเพราะผลข้างเคียงของยา 2) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางคนไม่สนใจกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน และกระตุ้นให้ช่วยงานของครอบครัว 3) ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นเวลานาน และรู้สึกกลัว เมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว กลัวถูกทำร้าย มีความกังวลเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเช่น หงุดหงิด หวาดระแวง 4) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทชายจะมีอาการกำเริบเพราะใช้สารเสพติดร่วมด้วย เช่น คีโมสุรา 5) ครอบครัว ชุมชน ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท 6) ครอบครัวไม่ต้องการให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน หรือร่วมกิจกรรมในชุมชนเนื่องจากกลัวถูกรังเกียจ รู้สึกอับอายที่มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในครอบครัวกลัวคนรอบข้างจะไม่เข้าใจในพฤติกรรมที่แปลกของผู้ที่เป็นโร 7) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดทักษะทางสังคม (จากทะเบียนการเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง 30 เมษายน 2555)

จากปัญหาการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึงดังกล่าวมาข้างต้น และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน จะเห็นว่าผู้ดูแลยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านในกิจกรรมต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และพบว่าผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความเป็นอยู่ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด หากผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลอย่างถูกต้องจะ

ทำให้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ช่วงการดำเนินชีวิตตามปกติเป็นช่วงที่ยาวนานที่สุด ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำ และสามารถอยู่ในชุมชนได้ยาวนาน ดังนั้นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในด้านความรู้เรื่องโรคและทักษะในการดูแลจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น (วิมลวรรณ คำลือ, 2552) ซึ่งทักษะการดูแลในที่นี้หมายถึง พฤติกรรมการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างความรู้ และประสบการณ์การดูแลจริงที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย การฝึกทักษะมีความจำเป็น เป็นการตอบสนองความต้องการดูแลของผู้ดูแลโดยตรง ส่งผลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่มีคุณภาพ และถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง ที่จะนำไปสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพที่สามารถทำให้การดูแลผู้ป่วยในช่วงการดำเนินชีวิตตามปกติให้ยาวนานที่สุดได้ (ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาว์ เรืองยศ, ปิรทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2548)

จากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานการศึกษาวิจัยดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ศึกษาเห็นว่าควรมีการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านในพื้นที่ที่ปฏิบัติงาน เนื่องจากระบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึงจะมีการดูแลจากบุคลากรด้านสาธารณสุขในรายที่มีปัญหาโดยการรับแจ้งจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระบบการดูแลยังไม่เคยใช้นวัตกรรม หรือหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคในชุมชน จึงเห็นว่าการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ที่พัฒนาโดย ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาว์ เรืองยศ, ปิรทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548) ที่อาจเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาดังกล่าว และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้มีการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวไปใช้ในหลายพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลชุมชน พบว่าโปรแกรمدังกล่าวสามารถเพิ่มทักษะในการดูแล ลดความเครียดในผู้ดูแล และส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้จริง แต่ยังไม่เคยมีการนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวไปใช้ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ไม่ได้มีคลินิกสำหรับผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงจะนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมาใช้ เพื่อประโยชน์ต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ครอบครัว และชุมชนในพื้นที่ โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดการเผยแพร่นวัตกรรมของ โรเจอร์ ที่มีขั้นตอนอยู่ 5 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะให้ความรู้ (knowledge stage) 2) ระยะโน้มน้าว (persuasion stage) 3) ระยะตัดสินใจ (decision stage) 4) ระยะปฏิบัติ (implementation stage) 5) ระยะยืนยัน (confirmation stage) โดยวัตถุประสงค์ด้านทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และศึกษาด้านความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ตามแนวคิด ของโรเจอร์ เกี่ยวกับคุณลักษณะของนวัตกรรมที่มี

อิทธิพลต่อการตัดสินใจยอมรับนวัตกรรมนั้น ได้แก่ 1) ประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม (relation advantage) 2) การเข้ากันได้กับสิ่งที่มีอยู่เดิม (compatibility) 3) ความซับซ้อน (complexity) 4) การทดลองได้ (trialability) 5) การสังเกตได้ (observability) คือ ระดับของนวัตกรรม ที่สามารถมองเห็นกระบวนการในการปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ คือ หากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวนี้ มีประสิทธิผลตามที่วัดได้จริงก็เป็นการยืนยันที่จะนำไปใช้ในงานประจำต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวสำหรับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง อำเภอรั่ว จังหวัดเชียงใหม่

คำถามการศึกษา

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง อำเภอรั่ว จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร โดยวัดประสิทธิผลใน 2 ประเด็นคือ

1. ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อคะแนนทักษะของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง อำเภอรั่ว จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร
2. ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง อำเภอรั่ว จังหวัดเชียงใหม่เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง อำเภอรั่ว จังหวัดเชียงใหม่ ในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ที่บ้าน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2556-31 พฤษภาคม 2556

นิยามศัพท์

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ในด้านทักษะและบทบาทในการดูแล โดยโปรแกรมนี้นี้มีเนื้อหาที่ผู้ดูแลจะได้รับการพัฒนาทักษะการดูแลทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค การดูแลด้านการบริหารยา โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทุกองค์ประกอบ โดยโปรแกรมนี้นี้ได้พัฒนาขึ้นโดย ภัทราภรณ์ ท่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาว์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2548)

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว หมายถึง ผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท โดยประเมินจากคะแนนทักษะการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท และความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง อำเภอฟัว จังหวัดเชียงใหม่

1. ทักษะการดูแล หมายถึง พฤติกรรมการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่เกิดจากการผสมผสานระหว่างความรู้ และประสบการณ์การดูแลจริงที่ได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยมีทักษะทั้งหมด 14 ทักษะ คือ ทักษะการประเมินสังเกตอาการ ทักษะการเตือน ทักษะการแนะนำ ทักษะการบอกสิ่งที่จำเป็น ทักษะการทำกิจกรรมแทน ทักษะการสอนกำกับ ทักษะการถอยห่าง ทักษะการต่อรอง ทักษะการไกล่เกลี่ย ทักษะการจัดการเรื่องยา ทักษะการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ทักษะการขอความช่วยเหลือ ทักษะการจัดการการถูกประทุษร้าย/การถูกรังเกียจ ทักษะการป้องกันตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่สร้างขึ้นโดย ภัทราภรณ์ ท่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาว์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2548)

2. ความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว หมายถึง การประเมินความคิดเห็นของบุคลากรผู้ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ได้แก่ บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง อำเภอฟัว จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คน ประเมินความคิดเห็นตามแนวคิดของ โรเจอร์ (Roger as cited in Burns & Grove, 2005) เกี่ยวกับคุณลักษณะของนวัตกรรมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับนวัตกรรมมี 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความมีประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติงานต่อผู้ป่วยและญาติ 2) ความเหมาะสมในการนำมาใช้ในหน่วยงานสามารถนำมาผสมผสานเข้ากับความรู้เดิมที่มีอยู่ได้ 3) ไม่มีความซับซ้อน

มีความสะดวก และง่ายต่อการปฏิบัติ 4) สามารถนำไปทดลองใช้ 5) สามารถสังเกตผลจากการนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV) ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จนอาการทางจิตสงบแล้วถูกส่งต่อให้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลพริ้ว และกลับมาอยู่ที่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่บึง อำเภอพริ้ว จังหวัดเชียงใหม่

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยตรงหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากที่สุด เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือญาติที่ดูแลโดยไม่มีค่าจ้างหรือเงินตอบแทนในการดูแล