

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความซับซ้อนทั้งพยาธิสภาพและการรักษา การดำเนินของโรคพบว่ามีเพียงร้อยละ 22 เท่านั้นที่มีอาการครั้งเดียวแล้วหายเป็นปกติ อีกร้อยละ 35 มีอาการหลายครั้งกว่าจะกลับสู่ภาวะปกติหรือเกือบปกติ ร้อยละ 43 มีความบกพร่องหลงเหลืออยู่และมีอาการกำเริบหรือป่วยซ้ำ (relapse) เป็นระยะ ๆ โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติอีกเลย นอกจากนี้จำนวน 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกลุ่มที่มีความบกพร่องเสื่อมถอยมากขึ้นเรื่อยๆ หลังการป่วยแต่ละครั้ง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2546) การป่วยซ้ำ (Relapse) ในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการป่วยซ้ำแล้วซ้ำเล่าคล้ายประตูหมุนวนไม่มีวันจบสิ้น (Revolving door) ทำให้เห็นภาพผู้ป่วยจิตเภทต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับอาการที่เกิดขึ้นซ้ำเป็นวงจรอย่างต่อเนื่องยาวนาน ในวงจรดังกล่าวนอกจากตัวผู้ป่วยแล้ว ถ้ามองอีกมุมหนึ่งจะพบว่าบุคลากรรวมถึงผู้เกี่ยวข้องทั้งหลายที่ดูแลผู้ป่วยก็หมุนเวียนอยู่ในวงจรนี้ด้วยเช่นเดียวกัน นอกจากนี้การป่วยซ้ำยังทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียสมรรถภาพด้านต่างๆ อย่างมากมาย (โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต, 2551)

WHO (2002) ได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังว่ามีความรุนแรงเท่ากับผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบโดปามีนในสมองร่วมกับปัจจัยทางจิตใจและสังคม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้และพฤติกรรม (ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต, 2544) ทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ด้านการรับรู้ การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตัวเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสารและขาดแรงจูงใจ (WHO, 2002) และจากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดจากความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ที่รบกวนการทำงานที่ทางความคิดและสังคมอย่างมาก จึงถือว่าเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาโรคหนึ่ง ที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547) หากประเมินเป็นจำนวนเงิน ความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนี้ นับเป็นจำนวนมหาศาล (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2536 อ้างถึงในโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551) ค่าใช้จ่ายในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญาปี 2548 เฉลี่ย 32,031 บาท ต่อครั้งต่อคน (อรวรรณ ศิลปกิจ, 2549 อ้างถึงในโรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551) นอกจากนี้ยังมีการสูญเสียที่มากยิ่งขึ้นกว่านั้นคือการสูญเสียรายได้อื่น ๆ และสำหรับความสูญเสียที่ประเมินค่าไม่ได้ นั่นคือ ความเป็นภาวะที่ทับถมทวีคูณตั้งแต่ตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคม ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน คือ

ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ที่มีความทุกข์ทรมานจากภาวะการดูแลนั้น เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ซึ่งบางรายอาจมีความทุกข์ท่วมท้นจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นผลทำให้ผู้ป่วยอาการรุนแรงกำเริบ เกิดการป่วยซ้ำหรือถูกทอดทิ้ง เป็นปัญหาทางสังคมต่อไป (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด (De-institutionalization) (กรมสุขภาพจิต, 2540 ; ธนุชาติธนานนท์, 2539) การรักษาผู้ป่วยจิตเวชจึงมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพ ควบคุมไม่ให้มีอาการมากกว่าเดิม ไม่ให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวแล้วก็ตาม ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้เองโดยไม่มีผู้ดูแล เนื่องจากยังคงหลงเหลืออาการหรือความพร่องในด้านต่างๆ รวมทั้งเรื่องการเจ็บป่วยที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและตลอดไป ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลเกือบทุกเรื่อง ครอบครัวของผู้ป่วยจึงต้องเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ทำให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของตน และเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งถือว่าเป็นงานที่หนัก ปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลเป็นเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทว่าเป็นภาระในการดูแลแห่งตน (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

Montgomery et al. (1985) ได้ให้ความหมายของภาระในการดูแลไว้ว่า หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดันและความเดือดร้อนของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแบ่งภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึก ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือดร้อน อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ 2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา

สาเหตุสำคัญของการเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล มาจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและขาดข้อมูลที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย (นิศากร แก้วพิลา. 2545 ; Adamec, 1996 ; Marsh & Johnson, 1997) ดังจะเห็นได้จากผล

การศึกษาของ Lim & Ahn (2003) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อการรับรู้ภาวะ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย และผลการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เรื่องที่บ้าน พบว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื่องได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากขาดการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมและมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ดรุณี คชพรหม, 2543) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Dyck, Short & Vitaliano (1999) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าทรัพยากรในครอบครัวซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยทำนายภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการสนับสนุนทางสังคมและวิธีการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะ หมายถึงครอบครัวจะมีการรับรู้ภาวะในระดับสูง เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมและใช้การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จึงจำเป็นต้องได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการฝึกทักษะที่จำเป็น เพราะจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามรถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) และได้รับการสนับสนุนระดับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็นภาระในการดูแลหรือมีการรับรู้ภาวะในการดูแลต่ำ (Oberst, 1991)

จากการทบทวนปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลแปลงยาว ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอขนาด 30 เตียง ในจังหวัดฉะเชิงเทรา เปิดให้บริการคลินิกจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก มีการตรวจรักษาโดยจิตแพทย์จากโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ อายุ 25-55 ปี อยู่ในช่วงระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) คือ ระยะอาการทางจิตสงบแต่ก็ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่บ้าง ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำโดยจะเกิดระหว่าง 5 ปีแรก หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท (American Psychiatric Association, 2000) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา แล้วมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเพื่อรับยาต่อเนื่องใกล้บ้าน จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2549 - 2551 มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 45, 49, และ 63 รายตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลแปลงยาว, 2552)

เมื่อศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการป่วยซ้ำและการมารับยาไม่ต่อเนื่อง มีจำนวน 15 รายและขาดการรักษา จำนวน 5 ราย (รายงานประจำปี โรงพยาบาลเปล่งยาว, 2552) ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 20 รายนี้ เป็นผู้ที่มิระยะเวลาในการเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่า 2 ปีและอยู่ในชุมชน ผู้ศึกษาจึงได้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเหล่านี้ จำนวน 20 ราย ระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2552 พบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท บ้านเรือนไม่สะอาดเท่าที่ควร สภาพความเป็นอยู่ไม่เป็นสัดส่วน สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านไม่เรียบร้อย พบผู้ป่วยและผู้ดูแลอาศัยอยู่บ้าน และผลจากการสัมภาษณ์เบื้องต้นพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ ชุมชนที่อยู่อาศัยให้การช่วยเหลือบ้างเวลามีปัญหา และเมื่อสัมภาษณ์ถึงเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแล ต้องให้สมาชิกในครอบครัวไปรับยาแทนผู้ป่วย ซึ่งมีผลกระทบต่อ การประกอบอาชีพและการเกิดความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เกิดการป่วยซ้ำหรืออาการทางจิตกำเริบรุนแรง การดูแลผู้ป่วยใน สิ่งแวดล้อมดังกล่าวและเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับการขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกเดียดร้อ้น ความรู้สึกเกินกำลังในการดูแลผู้ป่วย มีความอับอายเพื่อนบ้านที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เกิดปัญหาสุขภาพกับ ผู้ดูแล และความมีอิสระในการร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมลดลง ซึ่งผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้น ดังกล่าวมีลักษณะที่ใกล้เคียงกับภาวะการดูแลตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ผู้ศึกษาจึงได้ประเมินภาวะของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) พบว่าผู้ดูแลทั้งหมดรับรู้ว่ามีภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านดังนี้ คือ ระดับมาก 12 ราย และระดับปานกลาง 8 ราย ผู้ศึกษาจึงได้สัมภาษณ์ต่อถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลจำนวน 18 ราย ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจำนวน 15 ราย ขาดทักษะในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการรุนแรงหรือกำเริบ และผู้ดูแลจำนวน 16 ราย มีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นไม่ถูกวิธี

จากข้อมูลดังกล่าวมาทั้งหมด นำมาสรุปและวิเคราะห์ได้ว่า การที่ผู้ดูแลไม่สามารถเผชิญ ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะหาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการลดภาวะในการดูแลผู้ป่วย โดย การศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมศึกษาต่างๆ เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสม ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน เขตอำเภอเปล่งยาว และจากการทบทวนวรรณกรรมศึกษาพบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

ครอบครัว มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลเป็นอย่างดี เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ จีราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลต่อการเกิดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่ารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สามารถลดภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลงได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ของ จีราพร รักการ (2549) ตามแนวคิด Anderson, Hogarty and Reiss (1980) มาปรับปรุงเพื่อใช้ในการแก้ปัญหากับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอแปลงยาว โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) พร้อมกันทุกขั้นตอนทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองและผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพทั้งที่บ้านและในชุมชน รวมทั้งยังช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ (Anderson et al., 1980)

### วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

ความรู้สึกรับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีผลต่อการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลคือ การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย (นิศาร แก้วพิลา, 2545 ; Adamec, 1996 ; Marsh & Johnson, 1997) รวมทั้งขาดการสนับสนุน ประคับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและไม่ได้รับการสอนทักษะให้มีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ (ดรุณี คชพรหม, 2543 ; Magliano, 1998 ; Lim & Ahn, 2003) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นรูปแบบที่เน้นการประคับประคองและการบริการด้านความรู้ มีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) และเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skills) ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง (จีราพร รักการ, 2549)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต มีการดำเนินการที่สำคัญในการช่วยลดปัญหาภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแลทุกกิจกรรม ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงมาจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของจิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ 2) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท 4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และ 5) การพัฒนาทักษะทางสังคม ดำเนินการเป็นรายครอบครัวที่บ้าน โดยการนำทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกกิจกรรม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้คงกิจกรรมที่ 1, 3, 4 และ 5 ไว้ แต่มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาในส่วนของกิจกรรมที่ 2 คือเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องมาจากการสังเกตในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบสภาพแวดล้อมภายในครอบครัวของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ซึ่งสามารถส่งผลให้เกิดภาวะการดูแลของผู้ดูแลได้ เช่น สภาพบ้านไม่เรียบร้อย วางของไม่เป็นระเบียบ ไม่มีการจัดห้องหรือที่นอนให้ผู้ป่วยเป็นการส่วนตัว สมาชิกในครอบครัวขาดความสนใจและขาดการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งคำพูดและการกระทำด้วยความยกย่องนับถือว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลหนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ดูแลไม่เห็นความสำคัญ ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำให้สมาชิกทุกคนมีสุขภาพจิตดี ไม่เข้าใจว่าสิ่งแวดล้อมทั้งด้านวัตถุและบุคคลมีผลต่อสุขภาพจิตของทุกคนในครอบครัว โดยกิจกรรมต่างๆ เน้นที่ 1) การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภทและการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย 2) การลดและการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างถูกวิธี โดยเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ทั้งภาระเชิงอัตนัยและปรนัย ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (joining) ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้

เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความเข้าใจจักคุ้นเคยกับครอบครัว และพยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือประคับประคองจิตใจของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระทั้งด้านอัตรายและปรณัยลดลง (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ตามแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับ Yamashita (1996) ที่เชื่อว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลของผู้ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถให้ความร่วมมือในการรักษาและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ซึ่งในกิจกรรมนี้การเพิ่มเติมเนื้อหาของการให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เนื่องจากจะทำให้ผู้ดูแล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้ภาระทั้งด้านอัตรายและปรณัยของผู้ดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย เพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค การนำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการให้ความรู้ครอบครัวเรื่องการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) มาใช้ในการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่

เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะภาระทั้งด้าน  
 อัตนัยและปรณัยลดลง (Lazarus & Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985)

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การนำแนวคิดของ  
 Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) มาใช้ ในการ  
 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการ  
 จัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด รู้จักการผ่อนคลาย  
 ความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการ  
 ปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา ทำให้มีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์  
 มั่นคงในการต่อสู้ปัญหา ทำให้เกิดการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่  
 ทำให้เกิดความเครียด (Cohen & Wills, 1985) สามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคได้ ส่งผลให้  
 ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม เป็นการช่วยลดภาระด้าน  
 อัตนัย

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ  
 และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การนำแนวคิดของ Anderson et al. (1980) เกี่ยวกับการ  
 ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร  
 (communication skills) มาใช้ ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำ  
 ให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเองและสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชลี  
 ศรีสุพรรณ, 2547) การฝึกการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและ  
 สมาชิกในครอบครัว มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมาย และการตอบสนองที่เหมาะสม  
 รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม  
 การสื่อสารเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม การสื่อสารที่มี  
 ประสิทธิภาพจะนำไปสู่ทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรี คันธสายบัว, 2544) และยังทำให้ผู้ดูแล  
 ได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ในการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง รู้สึกไม่  
 ถูกแยกจากสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความ  
 เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Brandt & Weinert, 1985) นอกจากนี้การพัฒนาระบบสนับสนุนทาง  
 สังคมนั้น จะมีผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์และการปรับตัว หรือการตอบสนองต่อความเครียดมี  
 ประสิทธิภาพมากขึ้น และยังช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด เป็นผลให้  
 สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Thompson & Doll, 1993) ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระด้านปรณัย  
 ลดลง



**สมมติฐานการศึกษา** ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้คือ

ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

#### **ขอบเขตโครงการศึกษาอิสระ**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (The One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ศึกษา คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อันประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนอำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ตัวแปรตาม คือ ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### **คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา**

การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในทุกกิจกรรมที่จัดขึ้น ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดโดยใช้หลักการเผชิญปัญหา (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยปรับปรุงมาจากการศึกษาของ จีราพร รักการ (2549) คือมีการเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในกิจกรรมที่ 2 ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดน้อยลง ผู้ศึกษายังคงกิจกรรมที่ 1, 3, 4 และ 5 ไว้เช่นเดิม ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ตามโปรแกรม เป็นกิจกรรมที่จัดให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายครอบครัวที่บ้าน ในแต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ดำเนินกิจกรรม 5 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที ติดต่อกันนาน 5 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวในลักษณะของการสร้างสัมพันธที่ดีกับครอบครัว เพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา รวมทั้งร่วมกันหาแนวทางหรือวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในบริบทของแต่ละครอบครัว

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ และสามารถบอกถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งให้ผู้ดูแลรู้จักตนเอง มีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก และการจัดการกับปัญหา การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ มีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม สามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม

**ภาระของผู้ดูแล** หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแล เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้าน รวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้ศึกษาตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยภาระการดูแล 2 ประเภท ได้แก่ 1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนิน

ชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินภาวะของผู้ดูแลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985)

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรเพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

**ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2000) และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน และเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อรับยาต่อเนื่องทุกเดือน

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาล สำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโดยการใช้กระบวนการสอนสุขภาพจิตศึกษามาประยุกต์ใช้
2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้ดูแลและสังคมได้ และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของครอบครัวดีขึ้น