

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็น โรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสำคัญทางจิตเวช (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษวิมิช, 2542) และเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก (Buchanan & Carpenter, 2005) โดยมีความชุกร้อยละ 1 ของประชากรโลก (Sadock & sadock, 2003) และจากสถิติกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีจำนวนผู้มารับบริการจากสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในแผนกผู้ป่วยนอกทั่วประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2549-2551 มีจำนวน 965,159 ราย 999,455 ราย และ 1,030,596 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2551) และจากสถิติโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ สังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการด้านจิตเวชแก่ผู้รับบริการในภาคเหนือทั้งหมด พบว่า ในปี พ.ศ.2550-2552 ในแผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท เข้ามารับบริการ จำนวน 18,619 ราย 18,699 ราย และ 17,433 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.93 % 30.36 % และ 28.32 % ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2552) ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความแปรปรวนของความคิด ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ และพฤติกรรม มักมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และทำให้มีการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่หลายๆด้าน เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ และการทำหน้าที่ของสังคม (สมพร รุ่งเรืองกิจ, 2546) การรักษาให้หายขาดยังเป็นไปได้ยาก (Sadock & sadock, 2003) ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการเป็นๆหายๆ และร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อยา (Kaplan & sadock, 1998) โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุดเมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) และ พบว่ามีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 2-6 เดือน ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจำหน่ายทั้งหมด (Fowler, 1992) ภายใน 2 ปี ร้อยละ 70 (Frischer & Frischer, 1998) แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นการดูแลที่ใช้ระยะเวลายาวนานและต้องให้การดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งบางครั้งอาจต้องดูแลตลอดชีวิต ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล (ภัทรภรณ์ หุ่นปั้นคำ และคณะ, 2548)

ผู้ดูแลหมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (จอม สุวรรณโณ, 2541; ยุกาพิน ศิริโพธิ์งาม; เขวลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540) ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985) กล่าวว่า ผู้ดูแลคือ

บุคคลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยตรง (give direct care) ซึ่งให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ในประเทศไทย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ (Tungpunkom, 2002) ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต้องให้การดูแลเอาใจใส่เป็นระยะเวลานาน และต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ดูแลเหล่านี้ได้รับผลกระทบจากการดูแล ดังจะเห็นได้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามารดาที่ดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท จะมีความเครียดและวิตกกังวลตลอดเวลา (Howard, 1994) นอกจากนี้การศึกษาของประหยัด ประภาพรหม (2539) พบว่าผู้ดูแลบางรายยังต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลเครียดมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นผู้ดูแลบางรายไม่ทราบว่า จะจัดการอย่างไรกับอาการของผู้ป่วย ไม่เข้าใจเกี่ยวกับลักษณะของโรคจิตเภท ไม่เข้าใจกระบวนการรักษา (เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ, 2542) ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ในการดูแลว่ามีความเครียดมาก โดยเฉพาะเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมดังกล่าวได้ (เอื้ออารีย์ สาธิตา, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรม และจากการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลไม่รู้ว่าจะดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างไร ทั้งในด้านพฤติกรรมที่แปลกๆของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การดูแลด้านร่างกาย การรับประทานอาหาร การพาไปรับการรักษา เหตุการณ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลเหล่านี้ขาดทักษะในการดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งทักษะการดูแลของผู้ดูแลนั้น นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งของแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ในการจัดการสถานการณ์การดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์การดูแลได้ ก็จะก่อให้เกิดความเครียด ดังลาซารัส และ โฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลจะเป็นผู้ประเมินโดยผ่านกระบวนการประเมินค่าทางปัญญา (cognitive appraisal) ซึ่งการประเมินขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล เช่นความคิด ความจำ ประสบการณ์ ถ้าบุคคลรับรู้และประเมินค่าสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งคุกคาม เกิดอันตรายต่อตนเอง และบุคคลจะหาแหล่งประโยชน์ในการจัดการสถานการณ์นั้นๆ หากบุคคลประเมินว่าไม่มีแหล่งประโยชน์หรือมีแหล่งประโยชน์ไม่เพียงพอกับความต้องการ จะทำให้บุคคลไม่สามารถจัดการสถานการณ์นั้นๆ ได้ จึงทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด และหากบุคคลยังไม่ได้รับแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลเพิ่ม จะทำให้ไม่สามารถจัดการสถานการณ์นั้นได้ เมื่อมีการประเมินซ้ำบุคคลนั้นยังคงประเมินสถานการณ์ว่าทำให้เกิดความเครียดอยู่ ดังนั้นความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มีต่อสถานการณ์การดูแล หรือเหตุการณ์ต่างๆที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ โดยผ่านการประเมินค่าทางปัญญาต่อสถานการณ์การ

ดูแลว่าเกินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณคุกคาม เป็นอันตราย และรบกวนความ ผาสุกของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีความเครียดจากการดูแล เนื่องจากขาดทักษะในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทในด้านการดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ และการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค ซึ่งมีหลายงานวิจัยด้วยกัน ดังเช่น การศึกษาของ เวทีนี สุขมาก และคณะ (2544) ศึกษาเรื่องประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิต กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษาได้แก่ ญาติที่มาเยี่ยมที่หอผู้ป่วยจิตเวชขอนแก่น โดยการสัมภาษณ์ถึง โครงสร้างในการ รวบรวมข้อมูล พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดสูง เนื่องจากผู้ดูแลมีความสับสนจากอาการและสังเกต ความผิดปกติของผู้ป่วย และจากการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวลักษณ์ (2547) ที่ ศึกษาปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง เป็นกลุ่มที่เผชิญกับภาวะเครียดเรื้อรัง ยิ่งไปกว่านั้นการศึกษาของ ศรีสุดา วนาลีสิน และคณะ (2546) ศึกษาเรื่องปัญหาทางอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ พบว่าในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิด โกรธ มีความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ที่ศึกษาเรื่องความเครียดและการเผชิญของ ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวน 260 คน พบว่า ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ในการดูแลว่ามีความเครียดมากที่สุด เมื่อผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีพฤติกรรม ทำร้ายผู้อื่น ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ เนื่องจากขาดทักษะ ในการจัดการกับปัญหาของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของขวัญพนมพร ธรรม ไทย (2544) ที่ศึกษาเรื่องความเครียดและรูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ดูแลมีความขัดแย้งกัน มีการแสดงอารมณ์ใส่กันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย จิตเวช ซึ่งผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียด เนื่องจากผู้ดูแลขาดทักษะในการสื่อสารและการจัดการ ปัญหาต่างๆในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ซึ่งทักษะในการสื่อสารและทักษะการจัดการกับปัญหา เป็นปัจจัยหนึ่งของแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลในการจัดการสถานการณ์การดูแล หากผู้ดูแลขาด แหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล จะทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการสถานการณ์การดูแลได้ ผู้ดูแลจะ ประเมินสถานการณ์การดูแลนั้นว่าเป็นความเครียด และจากการศึกษาของประหยัด ประภาพรหม (2539) ที่ศึกษาเรื่องการรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ของญาติผู้ป่วยจิตเวชพบว่า การรับรู้ความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย และด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินและพยากรณ์ โรคมีผลต่อพฤติกรรมการ เผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วย โรคจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นการเจ็บป่วยที่

มีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และไม่แน่นอน ซึ่งไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะมีอาการกำเริบเมื่อใด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลนั้นว่าก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งการช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทนั้น จึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีความเครียดจากการดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทมีในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ 1) โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทกับครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรมเน้นการให้ความรู้ การสนับสนุนประคับประคองแก่ครอบครัวผู้ป่วย และการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งสร้างขึ้นโดย ฟาวเลอร์ (Fowler อ้างใน ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ, 2548), 2) โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา เป็นโปรแกรมที่เน้นการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ของโกลด์ สติน รอดนิก อีเวนส์ เมย์ และ สตินเบอร์ (Goldstein, Rodnick Evans, May & Steinberg อ้างใน ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ, 2548) เป็นการให้คำปรึกษากับครอบครัวในระยะสั้น 6 สัปดาห์ มุ่งเน้นการเผชิญปัญหา และวางแผนแก้ปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว, 3) โปรแกรมจิตศึกษาต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท ซึ่งสร้างขึ้นโดย อัจฉราวรรณ ตรีวง และ ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ (อ้างในอัจฉราวรรณ ตรีวง, ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และทิพาพรวงศ์หงษ์กุล, 2548) ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ทักษะการสื่อสาร และทักษะการแก้ปัญหา 4) โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองของ มาลินี ปานพวงแก้ว (2542) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งการศึกษาได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มทดลอง จะได้เข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มตามแนวคิดของโรเจอร์ส และกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือ เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยจิตเวชมารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองมีระดับความเครียดต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง 5) การให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปรับตัว และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจากการศึกษาของ ดาวรุ่ง หนูแก้ว (2546) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปรับตัว และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การปรับตัวดีขึ้น และความเครียดลดลงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพปกติที่โรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 6) การให้การปรึกษาเชิงวิद्याแบบกลุ่มตามแนวคิดของโรเจอร์สต่อการลดความเครียดในญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งจากการศึกษาของ อัจฉรา บัวเลิศ (2535) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการปรึกษาเชิงวิद्याแบบกลุ่มตามแนวคิดของโรเจอร์สต่อการลด

ความเครียดในญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเข้าร่วมกลุ่มมีคะแนนจากแบบสำรวจความเครียดต่ำกว่าการเข้าร่วมกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเข้าร่วมกลุ่มมีคะแนนจากแบบสำรวจความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และ 7) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ซึ่งพัฒนาโดย กัทราภรณ์ ท่งปันคำ และคณะ (2548) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมในการดูแล ในเรื่องทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 3 ด้านประกอบด้วย ทักษะการดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ ทักษะการดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค ทักษะการดูแลด้านการบริหารยา ตลอดจนการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 3 ด้านดังกล่าว ซึ่งในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จึงควรมีโปรแกรมที่มีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องทักษะในการดูแลทุกด้าน ซึ่งทักษะในการดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งของแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลของผู้ดูแล หากผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก็จะเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ส่วนตัวของผู้ดูแลที่สำคัญ ในการประเมินสถานการณ์การดูแล ถ้ามีการประเมินใหม่ผู้ดูแลจะประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่คุกคาม ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลนั้นไม่ก่อให้เกิดความเครียด อาจทำให้ความเครียดในการดูแลลดลงได้ นอกจากนี้ได้มีการนำโปรแกรมฯ ไปใช้อย่างต่อเนื่องดังเช่นจากการศึกษาของ สุวาริ คำปวนสาย (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการลดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ในระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.01 และ การศึกษาของ จิราภรณ์ นพคุณขจร และ จีรพรรณ สุริยงค์ (2550) เรื่องผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

โรงพยาบาลน่าน้อยเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการตรวจ รักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งผู้ที่มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภท 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.91 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 167 ราย (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลน่าน้อย, 2551) และ จากประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการให้การปรึกษา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 พบว่า ผู้ดูแลไม่พร้อมที่จะดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ไม่รู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค ไม่เข้าใจ

การรักษาที่ถูกต้อง ไม่พาผู้ป่วยไปรับยาตามนัด บางรายไม่ได้รับยาต่อเนื่อง ไม่มีทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว (สรุปผลการดำเนินงานประจำปี โรงพยาบาลน่าน้อย, 2551) และพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทเข้ามารับบริการปรึกษาด้วยอาการวิตกกังวล จำนวน 10 ราย มีอาการซึมเศร้า และมีความเครียด จำนวน 5 ราย (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลน่าน้อย, 2550) และจากการใช้แบบประเมินความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลที่พาผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมารับการรักษาตามนัดคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลน่าน้อย จำนวน 45 ราย พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลในระดับสูง จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.25 มีความเครียดจากการดูแลในระดับปานกลาง จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.44 มีความเครียดจากการดูแลในระดับเล็กน้อย จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.11 (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลน่าน้อย, 2552) ซึ่งหน่วยงานได้ให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าว จึงหาแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีรูปแบบการพยาบาลด้านการให้บริการปรึกษา และหน่วยงานมีการประเมินผลการให้บริการปรึกษา พบว่า ผู้ดูแลยังมีความเครียดจากการดูแล และผู้ดูแลยังขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ซึ่งทักษะในการดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งของแหล่งประ โยชน์ส่วนบุคคลในการจัดการสถานการณ์การดูแล ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท จึงทำให้ผู้ดูแลไม่มีแหล่งประโยชน์ที่จะจัดการสถานการณ์นั้นได้ จึงทำให้ผู้ดูแลประเมินตัดสินใจสถานการณ์นั้นว่าเป็นความเครียด และจากการทบทวนวรรณกรรมดังที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการให้ทักษะในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท โดยการให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์การดูแล หลังจากผู้ดูแลได้รับแหล่งประโยชน์จากการเข้าร่วม โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว จะทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับสถานการณ์การดูแลนั้นได้ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลประเมินว่าสถานการณ์การดูแลนั้น ไม่ก่อให้เกิดความเครียด ดังนั้นความเครียดในการดูแลจึงลดลง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยครอบครัว ไปใช้ฝึกทักษะให้ผู้ดูแลของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทเพื่อลดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท โรงพยาบาลน่าน้อย จังหวัดน่าน ซึ่งหากผลการศึกษาสามารถลดความเครียดในผู้ดูแลกลุ่มนี้ได้ ผู้ศึกษาจะได้นำ โปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่รับผิดชอบต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่บ้าน ระหว่างก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว 1 เดือน

## สมมุติฐานการศึกษา

ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทภายหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว มีความเครียดในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว 1 เดือน

## ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็น โรคจิตเภทที่บ้านระหว่างก่อน และหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว โดยศึกษาในผู้ดูแลที่มาพบแพทย์หรือมารับยาแทนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน่าน้อย จังหวัดน่าน ระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2552

## คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว หมายถึง รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมในผู้ดูแล ในเรื่องทักษะที่สำคัญในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท 3 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลด้านการดำเนินชีวิตปกติ การดูแลด้านอาการที่เกิดจากภาวะโรค การดูแลด้านการบริหารยา ตลอดจนการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 3 ด้านดังกล่าว ซึ่งพัฒนาโดย ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ (2548)

ความเครียดจากการดูแล หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลน่าน้อย จังหวัดน่าน ที่มีต่อสถานการณ์การดูแลหรือเหตุการณ์ต่างๆที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ โดยผ่านการประเมินค่าทางปัญญาต่อสถานการณ์การดูแลว่าเกินแหล่งประ โยชน์ที่มีอยู่ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าถูกคุกคาม เป็นอันตราย และรบกวนความผาสุกของตนเอง ประเมิน โดยแบบสอบถามความเครียดในการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ซึ่งสร้างขึ้นโดย อัจฉรวรรณ ตรีวง และ ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ ( อ่างใน อัจฉรวรรณ ตรีวง, ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ,

ทิพาพร วงศ์หงส์กุล, 2548) ตามกรอบแนวคิดของลาซารัส และ โฟลค์แมน (Lazarus & Folkman, 1984) และจากการทบทวนวรรณกรรม

**ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท** หมายถึง ญาติหรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล ช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมแพทยอเมริกัน (Diagnosis and Statistical of Manual Mental Disorder Forth Edition Text Revision [DSM-IV-TR], 2005) ที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มารับการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาน้อย จังหวัดน่าน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง หรือค่าตอบแทนจากการดูแล และมีประสบการณ์การดูแลอย่างน้อย 6 เดือน