

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรและสภาพสังคมในปัจจุบัน ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่รวมทั้งสภาวะสุขภาพจิตของคนไทยทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นผลจากการโยกย้ายถิ่นที่อยู่ สังคมอุตสาหกรรมที่กำลังขยายตัว ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี แต่ในขณะเดียวกัน วัฒนธรรม คุณธรรม จริยธรรม และศาสนา กลับถูกลดความสำคัญลงไป รวมทั้งโรคทางกายที่ย่อมมีผลกระทบไปยังสุขภาพจิตด้วย (ชูทิศย์ ปานปรีชา, 2538) ในสภาพสังคมที่กดดันดังกล่าว ทำให้คนมีความเครียดมากขึ้น จนถึงขั้นเรื้อรังเป็นระยะเวลา ยาวนาน ส่งผลในทางบั่นทอนสมรรถภาพทางจิตใจให้เสื่อมถอย ทрудโทรม และเจ็บป่วยทางจิต ในที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข, 2539: 58)

ผู้ป่วยจิตเวช คือบุคคลที่ขาดความสามารถในการปรับตัว เป็นผลให้เกิดความแปรปรวนทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (Weir and Oei, 1996: 26) ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากมักจะตกอยู่ในสภาวะที่ป่วยเรื้อรัง (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538: 19) คือเป็นการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลานานติดต่อกันเกินกว่า 3 เดือน มักมีอาการเป็นๆ หายๆ มีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในด้านต่างๆ ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาพยาบาล (รุ่งนภา บุญประดิษฐ์, 2536: 19) โรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ มีหน้าที่รักษาเยียวยาผู้ป่วยโรคจิต เหล่านี้ ในรายที่มีอาการไม่หนักยังสามารถรับรู้ได้อย่างคนปกติก็รับรักษาในฐานะผู้ป่วยนอกแต่ ในรายที่มีอาการหนัก เช่น มีอาการประสาทหลอน หลงผิด และไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง ก็จะได้รับรักษาไว้เป็นผู้ป่วยใน ซึ่งมีจำนวนมิใช่น้อยในแต่ละปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2539: 58)

ในการรับบุคคลเข้ามาเป็นผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลนั้นมีเป้าหมายพื้นฐานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องจนสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ ได้รับการแก้ไข ปัญหาทางจิต และได้เรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2536: 12) และเมื่อรักษาจนอาการดีขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้แล้วก็ต้องทำการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้ และมีศักยภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ อย่างปกติสุข รวมไปถึงการให้คำแนะนำแก่ญาติและชุมชนในการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยด้วย

ในปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังไม่ได้จำกัดอยู่ในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว จากแนวโน้มของการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย ประกอบกับนโยบายการเพิ่มอัตรา ทุนเวียนเตียงรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างๆ มีผลทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังจะได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 84) เช่นเดียวกันกับที่ ในระยะเวลาตั้งแต่ปลายปี ค.ศ. 1960 เป็นต้นมา รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่จัดให้ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลโดยทีมเจ้าหน้าที่สุขภาพจิตมาเป็น การดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชนของผู้ป่วยเอง ด้วยเหตุผลว่าครอบครัวของผู้ป่วยคือสถาบันที่ดีที่สุด ที่สุดสำหรับผู้ป่วย (Loukissa , 1995 :248) โดยที่ในปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ มีนโยบาย ในการหลีกเลี่ยงที่จะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล แต่ถ้าหากมีความจำเป็นต้องอยู่รักษาก็มีแนวโน้ม ที่จะจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชให้กลับไปสู่ชุมชนให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (จลี เจริญสรรพ, 2538: 221; ยาใจ สิทธิมงคล, 2538: 20) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยบางรายนั้นรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ผลกว่า และการอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินไปอาจทำให้เกิดสภาพติดโรงพยาบาล คือผู้ป่วยขาดความคิด ริเริ่ม ไม่สนใจสังคมรอบตัว ไม่เป็นตัวของตัวเอง และบุคลิกภาพเสื่อมถอย นอกจากนั้นยังทำให้ ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับครอบครัวห่างเหินกันไป เมื่อกลับบ้านจึงต้องปรับตัวใหม่ (จลี เจริญสรรพ, 2538: 221)

จากนโยบายดังกล่าวทำให้ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสั้นลงและแนวโน้ม ของผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งต้องการการดูแลที่บ้านมีจำนวนมากขึ้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 84) ผู้ป่วยที่ต้องออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปที่บ้านก็ต้องดูแลตนเอง โดยต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ให้การดำรงชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย และปรับตัวให้อยู่กับการมีโรคได้ โดยไม่เกิดความขัดแย้ง สามารถกิน นอน เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย เข้าสังคมเพื่อนฝูงและ ญาติมิตรได้โดยไม่รู้สึกรำคาญที่ลำคาคือไม่ให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกเป็นภาระ และผู้ป่วยเอง ก็ไม่ได้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนเกินของครอบครัว (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539: 54)

แต่ทุกวันนี้เรากลับพบเห็นผู้ที่มีปัญหาทางจิตเรื้อรัง ควบคุมพฤติกรรมตนเองไม่ได้ กลายเป็นคนเร่ร่อนจรจัดจำนวนไม่น้อย ซึ่งส่วนหนึ่งในจำนวนนั้นเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลมาก่อน และมีจำนวนไม่น้อยอีกเช่นกันที่ต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลอีกหลายครั้ง (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2536: 14) จากการศึกษาของดวงตา อูทุมพฤษพร (2534) พบว่าแนวโน้มการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของ จลี เจริญสรรพ (2538) ที่พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้นทุกปี และผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

มาแล้ว จึงเป็นที่น่าสนใจว่าเพราะเหตุใดผู้ป่วยจิตเวชที่แพทย์ลงความเห็นว่ามีอาการทางจิตดีพอที่จะกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้แล้วนั้น ต้องกลับเข้ามารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาลอีก

สภาพปัญหาดังกล่าว น่าจะมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเมื่อยังไม่พร้อม คือเมื่อมีอาการทางจิตลดลงแล้วก็กลับบ้านทันที โดยไม่มีโอกาสได้เตรียมพร้อมที่จะปรับตัวเข้าสู่สังคม ไม่ได้เตรียมพร้อมที่จะต้องรับผิดชอบชีวิตของตนเอง (ศิริพร จีรวัดณ์กุล, 2536: 14) ทั้งในด้านการปฏิบัติกิจวัตร การสร้างสัมพันธภาพ และการรับการรักษอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งคือครอบครัวและชุมชนเองก็ไม่พร้อมที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ได้รับการเตรียมตัวให้พร้อมที่จะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแต่อย่างใด (ศิริพร จีรวัดณ์กุล, 2536: 14; ยาใจ สิทธิมงคล, 2538: 19)

จากการศึกษาของ Loukissa (1995: 248) พบว่าถึงแม้การเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนจะมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญก็ตาม แต่ครอบครัวผู้ป่วยเหล่านั้นกลับไม่มีความรู้ความเข้าใจหรือได้รับการเตรียมความพร้อมในบทบาทของผู้ดูแลเลย โดยครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมักจะได้รับความสนใจศึกษาในแง่ของสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แต่ถูกมองข้ามในเรื่องของฐานะทางเศรษฐกิจ และความรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มักจะกลับมาอาศัยอยู่กับครอบครัว และปัญหาที่พบบ่อยคือปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยในการวางตัวในสังคม การประสบกับความเครียดในการจัดการกับผู้ป่วย และผลกระทบต่างๆ ที่มีต่อครอบครัว ซึ่งได้แก่ความยุ่งเหยิงสับสนในการดำรงชีวิต การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน และการที่สมาชิกในครอบครัวรู้สึกหวาดกลัวต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย

การที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเกิดความรู้สึกเป็นภาระ ไม่ว่าจะเป็นในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยหรือความรู้สึกเดือดร้อน อับอาย โกรธวิตกกังวล และเศร้าใจในอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย ไปจนถึงความรู้สึกว่าแบกรับภาระเกินตัว (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538: 21) นั้นเป็นเพราะการขาดการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น ดังจะเห็นได้จาก ผลการศึกษาของ จลี เจริญธรรม (2538) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลนั้นไม่ได้รับการควบคุมดูแลให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องถึงร้อยละ 52 และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเลยหรือเคยเข้าร่วมนานๆ ครั้งถึงร้อยละ 18.5 และ 57.5 ตามลำดับ และจากผลการศึกษาของ Leavitt (1975, cited in Rose, 1996: 70) ที่พบว่าการที่ครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับมาสู่ครอบครัวนั้น เป็นเพราะครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมพร้อม และเกิดความรู้สึกว่า

ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ครอบครัวไม่ได้เรียนรู้อะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเลย รวมทั้งจากผลการศึกษาของ Lefley (1987) ที่พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของครอบครัวผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า ความรู้สึกเป็นภาระทางด้านจิตใจนั้นมีสาเหตุมาจากการที่บุคลากรด้านสุขภาพจิตไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปของโรค วิธีการจัดการกับพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย การป้องกันการเกิดอาการซ้ำ และวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาของ Badger (1996: 29) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วย Depressive ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการและทางเลือกในการรักษา จึงทำให้ครอบครัวรู้สึกอับอายและมีสัมพันธภาพในเชิงลบต่อกัน

จากการศึกษาแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) พบว่า ได้กำหนดภาพลักษณ์ของสังคมไทยที่พึงปรารถนาไว้ว่า เป็นสังคมที่มีความสุข ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง คนมีความรู้ รู้จักตนเองและรู้เท่าทันโลก กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2540-2544) ขึ้น โดยกำหนดภาพลักษณ์สุขภาพของคนไทยในอนาคตว่า คนไทยทุกคนอยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง มีการรวมพลัง และมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ (กรมสุขภาพจิต, 2538: 1-2) จะเห็นได้ว่าแผนพัฒนาดังกล่าวมุ่งเน้นความสำคัญของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพ ซึ่งในส่วนของ การดูแลสุขภาพจิตนั้น กรมสุขภาพจิต (2538) ได้จัดทำแผนงานสุขภาพจิตขึ้น ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับครอบครัวและชุมชนด้วยเช่นกัน กล่าวคือ ในงานบริการสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์ประการหนึ่งที่มุ่งให้ผู้ป่วยโรคจิตและญาติมีความรู้สึกและอารมณ์ที่ผ่อนคลาย ไม่เกิดความเครียดจนถึงระดับ กระทำรุนแรงต่อตนเองและสังคม ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งกลวิธีที่ใช้คือ การให้ความรู้ที่มุ่งจะเป็นส่วนนำของงานบริการ เช่นเดียวกับงานป้องกันสุขภาพจิตที่จะมีการรณรงค์การปลดโซ่ตรวนทางความคิดของประชาชน (Destigmatization) เพื่อขจัดความเข้าใจและการมีทัศนคติที่ผิดๆ ต่อผู้ป่วยจิตเวชและปัญญาอ่อน โดยการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน

จากสภาพปัญหาและนโยบายตามแผนพัฒนาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเหล่านี้ โดยการชี้แนะจากพยาบาลเพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยเป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน เน้นที่การให้ความรู้และการใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งมีการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการเป็นอย่างมากที่จะได้รับทราบข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วย เพราะเชื่อว่าจะเป็นประโยชน์แก่พวกเขาอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย (Fowler, 1992: 27; Parker, 1993: 21

;Bartol, 1994: 28; Badger, 1996: 29; Yamashita, 1996: 121) และนอกจากนี้การจัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือระดับประคอง (Support Group) จะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้มาก (Pai and Kapur, 1981, cited in Chesla, 1989: 376; Fowler, 1992: 27; Bartol, 1994: 27-28; Badger, 1996: 29; Yamashita, 1996: 121-125; Ravelli, Donker and Geelen, 1997: 34) รวมทั้งแนวคิดของ Daniel, Bissell and Fry (1993, 396-397) ที่นำเสนอไว้ว่า พยาบาลจำเป็นจะต้องให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคทางจิต และกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาผู้ป่วย โดยความรู้ที่ให้แก่ครอบครัวผู้ป่วย ควรเป็นความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย การจัดการกับพฤติกรรมนั้นๆ การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งข้อบ่งชี้ในการนำผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดโปรแกรมก่อนการจำหน่ายเพื่อให้ปฏิบัติในโรงพยาบาลจิตเวชได้อย่างชัดเจน โดยมีเพียงการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวก่อนที่ครอบครัวจะรับผู้ป่วยกลับบ้านเท่านั้น ซึ่งจากการศึกษาของนันทนา รัตนากร (2536) พบว่า การให้คำแนะนำเฉพาะรายที่ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเช่นนี้ ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจว่ายังไม่ได้รับคำแนะนำใดๆ จากเจ้าหน้าที่ ส่วนการทำกลุ่มก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว (Pre-Discharge Group) ยังไม่มีความสม่ำเสมอเท่าที่ควร รวมทั้งมีปัจจัยที่ไม่เอื้อต่อการทำอย่างต่อเนื่องอยู่หลายประการ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสร้างโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชขึ้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชทั้ง ในด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัว และชุมชน รวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง นอกจากนั้น การใช้กระบวนการกลุ่ม ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการวางแผนเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันที่บ้าน เพื่อที่จะดำรงชีวิตร่วมกันในครอบครัวได้อย่างเป็นสุข และโปรแกรมหดงกล่าวนี้ ก็จะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาประสิทธิภาพของการบริการให้สอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพและอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างเป็นปกติสุขนั้น ครอบครัวผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างดี เพื่อที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังที่มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้

Bartol (1994: 27-28) ได้ทำการศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช พบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการ 4 ด้าน คือ ต้องการฝึกทักษะในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้ยา ต้องการความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคทางจิต รวมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตน ต้องการมีส่วนร่วมในแผนการดูแลผู้ป่วย และต้องการการสนับสนุนระดับประคอง

Badger (1996: 29) ได้ทำการศึกษาในครอบครัวผู้ป่วย Depression พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยเชื่อว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตและ Support group จะเป็นประโยชน์แก่พวกเขาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และลดผลกระทบในเชิงลบจาก Depression ที่เกิดขึ้นกับพวกเขาด้วย

Fowler (1992: 27-34) ได้จัดโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังขึ้น โดยใช้ชื่อว่า Family Psychoeducational Program (FPP) กิจกรรมในโปรแกรมเป็นลักษณะของการประชุมกลุ่มโดยมีพยาบาลเป็นผู้นำกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมผลปรากฏว่า ครอบครัวผู้ป่วยสามารถอดทนต่ออาการต่างๆ ของผู้ป่วยได้มากขึ้น และมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้เหมาะสมมากขึ้น

Yamashita (1996: 121-125) ได้ศึกษาผลของการทำ Support Group ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในบทบาทของตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ Yamashita ยังเชื่อว่า โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล (Psychoeducational Programmes) จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลได้ ส่งผลให้พวกเขาสามารถให้ความร่วมมือในการรักษา ควบคุมความเครียด และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

Ravelli, Donker and Geelen (1997: 34-40) ได้กล่าวถึงโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งจัดขึ้นโดย The Netherlands Institute of Mental Health and Addiction (NIMHA) ว่าเป็นโปรแกรมที่ใช้กระบวนการกลุ่มกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้ ซึ่งมีการปรับและเตรียมเนื้อหาให้เหมาะสมกับความต้องการของพวกเขา

ผลปรากฏว่า โปรแกรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิต และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้เป็นอย่างดี

จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความรู้ตามโปรแกรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเมื่อครอบครัวผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลสูงขึ้น ครอบครัวผู้ป่วยก็จะมีความพร้อมที่จะเผชิญกับผลกระทบและสภาพปัญหา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ นั้นหมายถึงการที่ครอบครัวมีภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่ำลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Pai and Kapur (1981, cited in Chesla, 1989: 376); Reynolds and Hoult (1984, cited in Chesla, 1989: 376); Lefley (1987: 616) และ (Robinson, 1994: 312-319) ที่พบว่า การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจะทำให้ภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยต่ำลง และครอบครัวก็จะมี การปรับตัวและทำหน้าที่ในสังคมได้ดีขึ้นด้วยเช่นกัน

การที่ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความรู้ในการดูแลดีขึ้นและส่งผลถึงการลดภาวะการดูแลได้นั้นเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชที่จะเป็นผู้สอนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวได้เรียนรู้ในสิ่งเหล่านั้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชขึ้นและตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจะสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
2. ภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจะต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา (Case study) โดยเป็นการศึกษาผลการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่าย สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช สถานที่ทำการวิจัย คือ หอผู้ป่วยชายและหญิง ทั้งพิเศษและสามัญของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช คือ บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่งและเป็นผู้ที่รับภาระด้านเศรษฐกิจที่อยู่อาศัยและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่ใช้ประเมินในการวิจัยครั้งนี้

2. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

2.2 ตัวแปรตาม คือ

2.2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

2.2.2 ภาวะการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

คำจำกัดความในการวิจัย

โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลกระทำต่อผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล มีแบบแผนกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งเป็นกิจกรรมตามหลักการของการใช้กระบวนการกลุ่ม และการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่มุ่งให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวเรียนรู้วิธีการดูแล การอยู่ร่วมกัน การช่วยเหลือสนับสนุน ประคับประคองผู้ป่วย กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วย 3 ครั้ง ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิต กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิต และกิจกรรมการวางแผนในการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคจิต กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย 2 ครั้ง ได้แก่ กิจกรรมการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับครอบครัว รวม 5 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ นับตั้งแต่สัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตในด้านความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วย วัดได้โดยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ภาวะการดูแล หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลถึงผลกระทบและสภาพปัญหา รวมทั้งความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองจากความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน ในด้านผลที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน ผลที่เกิดขึ้นทางกาย และผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์และความคิด วัดได้โดยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตหรือป่วยเป็นโรคทางจิต และอยู่ในระหว่างการเข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่ง ที่พักอยู่ในบ้านหรือแหล่งอาศัยเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเวช และเป็นผู้รับภาระด้านเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างและรางวัลใดๆ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. พยาบาลจิตเวชมีแนวทางที่เหมาะสมในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัว เพื่อเตรียมการก่อนการจำหน่ายให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมที่จะปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชน
2. ผู้บริหารการพยาบาลมีแนวทางในการจัดสรรบุคลากร และทรัพยากรอื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
3. อาจารย์พยาบาลมีแนวทางในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้ความรู้ และการใช้กระบวนการกลุ่ม