

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบบากที่สุด โดยมีความชุกร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 : ประชากร 100,000 คนต่อปี (Kaplan & Sadock, 1998) ในประเทศไทยพบความชุกของโรคร้อยละ 0.59 (มานิตย์ ศรีสุรگانนท์, 2547) ปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาต้านโรคจิต นับว่าเป็นวิธีการรักษาที่ใช้ในลำดับแรกและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากช่วยลดความรุนแรงของโรค ควบคุมอาการ และส่งผลกระทบต่อการรักษา โดยเฉพาะช่วยป้องกันการเกิดเป็นซ้ำหรือเกิดอาการใหม่ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องรับการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่องและยาวนาน จึงทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 80 ต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกภายหลังที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว (Kaplan & Sadock, 1995) ซึ่งจากการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนแล้ว ส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง จะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้จำกัดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น และปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยคือการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะเรื่องการรักษาด้วยยา (Sullivan, Well, Morgenstern and Leake, 1995) ลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่พบ คือการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง เช่น ใช้ยาคิดเวลา มีการหยุดการใช้ยาหรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ ใช้ยาน้อยหรือเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา (Farragher, 1999) รวมทั้งการไม่มาตรวจตามนัด ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องลดลงตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น โดยพบว่ามีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องประมาณร้อยละ 50 ในปีแรกของการเจ็บป่วย และลดลงเหลือร้อยละ 15 ในปีถัดไป (Rusher, Wit and Mazmanian, 1997) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Razali and Yahya (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาเป็นเวลาน้อยกว่า 5 ปี จะมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยานานกว่า 5 ปี

ในประเทศไทยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากรายงานพบว่าร้อยละ 56 ของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยาธิบดีเจ้าพระยาธิบดีไม่ต่อเนื่องในแต่ละวัน (สุธีรา ฮุนตระกูล และ มาลี แจ่มพงษ์, 2532) ผลจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2542) โดยร้อยละ 30 มีอาการป่วยซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าภายใน 2 ปี (Marlan and Cash, 2001) มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น ที่รักษาได้ผลดี ไม่กลับเป็นซ้ำอีก ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ อย่างมาก

ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานหรือต้องการดูแลตลอดชีวิต (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2531) ดังนั้น ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาจึงยังเป็นปัญหาที่มีความสำคัญซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำตามมา ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มาจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา (สาธูพร พุฒขาว, 2541) รวมทั้งมีปัญหาการจัดการกับอาการทางกายและการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ไม่ใช่เพียงเฉพาะพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น แต่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวที่บ้านในชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นภาระที่หนักและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาหรือเป็นภาระแก่ตน (Bull, 1990; Montgomery, Stull & Borgatta, 1985; Plantt, 1985) ซึ่งภาระดังกล่าวมีทั้งภาระการดูแลเชิงอัตนัย เช่น เกิดความรู้สึกวิตกกังวล เครียด เบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า และเกิดการดูแลเชิงปรณัย เช่น มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและปัญหาสุขภาพ เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วย (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

Montgomery Gonyea and Hooyman (1985) ได้ให้ความหมายของภาระของผู้ดูแลว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึง ความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติคือ ภาระเชิงปรณัย (Objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น ความเป็นอิสระลดลง พลังงานลดลง สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวลดลง การมีเวลาทำกิจกรรมในวันหยุดพักผ่อน รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมในสังคมลดลง ปัญหาหน้าที่การงาน และปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจในการที่ต้องดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ ภาระดังกล่าวเป็นเหตุให้ผู้ดูแลเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชลดลง หากผู้ดูแลมีความสามารถใน

การดูแลไม่เพียงพอ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการดูแลไม่ถูกต้องเหมาะสม ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จึงมีผลทำให้เกิดอาการกำเริบ และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (ทูลกา บุญผาสังข์, 2545)

สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย (นิสากร แก้วพิลา, 2545; Adamec, 1996; Marsh & Johnson, 1997) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อกระบวนการรับรู้ภาวะ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากขาดการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม และมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ดรณี คชพรหม, 2543; Magliano et al., 1998) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Dyck, Short & Vitaliano (1999) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ทรัพยากรในครอบครัวซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนทางสังคมและวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะ โดยครอบครัวจะมีการรับรู้ภาวะในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม และใช้การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการฝึกทักษะที่จำเป็น เพราะจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) และได้รับการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง (Oberst, 1991 cited in Carey et al., 1991)

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต เป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวช ในลักษณะผู้ป่วยนอก ซึ่งจากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษา พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2547-2549 มีผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 26, 32 และ 54 คนตามลำดับ และเมื่อศึกษาเพิ่มประวัติของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องขาดการมารักษาและรับยาที่ต่อเนื่อง (รายงานประจำปี, โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต, 2550) ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งรับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลแห่งนี้ จึงได้ทำการประเมินผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีปัญหาดังกล่าว จำนวน 20 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชื้อวโสธร (2545) ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยถึง 10 รายมีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับที่ไม่เหมาะสม จนมักมีอาการกำเริบตามมา โดยเมื่อทำการสัมภาษณ์ต่อจะพบว่าปัญหาการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาดังกล่าวนี้ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิต การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

ของผู้ป่วยจิตเภท ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเกิดการรับรู้ภาระในการดูแลมากขึ้นกว่าเดิม เช่น รู้สึกโกรธและเบื่อน่าย เนื่องจากไม่สามารถจัดการให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาได้ ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้ศึกษาได้ประเมินการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องขาดการมารักษาและรับยาที่ต่อเนื่อง จำนวน 20 ราย ดังข้างต้น โดยใช้แบบวัดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) พบว่าผู้ดูแลเหล่านี้มีคะแนนภาระในการดูแลโดยรวมในระดับมาก 10 ราย และในระดับมากที่สุด 5 ราย โดยเมื่อพิจารณาคะแนนภาระในการดูแลเป็นรายด้านและรายข้อ พบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระการดูแลสูงในข้อต่างๆแต่ละด้านดังนี้คือ 1) ในด้านปรณัย คือ “ผู้ดูแลทำงานได้น้อยลงเนื่องจากต้องแบ่งเวลามาดูแลผู้ป่วย” 2) ในด้านอัตรันัย คือ ผู้ดูแล “รู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยอยู่ในบ้าน” และ “รู้สึกกังวลใจเมื่อต้องพาผู้ป่วยออกนอกบ้าน” ซึ่งจากการสัมภาษณ์ถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่เป็นภาระ พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและขาดทักษะในการจัดการกับอาการข้างเคียงอันเนื่องมาจากการรับประทานยาของผู้ป่วย

จากปัญหาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขาดการสนับสนุนทางสังคมและไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดความหนักใจในการดูแลผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอยู่ที่บ้านในชุมชน (Lim & Ahn, 2003) ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาตามมา ในขณะที่เดียวกันการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคที่ตนเป็นและการรักษา รวมทั้งขาดทักษะในการจัดการกับอาการแล้วก็จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และส่งผลกระทบต่อเกิดการเกิดภาระในการดูแลของผู้ดูแลตามมา ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) มาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาระในการดูแลของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Joining) ด้วยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และลดภาระการดูแลของผู้ดูแล และส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลงในที่สุด (Ran, Xiang & Chan, 2003; Pitschel-Walz, Bauml, Bender et al., 2006)

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การขาดทักษะในการจัดการกับอาการ รวมทั้งการขาดการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สาธพร พุฒขาว, 2541; อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) และยังส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาระในการดูแลผู้ดูแลเหล่านี้มากขึ้น (นิสกร แก้วพิลา, 2545) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นรูปแบบที่เน้นการประคับประคองและการบริการด้านความรู้ มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) และเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skills) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น และมีพฤติกรรมการใช้ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น (Ran, Xiang & Chan, 2003; Pitschel-Walz, Bauml, Bender et al., 2006) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้ภาระในการดูแลลดลง (จิราพร รักการ, 2549; Chien, Phi & Wong, 2007)

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Joining) ในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ดัดแปลงจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะด้านสังคม ดำเนินการเป็นรายครอบครัวที่บ้าน โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกกิจกรรม ในกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้คงกิจกรรมที่ 1, 4 และ 5 ไว้ แต่มีการปรับเนื้อหาของกิจกรรมที่ 2 และ 3 เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของการศึกษาในครั้งนี้ โดยเน้นที่การให้ความรู้เกี่ยวกับยา พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมและการ

พัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยและภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) โดยการที่ผู้ศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความเข้าใจกับครอบครัว พยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวสำหรับอนาคตที่ดีกว่า จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) โดยเฉพาะการเรียนรู้เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และการลดภาวะในการดูแล

2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจของครอบครัว (family education) เกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเป็นการให้ความรู้ที่สำคัญตามความต้องการของครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับยา พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และอาการข้างเคียงจากยา จะสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ เนื่องจากเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สาธิตพร พุฒขาว, 2541; อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) อีกทั้งช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกรับรู้เป็นภาวะในการดูแลลดลง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (นิศากร แก้วพิลา, 2545)

3. การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) โดยเฉพาะปัญหาจากการใช้ยา เนื่องจากสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้มีปัญหาพฤติกรรม การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ คือ การเกิด อาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิต ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จะต้องทราบถึงอาการข้างเคียงของยาและสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาดังกล่าวได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Todd (1981) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่หยุดรับประทานยาเมื่อรู้สึกว่าการรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น โดยไม่ทราบว่าเป็นผลข้างเคียงของยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มี

อาการกำเริบ ดังนั้นการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา โดยการให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวฝึกทักษะในการสังเกตอาการและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาสาเหตุ และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับปัญหาอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะในการดูแลลดลงตามมา (Lazarus & Folkman, 1984 & Montgomery et al., 1985) เมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ทำให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง (Ran, Xiang & Chan, 2003)

4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) ที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพนี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Ross et al. (2002) ซึ่งพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่เหมาะสม นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการพัฒนาให้มีทักษะการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงในทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้การรับรู้ภาวะทั้งทางปรนัยและอัตนัยลดลง (จิราพร รักการ, 2549)

5. การพัฒนาทักษะด้านสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544) การสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเอง การพัฒนาทักษะในด้านนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาที่ตนเองไม่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ อาการผิดปกติจากการใช้ยาทางจิต อาการข้างเคียงจากการใช้ยา รวมถึงอาการผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และยังทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจาก

สังคมรอบข้างในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้การพัฒนากระบวนการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ และการปรับตัวหรือการตอบสนองต่อความเครียดมีประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Thompson & Doll, 1993 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระด้านปรนัยลดลง

ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานในการศึกษา ครั้งนี้คือ

- 1) พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
- 2) ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังทำการศึกษา โดยทำการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภท ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ดำเนินการศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้ คือ

#### 1. ประชากรในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี

2) ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี

#### 2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1) ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติคือ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถควบคุมตนเองได้ สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ ไม่จำกัดการศึกษา อาชีพและเศรษฐกิจ ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

2) ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วย ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแล



โดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ อายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยหรือสื่อสาร ได้รู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จำนวน 20 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้จะประเมินผลการศึกษาจากผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวเท่านั้น

### 3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

- 1) ตัวแปรต้นคือ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
- 2) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

**การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว** หมายถึงการดำเนินกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งปรับมาจากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) ให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายครอบครัวที่บ้าน โดยแต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ 3 สัปดาห์ติดต่อกันโดย สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 และสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 45-60 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ศึกษา กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนมีการประเมินสภาพครอบครัว ได้แก่ ปัญหาและความพร้อมของครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรม และนำปัญหาที่ได้มาวางแผนและแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้ทราบถึงสาเหตุของปัญหาและ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ การรักษาของโรคจิตเภท พฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาตามเกณฑ์ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคมหมายถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและมีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้

**พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชตามการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยว โสธร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และการศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

**ภาระของผู้ดูแล** หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้าน รวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเคียดแค้น ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ศึกษาตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งจำแนกภาระการดูแลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง หรือทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

2. ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัดการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการศึกษาของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Montgomery et al. (1985)

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และเดินทางมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

**สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยจิตเภท

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วย โดยการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาประยุกต์ในบริการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยมีสมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุนและดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย เกิดความเข้าใจและสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่งผลให้การในการดูแลลดลง
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ
3. ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถทำบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีประสิทธิภาพ