

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล
และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นางสุทธดา บัวจิ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF BRIEF FAMILY INTERVENTION AND SUPPORT ON CAREGIVERS' BURDEN
AND PSYCHIATRIC SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC
PATIENTS IN COMMUNITY

Mrs. Suttada Buajejan



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric
Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
โดย	นางสุทธดา บัวจัน
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

5577318236 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: CAREGIVING BURDEN / SCHIZOPHRENIC FAMILY CAREGIVERS / CAREGIVER / SCHIZOPHRENIC PATIENT IN COMMUNITY / INTERVENTION AND SUPPORT PROGRAM

SUTTADA BUAJEAN: EFFECTS OF BRIEF FAMILY INTERVENTION AND SUPPORT ON CAREGIVERS' BURDEN AND PSYCHIATRIC SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., CO-ADVISOR: RACHANEEKORN UPASEN, Ph.D., 160 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare the psychiatric symptoms of schizophrenic patients and caregivers' burden of schizophrenic patients before and after received brief family Intervention program and compare the psychiatric symptoms of schizophrenic patients and caregivers' burden of schizophrenic patients among family caregivers of schizophrenic patients who received brief family Interventions program, and those who received routine nursing care. The 40 families of schizophrenic patients in community of Muang district Phetchaburi Province were purposively selected based on the inclusion criteria. These samples were matched pair by duration responsibility of caring and number of schizophrenic patients relapse to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received brief family Intervention program, whereas the control group received routine nursing care. Research instruments were brief family Intervention program brief Psychotic Rating Scale (BPRS) This instrument was examined for content validity by 5 psychiatric experts. The reliability of the scales by Chronbach's Alpha coefficients was .87 and the caregiver burden scale. This instrument were examined for content validity by 5 psychiatric experts. The reliability of the scales by Chronbach's Alpha coefficients was .91. Statistical techniques utilized in data analysis were percentage, mean, standard deviation and t-test.

Major results of this study were:

1. The psychiatric symptoms of schizophrenic patients after received brief family Intervention program was significantly lower than that before at the .05 level.
2. The caregivers' burden of schizophrenic patients after received brief family Intervention program was significantly lower than that before at the .05 level.
3. The psychiatric symptoms of schizophrenic patients among received brief family Intervention program was significantly lower than those who received routine nursing care at the .05 level.
4. The caregivers' burden of schizophrenic patients after received brief family Intervention program was significantly lower than those who received routine nursing care at the .05 level.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric
Nursing

Academic Year: 2014

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถของ อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงต่อมยุทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (ร่วม) ที่ได้กรุณาให้ความรู้ชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนเสียสละเวลาอันมีค่าให้กับผู้วิจัยรวมทั้งเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัย เกิดความมุ่งมั่นและเกิดพลัง ในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และเป็นเกียรติอย่างสูงที่ได้รับความกรุณาจากอาจารย์ และขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการ

สอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลชิต กรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความเมตตา ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ให้ความรู้ คำแนะนำ ให้ความเมตตา และเป็นกำลังใจให้เป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนทุนการศึกษาจนจบหลักสูตร ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี สาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาุ้ง อำเภอเมืองเพชรบุรี ที่ส่งเสริมให้ผู้วิจัยได้รับโอกาสอันดีนี้ และขอขอบพระคุณ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมืองเพชรบุรี และเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์กับผู้วิจัยในขั้นตอนของการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น นิสิตปริญญาโททุกท่านที่ให้กำลังใจ ห่วงใยและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ ครอบครัว บัวจัน และ ครอบครัว นาคแสง ทุกท่าน ที่ให้กำลังใจ ห่วงใย ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ และ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนในการวิจัยในครั้งนี้

ท้ายนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือ พร้อมให้คำแนะนำอย่างดียิ่งต่อผู้วิจัย คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ผู้วิจัยขอบอบให้ แต่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องดังที่กล่าวมาในข้างต้นและผู้ที่ไม่ได้เอ่ยนาม รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ทุกๆท่าน ให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพใจที่เข้มแข็งตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	9
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	9
สมมติฐานการวิจัย	12
ขอบเขตการวิจัย	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท	17
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	24
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	32
4. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล.....	35
5. ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	38
6. การสนับสนุนและดูแลครอบครัว	49
7. โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ.....	50
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	58
ประชากรวิจัย และกลุ่มตัวอย่าง	58
เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท.....	59
เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	59
เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)	60
กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	60
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	60
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	61
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	68
การดำเนินการทดลอง	75
การวิเคราะห์ข้อมูล	80
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	97
สรุปผลการวิจัย.....	104
อภิปรายผล.....	105
ข้อเสนอแนะ	109
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	110
รายการอ้างอิง	111
ภาคผนวก.....	123
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ.....	124
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแล ครอบครัวแบบย่อ	126

ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	130
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	145
ภาคผนวก จ หนังสือขออนุญาตรวบรวมข้อมูลการวิจัย	147
ภาคผนวก ฉ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	149
ภาคผนวก ช ตารางคะแนนอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	154
ภาคผนวก ซ ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ	157
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	160



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การพัฒนาและประยุกต์ใช้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแล ครอบครัวแบบย่อต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน	51
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และ ระยะเวลาเจ็บป่วย (n =40).....	83
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิต เภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 40).....	86
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ	89
ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ	90
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ	91
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	92
ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและ หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ	93
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและ หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ	94
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	95

ตารางที่ 11	การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ.....	127
ตารางที่ 12	คะแนนอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	155
ตารางที่ 13	คะแนนการรวมของผู้ดูแลรายบุคคลของกลุ่มทดลองและควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท(n=40)	156
ตารางที่ 14	ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค	158
ตารางที่ 15	ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค.....	158
ตารางที่ 16	ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค	159
ตารางที่ 17	ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบวัดความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค.....	159

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ที่รุนแรงและเป็นโรคเรื้อรัง โดยความผิดปกติดังกล่าว มีความผิดปกติทั้งทางด้าน ความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (saddock & saddock, 2007) ทำให้สูญเสียสมรรถภาพ และก่อให้เกิด ความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก องค์การอนามัยโลก จัดให้เป็นอันดับหนึ่งในสามของโรคที่มีผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพ (disabling effect) มากที่สุด มีความชุกของการเกิดโรคจิตเภท ร้อยละ 1.0 ของประชากรทั่วโลก (WHO,2011) จากสถิติผู้ป่วยนอกจิตเวช พบผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2554-2556 พบว่า โรคจิตเภท มีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 1 จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต คิดเป็นอัตรา 401.69, 436.99 และ 285.03 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2557) จากสถิติดังกล่าวเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเภท มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทอื่นๆ

อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง อาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท ที่แสดงออกในด้าน ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยแบ่งกลุ่มอาการออกเป็น 5 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง กลัวคนทำร้าย 2) กลุ่มอาการด้านลบ ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเองจากสังคม 3) กลุ่มอาการด้าน Cognitive ได้แก่ การที่ไม่สามารถคิดแบบสรุปรวบยอดได้ เช่น คิดไม่ปะติดปะต่อ ตอบคำถามไม่ตรงประเด็นที่กำลังคุย อาการพูดไม่ปะติดปะต่อ 4) กลุ่มอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ได้แก่ อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย การไม่ให้ความร่วมมือ การไม่เป็นมิตร และการก้าวร้าว 5) กลุ่มอาการ ซึมเศร้า (depression) และ อาการวิตกกังวล (anxiety) หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สู้ครอบครัว และ ชุมชนพบว่า ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ในระยะนี้อาการทางบวกจะน้อยลง แต่ยังคงมีอาการทางลบ ซึ่งมีลักษณะคล้ายระยะเริ่มมีอาการ แต่ระยะนี้จะมีความเสื่อมด้านจิตใจ และสังคมมากกว่า (WHO,1992 & Johnson, 1993 & Taylor, 1994) เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแสดงสีหน้า และการแสดงกริยาท่าทาง ดูแข็งๆ หรือฝืนๆ ไม่เป็นธรรมชาติ แยกตนเองจากสังคม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่สนใจดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง เป็นต้น (Kay, Fiszbein & Opler,1987) ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการดำเนินโรคที่เรื้อรังและกำเริบซ้ำได้บ่อย (กชพร รัตนสมพร, 2556)

ปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต ของผู้ป่วยจิตเภท มีหลายปัจจัยโดยเฉพาะปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ตรงตามเกณฑ์การรักษาของแพทย์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ การใช้สารเสพติด (Swofford et al., 1995; Ayuso-Gutierrez & Rio Vaga, 1997) เนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค การรักษา ผลข้างเคียงของยา และการสังเกตอาการกำเริบ และการจัดการกับอาการทางจิตเบื้องต้น ได้ด้วยตนเอง (ราตรี เครือวัลย์, 2552) ส่วนปัจจัย ด้านครอบครัวและสังคม พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ (High expressed emotion) ในระดับสูง เช่นการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทแบบ ตำหนิ ตีเตียน (critinism) การไม่เป็นมิตร (hostility) และยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (overinvolment) ลักษณะที่กล่าวมานี้มีผลต่ออาการทางจิตกำเริบ ของผู้ป่วยจิตเภท (Brown 1972; Hatfield 1979; Falloon et al., 1981; Leff & Vaughn 1985; Butzlaff & Hooley 1998; Bustillo et al., 2001; Pharoah et al., 2012) และนำมาสู่การป่วยซ้ำได้ ซึ่งการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ย้อนกลับไปมาระหว่าง 4 ปัจจัย ประกอบไปด้วยปัจจัยส่วนบุคคล (Personal vulnerability factors) เป็นปัจจัย ความเปราะบางเฉพาะบุคคลที่ทำให้คน ๆ นั้นมีโอกาสเกิดอาการของโรคทางจิตเภท ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท โดปามีน โดยในผู้ป่วยจิตเภทจะมีสารโดปามีน มากกว่าคนทั่วไป ทำให้ความสามารถของกระบวนการคิดที่ลดลง (reduced available information-processing resources) ต่อจากนั้นทำให้บุคคลนั้นมีปฏิกิริยาตอบสนองของประสาทอัตโนมัติมากกว่าปกติ (Autonomic hyperactivity) และทำให้บุคคลนั้นมีอุปนิสัยที่เป็นแบบจิตเภท (Schizotypal personality traits) ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ได้แก่ สมรรถนะและทักษะในการเผชิญกับความเครียด และการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และการที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาด้วยยาปัจจัยปกป้องแวดล้อม (Environment protectors) ได้แก่ ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของครอบครัวผู้ป่วย การบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ และรูปแบบการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อม (Environmental potentiators & stressors) ได้แก่สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบ ต่อผู้ป่วย วิพากษ์วิจารณ์ และ ตำหนิตีเตียนผู้ป่วย การแสดงออกของอารมณ์ที่สูงเกินไป ตลอดจนเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรำคาญรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันที่สะสมมาเรื่อยๆ ไปจนถึงเหตุการณ์ที่จำเพาะก็อาจทำให้เกิดความเครียดได้ (Nuechterlein et al, 1992)

การป่วยซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้ หรือการกลับมามีอาการที่เฝ้าระวังซ้ำอีกครั้ง (Sundel & Sundel, 1999) การป่วยซ้ำ ยังหมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ โดยแสดงอาการทางบวกหรือทางลบ ต้องมีการปรับขนาดยา ที่ใช้รักษาทางจิตเวช และเพิ่มเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล โดยเกิดขึ้นภายใน 6 เดือน หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Lader, 1995) การป่วยซ้ำ ยังหมายถึง ลักษณะฉุกเฉิน

ของอาการทางจิตเวช หรือการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตแบบฉับพลัน มีลักษณะอาการทางจิต เช่น มีหูแว่ว มีความคิดหลงผิด ระบบความคิดผิดปกติ มีพฤติกรรมแปลกประหลาด (bizarre behavior) ซึ่งจะมีอาการนำ หรืออาการเตือน ก่อนเกิดอาการป่วยซ้ำประมาณ 4 สัปดาห์หรือมากกว่า (Thara, 2007) การป่วยซ้ำ ในผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 ระยะเวลาคือ ระยะเวลาแรกอาการเตือน (type I) ซึ่งอาจจะยังไม่มีอาการทางจิตเด่นชัดอะไรเลย และระยะที่อาการทางจิตกำเริบ (type II) ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงทางจิต เช่นมีอาการทางบวก การกำเริบป่วยซ้ำจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นใหม่ ๆ ที่ไม่สามารถทำนายได้เกิดขึ้นหรือสิ่งกระตุ้นเดิมที่มีอยู่แต่มีความรุนแรงขึ้นหรือบางสิ่งที่ไม่ชัดเจน (UNC,2007) ก่อนที่จะมีการกำเริบป่วยซ้ำพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่แสดงถึงอาการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้น มีสุขภาพจิตเสื่อมลง การระบอบอาการเตือนในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ความรุนแรงของการกำเริบป่วยซ้ำ คือ การต้องกลับเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาล เปลี่ยนการรักษาและต้องมีการติดตามต่อเนื่องไปในอนาคต (Royal Brisbane Hospital, 2003)

ผลกระทบจากอาการทางจิตที่กำเริบ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (Sadock & Sadock, 2000) ผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบจะสูญเสียความสามารถ และประสิทธิภาพ ในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ มีความพร้อมในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเรียนหนังสือ การทำงาน และ การดำเนินชีวิตในสังคม (WHO, 2001) ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง ร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพมากขึ้น และถ้ามีอาการทางจิตที่กำเริบซ้ำบ่อยๆ โอกาสที่ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ถาวรจะมีมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2007) ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ญาติหรือผู้ดูแล ต้องทำงานบ้านเอง ทั้งหมด ขาดการพักผ่อน และมีรายงานว่าผู้ดูแลจะมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เหน็ดเหนื่อยและอ่อนล้ากับการดูแลผู้ป่วย (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) ครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และขาดกำลังสำคัญจากผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่จะช่วยหารายได้เข้าครอบครัว (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ผลกระทบต่อสังคม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท มักมีปัญหาในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชน ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน (Videbeck, 2001) ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว และผู้อื่น พบว่า มีปัญหาในเรื่องการสื่อสารการแสดงความต้องการกับผู้อื่น การแสดงความรู้สึกขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาทางสังคม มีปัญหาด้านการปรับตัวขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น (Mueser & Mc Gurk, 2004) ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 70 มีการบกพร่องในการทำหน้าที่ทางจิตสังคม และนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำสูง (Alan et al., 2007) และผลกระทบต่อประเทศชาติ ทำให้สูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2552) และมีแนวโน้มว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาจะสูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ประเทศไทย ยังขาดรายได้จากการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ได้ทำงาน

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ซึ่งมีปัจจัยหลายปัจจัย ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบมากขึ้น โดยมักจะแสดงอาการทางบวกหรือทางลบ หรือการป่วยซ้ำ จนต้องกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องมีการปรับขนาดยาที่ใช้รักษาทางจิตเวช และเพิ่มเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล การป่วยซ้ำของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่ออย่างมากทั้งในด้านตัวผู้ป่วยครอบครัว สังคมและประเทศชาติโดยเฉพาะต่อตัวผู้ป่วยเอง อาการทางจิตที่กำเริบนั้น ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้และรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ไม่เป็นที่ต้องการและรู้สึกเป็นภาระ (Montgomery et al., 1985; Moller, 2005) ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดอาการทางจิต และป้องกันอาการทางจิตกำเริบมากขึ้น หรือการป่วยซ้ำ จนต้องกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ

ภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) คือ การรับรู้ หรือ ความรู้สึกของผู้ดูแล ที่แสดงถึงความความเครียด ซึ่งเป็นผลกระทบมาจากการดูแลผู้ป่วย (Awad & Voruganti 2008, Hou et al., 2008, Moller-Leimkuhler & Obermeier, 2008) เป็น สภาพการณ์ ที่เป็นปัญหา ความยากลำบาก ซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวันของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีความซับซ้อน (Platt, 1985) ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถแบ่งได้ 2 มิติ (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) คือ 1) ภาระการดูแลเชิงปรนัย (objective burden) เป็นความรู้สึก เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ พฤติกรรมตอบสนองทางอารมณ์ ของผู้ดูแล เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย 2) ภาระการดูแลเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน เป็นความยากลำบากของผู้ดูแล ที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวน และเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น มีความเป็นอิสระลดลง สำหรับสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว ผู้ดูแลจะมีปัญหาในการวางตัวในสังคม มีความเครียดกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ของผู้ป่วยที่รู้สึกหวาดกลัว อาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ (Loukissa, 1995) ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป ที่มีญาติป่วยทางจิต (IP & Mackenzie, 1998) ต้องอดนอนเป็นประจำ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด เพราะผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบ มักไม่ยอมช่วยทำงานบ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย และอ่อนล้ากับการดูแล (อรรธรณ ษ์องต้อ, 2550) ปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลดังกล่าว จึงเป็นเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์การดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทว่าเป็นภาระ (Parker, 1993)

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ต้องใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว ดังนั้นสถาบันครอบครัว จึงกลายเป็นสถาบันหลักที่สำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ต่อจากโรงพยาบาล (Jana, 2003, Awad & Voruganti, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรวรรณ ช้องต่อ (2550) พบว่า ร้อยละ 60 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์ เป็นบิดาหรือมารดา ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ ที่แย่งจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานาน เช่น ปัญหาเรื่องโรกระบบทางเดิน อาหาร มีเวลาในการพักผ่อน และการนอนหลับน้อยลง ความอ่อนเพลีย ความวิตกกังวล ความสูญเสีย จิตใจที่วุ่นวาย ความเครียด กลัวถูกทำร้ายเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกผิดโดด เดี่ยว รู้สึกเป็นตราบาปของสังคม (ชนิษฐา สุขทอง, 2554; Hobbs,1997: Songetal., 1997) และ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อาจรบกวน เวลาการเป็นส่วนตัวของผู้ดูแล ความรู้สึกทุกข์ใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและหน้าที่การงานของ ผู้ดูแลได้ ผู้ดูแล ต้องมีชีวิตที่ยุ้งยากมากขึ้น เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ต้องเผชิญกับความ เครียดความอับอาย เหมือน อยู่คนละพวกกับสังคม ในครอบครัวเกิดความขัดแย้งกันเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้และรู้สึกกว่า การดูแลผู้ป่วย จิตเภท นั้นไม่เป็นที่ต้องการและรู้สึกเป็นภาระ (Montgomery et al., 1985; Moller, 2005)

ปัจจัยสำคัญของการเกิดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มาจากผู้ดูแลขาดความรู้ ความ เข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท และข้อมูลอื่นๆที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยจิต (รัชนิกร อุปเสน, 2541; Adamec, 1996; Marsh & Johnson; 1997 อ้างถึงใน นภาพรณ์ พึ่งเกษสุนทร ,2553) และจาก การศึกษาของ Lim & Ahn (2003) เกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ภาระของผู้ดูแลโดยตรง ซึ่งผู้ดูแลที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตใน ระดับต่ำ จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ และส่งผลให้ผู้ดูแล เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย และยังมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วย จิตเภท ได้แก่บทบาทของญาติผู้ดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแล ของผู้ป่วยในด้านการ ดูแลผู้ป่วยที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งภาวะปกติ และลดการกลับเป็นซ้ำ การให้การดูแลตาม แผนการรักษา การดูแลให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสพติด การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี ทัศนคติ และภาพลักษณ์ที่ดีต่อตนเองเป็นต้น (รัชนิกร อุปเสน, 2541) การติดต่อสื่อสารในครอบครัว ประกอบด้วยพื้นฐานการเข้าใจบุคคล การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของ ตนเอง หรือการให้ความสนใจที่ปัญหา และการสื่อสารความรู้สึก และร่วมกันแก้ปัญหา ส่งผลให้มี สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (พิริยาภรณ์ เชื้อหอม, 2548) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูง มีผลทำให้ภาระทางอัตนัยเพิ่มขึ้น และมีความเครียด มากกว่า กลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Raune et al., 2004) ควรมีการจัดการป้องกันหรือ ลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง ในผู้ดูแลผู้ป่วย กลยุทธ์ที่ใช้ปรับการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น การ หลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดความเครียด อารมณ์ด้านลบ ได้แก่ความเครียด และภาวะซึมเศร้าโดย

พฤติกรรมที่ทำให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่น การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป ควรตั้งใจมุ่งมั่นลดบทบาท ที่ทำให้เกิดการรับรู้ภาวะเครียด การลดการแสดงออกทางอารมณ์ จะช่วยลดภาระการดูแลด้านอัตนัย (Subjective burden) ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยมากขึ้น สามารถลดภาระของผู้ดูแล และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยในระยะยาวได้ (Magliano et al., 2006)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับภาระการดูแลประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผลต่อภาระการดูแล ได้แก่ อายุของผู้ดูแล ที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้ภาระที่แตกต่างกัน (Cook et al., 1994; Lefley, 1987) ดัชนีการศึกษา ในผู้ดูแลจำนวน 15 คน ซึ่งเป็นมารดาอายุ ระหว่าง 45 – 62 ปี ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามารดาที่มีอายุน้อย มีภาระมากกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า (Greenberg et al, 1993) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ ในการแก้ไขและเผชิญปัญหา ผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า เพราะความสามารถในการแก้ไขปัญหาของบุคคล จะพัฒนาขึ้นจนค่อนข้างถาวร เมื่ออายุ 30 ปี (Antonovsk, 1987) จึงทำให้มีส่วนทำให้ภาระน้อย สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่มีคู่สมรส จะมีลักษณะการช่วยเหลือเกื้อกูล ทำให้สามารถลดความเครียดต่าง ๆ ได้ และการรับรู้ต่อภาระลดลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสด้วย หากคู่สมรสเจ็บป่วยและมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมาก่อน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่น เต็มใจ ให้การดูแลมากกว่า (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) ส่วนผู้ดูแลที่ โสด หม้าย หย่าร้าง หรือ แยกกันอยู่ จะขาดกำลังใจในการปฏิบัติ และ เกิดความเครียดได้ง่าย อาจส่งผลให้การรับรู้ภาระจากการดูแลมีมากกว่า กลุ่มแรก (Warkeit, 1987 อ้างถึง สมจิต หนูเจริญผล, 2536) ระดับการศึกษาของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงจะมีเหตุผล และรู้จักแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และรู้จักแสวงหาแหล่งสนับสนุนเพื่อขอรับการช่วยเหลือได้ดีกว่าด้วย (Orem, 1985) การศึกษาของ ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาระการดูแล รายได้ของผู้ดูแล และครอบครัวพบว่ารายได้ของครอบครัว กับภาระของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กันทางลบ (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) รายได้มีอิทธิพลทางอ้อมต่อภาระการดูแล Martyns–Yellowe (1992) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลมักมีเวลาพักผ่อนน้อยลง และยังมีบทบาทอื่นๆที่ต้องรับผิดชอบ เช่น ต้องดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ต้องทำงานเพื่อหารายได้ ในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย ควบคู่กันไป ผู้ดูแลมักอ่อนล้าจากการรับบทบาทหน้าที่มากเกินไป (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) ผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ดูแลเช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้า (ยาใจ สิริธิมงคล, 2538; ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540; Song, Biegel, & Milligan, 1988; Salleh, 1994; Eakes, 1995; Adamec, 1996; Hobbs, 1997) ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะจิตใจ และอารมณ์ที่ไม่แน่นอนกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย ความกลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย ท้อแท้ความเครียด ผู้ดูแลจึงมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (วรกช นิธิกุล, 2535; ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539 ยอดสร้อย วิเวกรรณ, 2543; Loukissa, 1995) ผลการศึกษาของ Baker (1989) พบว่า ความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก เสียใจ คือปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย ต่อตัวผู้ป่วย และบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยก หรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแล รู้สึกคับข้องใจ ที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแล รู้สึกเป็นภาระมาก หรือเครียดมาก จนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา ด้านสังคม ผู้ดูแลที่ต้องรับบทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ต้องรับบทบาทอื่นด้วย ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง เช่น มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกอื่นๆในสังคมเหมือนที่เคยปฏิบัติกันน้อยลง (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินห่างกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากสังคม (วรกช นิธิกุล, 2535; ยุพาพิณ ศิริโพธิ์งาม, 2539; มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และ พรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544; Eakes, 1995)

จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ และรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ไม่เป็นที่ต้องการ และรู้สึกเป็นภาระ (Montgomery et al., 1985; Moller, 2005) มีผลทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วยจิตเภท เช่น เพิกเฉยต่อการดูแลผู้ป่วย ไม่ไปรับยาให้ผู้ป่วยและไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ทอดทิ้งผู้ป่วยซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (อรรวรรณ ฮ่องต้อ, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีรูปแบบการบำบัด ที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิต เช่น การดูแลแบบองค์รวม โดยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีผลทำให้อาการทางลบ ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีผลทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลง (อติญา โพธิ์ศรี , 2551) การจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วย

โรคจิตเภทเรื้อรัง (สุดาพร สถิตยพุทธการ, 2552) การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (พรทิพย์ ไชสะอาด, 2555) การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน (Norman et al., 2002) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วย (Andres et al., 2003)

ในด้านการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า มีรูปแบบการช่วยเหลือการดูแลได้แก่ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และภาวะการดูแลของผู้ดูแล (อรวรรณ ฮ่องต้อ, 2550) การศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น และ ภาวะการดูแลโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย ภาวะเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะการดูแล และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ปานิสรา เกษมสุข, 2551) การศึกษาพบว่า ภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง การบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (นภาพรณ์ พึ่งเทศสุนทร, 2553) โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (บุบผา ธนิกกุล, 2554) โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สุณีย์ แสงดาว, 2554) การศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้านคือ ภาวะเชิงอัตนัย ภาวะเชิงปรนัยลดลง และ ภาวะโดยรวมลดลง

จะเห็นได้ว่า การบำบัดทางจิตสังคมที่ผ่านมา มีการนำรูปแบบกิจกรรมต่างๆมาใช้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อลดอาการทางจิตของผู้ป่วย หรือเพื่อลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลแต่ก็ยังคงพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ จนทำให้ผู้ป่วยซ้ำอยู่ เนื่องจากการป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีองค์ประกอบหลายอย่าง ทั้งจากปัจจัยการดำเนินของโรคจิตเภท และปัจจัยสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย (อรวรรณ ฮ่องต้อ, 2550) ตลอดจนยังมีปัญหาภาวะการดูแลของผู้ดูแล และทำให้ผู้ดูแลเพิกเฉยไม่สนใจผู้ป่วย มีผลให้ผู้ดูแลเกิดอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ยังไม่หมดไป จึงจำเป็นต้องหาวิธีในการบำบัดเพื่อช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลผู้วิจัยจึงสนใจการนำรูปแบบของการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ซึ่งเป็นรูปแบบของการบำบัดทางจิตสังคมวิธีหนึ่ง ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดภาวะการดูแล และช่วยเหลืออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

การสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ หมายถึง การจัดกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายครอบครัวที่บ้าน โดยมีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 ระยะตามโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ โดยการวางแผนการบำบัดร่วมกันระหว่างผู้บำบัดผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล เพื่อสนับสนุน และส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ให้กับครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และลดภาระให้ครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท (Devaramane, 2011)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษารูปแบบโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทของ Devaramane (2011) ที่ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Varghese (2002) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อ สามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล และลดอัตราการกำเริบของโรคจิตเภท อย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (Lam, 1991, Kuipers & Bebbington, 1988) การให้การสนับสนุน และการดูแลครอบครัวแบบย่อ สามารถลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งยังเพิ่มความสามารถการเผชิญปัญหา และจัดการกับปัญหา เพิ่มทักษะการสื่อสาร ทักษะลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความอดทนต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย และสามารถลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นผลมาจากภาวะการดูแลได้ (Falloon et al., Goldstein, 1978 & Leff, 1982)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ยังคงมีลักษณะของอาการ ที่แสดงให้เห็นถึงการเจ็บป่วย ซึ่งอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน ภายใต้นี้ อาการทางบวกลบจะน้อยลง แต่ยังคงมีอาการทางลบ ซึ่งมีลักษณะคล้ายระยะเริ่มมีอาการแต่ระยะนี้ จะมีความเสื่อมด้านจิตใจและสังคมมากกว่า (WHO, 1992 & Johnson, 1993 & Taylor, 1994) เช่น สีหน้าเฉยเมย ไม่พูดจา มีความพร่องด้านการเข้าสังคม การประกอบอาชีพ การงานขาดทักษะชีวิตในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ขาดทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวัน และทักษะในการสื่อสารไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆได้ (อติญาโพธิ์ศรี, 2551) ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่ยังคงหลงเหลืออยู่ ดังกล่าวมีผลกระทบต่อครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง กล่าวคือ ทำให้

ผู้ป่วยจิตเภท สูญเสียความสามารถและประสิทธิภาพ ในการทำหน้าที่ด้านต่างๆตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวการเรียนหนังสือ การทำงานและการดำเนินชีวิตในสังคม (World Health Organization, 2001) ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 70 มีการบกพร่องในการทำหน้าที่ทางจิตสังคม และนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำสูง (Alan et al., 2007; พิเชษฐอุดมรัตน์, 2552) จะเห็นได้ว่าอาการทางจิตเป็นอาการสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำบทบาทหน้าที่ ในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระ ส่งผลสัมพันธ์กับความรู้สึกทุกข์ทรมานของญาติในการดูแล (Barrorclough, 2005) ความรู้สึกทุกข์ใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย รบกวนเวลาการเป็นส่วนตัวของผู้ดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และหน้าที่การงานของผู้ดูแล เป็นภาระต่อผู้ดูแล และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ครอบครัวที่แสดงออกทางอารมณ์สูง มีการวิพากษ์วิจารณ์ และไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย จะมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบสูง (Brown, 1972; Falloon et al., 1981; Leff & Vaughn, 1985; Butzlaff & Hooley, 1998; Bustillo et al., 2001)

ครอบครัวเป็นสถาบันหลัก ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อจากโรงพยาบาล (Thara et al., 1998) การที่ผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่ในชุมชน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยได้สนใจนำโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ของ Devaramane (2011) ที่ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Varghese (2002) โดยมีการดำเนินการบำบัดร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการเตือน การประเมินปัญหา และการจัดการกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การสื่อสาร และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง การวิพากษ์วิจารณ์ และไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้นำรูปแบบ การสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ มาพัฒนาและประยุกต์ใช้ ในการดำเนินกิจกรรม เป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 3 ครั้งๆ ละ 60 นาที รวมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมโดยมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Psychoeducation) เป็นกระบวนการส่งเสริมความรู้และความเข้าใจ ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความเข้าใจการเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Falvo, 1994) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทสามารถลดอาการทางจิตและอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Dixon, 1995; Klingberg, 1999) โดยให้ผู้ดูแลแสดงทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทในประเด็นต่างๆเช่นความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา และบทบาทการดูแลผู้ป่วย แนะนำการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทจากคู่มือที่แจกให้ ทบทวนความรู้ สรุปกิจกรรม และนัดหมายการดำเนินกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา (Assessing and problem solving skills) การเผชิญปัญหาแบบการใช้อารมณ์ เช่นการเผชิญปัญหาด้วยการหลีกเลี่ยงและปฏิเสธ มีผลทำให้เป็นภาระมากขึ้น (Scazuca & Kuipers, 1999) ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบ มุ่งเน้นปัญหามีวิธีการเผชิญแบบใช้อารมณ์น้อยกว่าพบว่า ความรู้สึกเป็นภาระต่ำกว่านอกจากนี้ ยังพบว่าในกรณีที่ไม่มี การดูแลและช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวต่อภาระของผู้ดูแล กลไกการเผชิญ ปัญหายังคงมีอยู่ (Magliano et al., 2000) กิจกรรมการพัฒนาทักษะการประเมินปัญหา และจัดการ กับปัญหา เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยเพิ่ม ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลในการลดภาระในการดูแล ได้ดำเนินกิจกรรมด้วยการ ประเมินปัญหาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้เผชิญในอดีตที่ผ่านมา ผู้ดูแลสามารถระบุปัญหาได้ และ สามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง อย่างเหมาะสม โดยพิจารณาถึงข้อดี ข้อเสีย และความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา และนำมาอภิปราย

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และทักษะการแสดงออกทาง อารมณ์ที่เหมาะสม (Improving the communication and expression of emotionals) ผู้ป่วย จิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด จึงมีปัญหาด้านการสื่อสารทั้งคนในครอบครัวและบุคคลอื่น ผู้ป่วยมักไม่ร่วมกิจกรรมต่างๆกับครอบครัว รวมทั้งมักไม่ออกไปสังสรรค์หรือร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความเครียดและความทุกข์ใจ (ทูลภา บุพผาสังข์, 2545; Rusch et al., 2009) พบว่าการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้การสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยลดความเครียด และลด อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Norman et al., 2002) จัดกิจกรรมโดยให้ผู้ดูแลและผู้ดูแล แสดงบทบาทสมมติการฝึกการสื่อสารระหว่างกัน ผู้วิจัยสอบถามถึงความรู้สึกของการฝึกการสื่อสาร พัฒนาการสื่อสารในครอบครัวแบบมีประสิทธิภาพ เรียนรู้การสื่อสารทางบวกควรสื่อสารอย่างไร ให้ ผู้ดูแลเขียนถึงการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ ผู้วิจัยยกตัวอย่างสถานการณ์การ แสดงออกทางอารมณ์ และช่วยกันสรุปประเด็นปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
3. ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Control Group Design) โดยมีขอบเขตของการวิจัยดังนี้

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ฉบับปรับปรุงครั้งที่10 (International Classification of Diseases & Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) และ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ฉบับปรับปรุงครั้งที่10 (International Classification of Diseases & Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) และ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตอำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ

ตัวแปรตาม คือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาระการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้านรวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเดือตร้อน ความยากลำบาก หรือเป็นสิ่งที่รบกวนต่อตนเองในการดำรงชีพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม จากการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยภาระการดูแล 2 ประเภทได้แก่

1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และ ทศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกขใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย

2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ (Montgomery et al., 1985)

ประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Montgomery et al. (1985) ที่ได้พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544)

อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง ลักษณะที่แสดงให้เห็นถึง ภาวะของการเจ็บป่วยที่พบของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยมีความผิดปกติ ความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยแบ่งกลุ่มอาการออกเป็น 5 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง กลัวคนทำร้าย 2) กลุ่มอาการด้านลบ ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเองจากสังคม 3) กลุ่มอาการด้าน Cognitive ได้แก่ การที่ไม่สามารถคิดแบบสรุปรวบยอดได้ เช่น คิดไม่ปะติดปะต่อ ตอบคำถามไม่ตรงประเด็นที่กำลังคุย อาการพูดไม่ปะติดปะต่อ 4) กลุ่มอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย อาการที่อยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย การไม่ให้ความร่วมมือ การไม่เป็นมิตร และการก้าวร้าว 5) กลุ่มอาการซึมเศร้า (depression) และ อาการวิตกกังวล (anxiety)

ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบวัดอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ตามแนวคิดของ Overall และ Gorham (1962) ที่พัฒนาและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2547)

โปรแกรมการสนับสนุน และดูแลครอบครัวแบบย่อ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในชุมชน เป็นรายครอบครัวที่บ้าน โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมของ Devaramane (2011) ที่ได้พัฒนาจากแนวคิดของ Varghese (2002) โดยมีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมจำนวน เป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 3 ครั้งๆละ 60 นาที รวมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมโดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท หมายถึง การดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมที่พยาบาลจัดขึ้น เริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอน และประโยชน์ ของการดำเนินการตามโปรแกรม การให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการร่วมแสดงความคิดเห็น และอภิปรายร่วมกันกับผู้วิจัย เกี่ยวกับโรคจิตเภท ครอบคลุมถึง ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต วิธีการสังเกตอาการกำเริบ อาการที่ต้องไปพบแพทย์ และ บทบาทของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา หมายถึง การดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมที่พยาบาลจัดขึ้น เพื่อพัฒนาทักษะการประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยกันประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหา กำหนดปัญหา และเลือกปัญหาเพื่อนำมากำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และทักษะการลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นกิจกรรมที่พยาบาลจัดขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกทักษะการพูดสื่อสารระหว่างกันด้วยภาษาและท่าทางที่เป็นมิตร เปิดเผย และไม่ใช้อารมณ์ทางลบ การสื่อสารที่สร้างสรรค์ การสื่อสารทางบวก ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถฟังและสื่อสารถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง การลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง

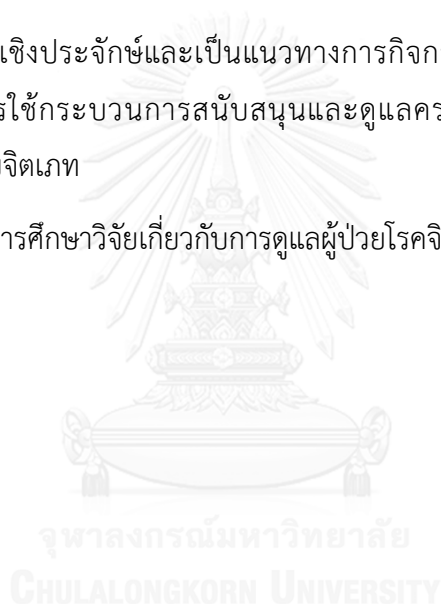
ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases & Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) ที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชน มีอายุ 20-59 ปี ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ประเมินอาการทางจิต อยู่ในระดับมีอาการอยู่บ้างแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติถึงไม่มีอาการ ด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หรือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือทางกฎหมายที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ให้การดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่การเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การให้คำแนะนำผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวตามปัญหาที่พบ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านรวมทั้งการรับประทานยา การรักษาต่อเนื่อง และการมาตรวจตามนัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอาการทางจิตลดลง และผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง
2. เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์และเป็นแนวทางการกิจกรรมการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพในชุมชนโดยการใช้กระบวนการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท
3. เป็นแนวทางการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแก่ผู้สนใจต่อไป



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุน และดูแลครอบครัวแบบย่อ ต่อการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดต่างๆ จากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย โดย นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุ
 - 1.3 การวินิจฉัยโรค
 - 1.4 อาการและอาการแสดง
 - 1.5 การดำเนินโรค
 - 1.6 การรักษา
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.1 ความหมายของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.2 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.2 อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต
 - 2.4 การประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.2 หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในชุมชน
4. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล
 - 4.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.2 ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
5. ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 5.1 ความหมายของภาระการดูแล
 - 5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 5.3 การประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 5.4 การพยาบาลเพื่อลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
6. การสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
 - 6.1 ความหมายของการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
 - 6.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
7. โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

WHO (2006) ให้ความหมายว่า โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง โรคที่แสดงถึงความผิดปกติด้าน ความคิด การรับรู้ ด้านสติปัญญา การแสดงออกทางอารมณ์ ไม่สัมพันธ์ หรือสอดคล้อง กับเหตุการณ์การดำเนินโรคมึ่ลักษณะเรื้อรัง

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) ให้ความหมาย โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมองหรือพิษจากยา

Green Al et al. (2007) โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลาย โดยมีความผิดปกติ ทั้งทางด้าน cognition อารมณ์ ประสาทสัมผัส และ พฤติกรรม

Sadock & Sadock (2007) โรคจิตเภทจัดเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงและเรื้อรังผู้ป่วย จะมีความผิดปกติทั้งด้าน ความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึงโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ที่มีความผิดปกติ ด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และ พฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือ พิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว โดยอาการแสดงมักเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็น ค่อยไป และดำเนินไปอย่างเรื้อรัง

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท แต่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า โรคจิตเภท ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งแต่เกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน แนวคิดหนึ่งที่ช่วย อธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Vulnerability-Stress model (Zubin & Spring, 1977) แนวคิดนี้เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากบุคคลที่มีความอ่อนแอพื้นฐาน หรือจุดอ่อน บางประการอยู่แล้ว (Personal Vulnerability factor) เมื่อพบกับสภาพกดดัน หรือ

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด (Environmental stress) จะส่งผลให้เกิดสภาวะอารมณ์แปรปรวนได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ทำให้มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ที่แสดงถึงอาการของโรคจิตเภทโดยสามารถ จำแนกปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทได้ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม การศึกษาด้านพันธุกรรมสนับสนุนปัจจัยทางพันธุกรรมที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท ผลการศึกษาโรคจิตเภทในฝาแฝด คนในครอบครัว และบุตรบุญธรรมพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ความใกล้ชิดทางสายเลือดยิ่งมีโอกาสเป็นสูง (มาโนช หลอดตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิขย, 2555)

1.2.2 ปัจจัยด้านระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานที่เป็นที่ยอมรับเกี่ยวกับความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมองของโรคจิตเภทคือ Dopamine hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ Mesolimbic และ Mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ Post-synaptic และพบว่าความบกพร่องของสารสื่อประสาท Dopamine ในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการดาวน์ และ การเพิ่มเซลล์ประสาทลิ้มใน Limbic system ซึ่งเชื่อว่าทำให้เกิดอาการดาวน์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

1.2.3 ปัจจัยด้านกายวิภาคของสมอง จากผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) ในผู้ป่วยจิตเภท พบมีการขยายของ ช่องสมองด้านข้าง (Lateral ventricles) และพบว่าปริมาณเนื้อสมองน้อยลงกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ Cortical gray matter และ Hippocampus ในระบบ Limbic มีขนาดลดลง การค้นพบนี้อธิบายว่า การเสื่อมสลายของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

1.2.4 ปัจจัยด้านจิตใจ จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการพบว่าความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในช่วงแรกทำให้เกิดความผิดปกติในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา การคิด การตัดสินใจและการรับรู้ ซึ่งผู้ป่วยมีการรับรู้และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และการตอบสนองต่อความเครียดไม่ดี (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.2.5 ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม การศึกษาสภาพครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรง (High Expressed Emotion: high EE) ของสมาชิกในครอบครัว คือ มีการวิพากษ์วิจารณ์ มีความรู้สึกไม่เป็นมิตร และมีการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของโรค นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ พบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ เนื่องจากความเครียดและวิถีชีวิตที่ยากจนเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดโรค (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

โดยสรุป สาเหตุของโรคจิตเภทยังไม่ทราบแน่ชัด แต่น่าจะสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลายปัจจัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆของผู้ป่วยแต่ละคน ปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ระบบสารชีวเคมีในสมอง และกายวิภาคของสมองที่ผิดปกติ ความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก รวมทั้งปัจจัย ด้านครอบครัวและสังคม

1.3 การวินิจฉัยโรค

1.3.1 การวินิจฉัยโรค ตามการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่10 (International Classification of Diseases & Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) มีแนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภทโดยผู้ป่วยต้องมีอาการชัดเจน 1 ข้อ หรือมากกว่า 2 ข้อ ถ้าไม่ชัดเจนในข้อ 1-4 หรือมีอาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไปในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะอาการดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ (พิเชษฐอุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

- 1) ไตยีนเสียงความคิดของตนเอง (Thought echo) ความคิดของตนเอง ถูกดึงออกหรือถูกแทรกหายไปกะทันหัน (Thought withdrawal or insertion) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน (Thought broadcasting)
- 2) มีอาการหลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจภายนอกควบคุม (Delusion of control) และหลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเรา (Delusional perceptions)
- 3) อาการประสาทหลอนทางหู
- 4) ความหลงผิดชนิดอื่น ซึ่งเป็นอยู่นานและไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ
- 5) อาการประสาทหลอนอื่นๆซึ่งเป็นอยู่นาน
- 6) ความคิดแตกแยก ไม่ประติดประต่อ ทำให้การพูดฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่เอง (Neologisms)
- 7) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Catatonic behavior) อาจมีการเคลื่อนไหวมากผิดปกติ (Excitement) จับอยู่ท่าใด มักอยู่ท้านานๆ (Waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย (Stupor) หรือกระทำต่อต้าน (Negativism) เช่น ให้ผู้ป่วยนั่งผู้ป่วยจะยืน
- 8) อาการดาดลบ (Negative Symptoms)
- 9) พฤติกรรมบางด้านเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจนโดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจสิ่งต่างๆ ไม่มีจุดหมาย เกียจคราน เก็บตัว หมกมุ่นกับตนเอง

1.3.2 การวินิจฉัยแยกโรคเพื่อให้การวินิจฉัยโรคจิตเภทมีความชัดเจนน่าเชื่อถือ จึงต้องมีการวินิจฉัยแยกโรค ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษย์, 2555)

1) Secondary & substance-induced psychotic disorders เนื่องจากอาการของโรคจิตนั้นพบได้ในสภาวะผิดปกติทางกายได้บ่อยๆ โดยเฉพาะในกรณีของ Delirium และจากสารเสพติด เช่น เหล้า แอมเฟตามีน นอกจากนี้ ยังพบได้ในสภาวะที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อหรือ เนื้องอกในสมอง เป็นต้น เมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะพบว่า มีสิ่งบ่งชี้บางอย่าง เช่น อาการเกิดขึ้นเร็วผู้ป่วยมีลักษณะเพ้อสับสน มีอาการขณะอายุมากหรือตรวจพบความผิดปกติทางกาย

2) Mood disorders ในภาวะ Mania หรือ Depression ผู้ป่วยอาจมีอาการโรคจิตได้ซึ่งแยกจากโรคจิตเภท สังเกตว่าก่อนจะมีอาการโรคจิตผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ให้เห็นหรือไม่ ขณะที่ตรวจยังมีลักษณะทางด้านอารมณ์เด่นออกมาหรือไม่ และอาจประเมินจากประวัติชนิดของความผิดปกติทางจิตเวชในญาติด้วยพบว่ามีจะเป็นเหมือนกัน

3) Delusional disorder ใน Delusional disorder นั้น ลักษณะของอาการหลงผิด ไม่ประหลาดเหมือนในโรคจิตเภท เนื้อหาของความหลงผิดจะเกี่ยวโยงกันเป็นเรื่องราว และโดยทั่วไปผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเสื่อมถอยมากกว่า

4) Personality disorder บางชนิดโดยเฉพาะใน Cluster A บางครั้งจะมีความคิดที่แปลก ไม่ค่อยเข้าสังคม ซึ่งคล้ายกับระยะอาการหลงเหลือในโรคจิตเภท แต่แยกโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เคยมีอาการของโรคจิตเภทในระยะกำเริบ

โดยสรุปเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทมีหลายเกณฑ์ ที่นิยมใช้เป็นมาตรฐานสากล คือเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (DSM-IV-TR) และเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) ซึ่งการศึกษาวินิจฉัยครั้งใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัย

1.4 อาการและอาการแสดง

เพื่อความครอบคลุมถึงผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด (พิเชษฐ อดมรัตน์; สรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) แบ่งออกได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) สามารถเกิดขึ้นในช่วงใดของโรคก็ได้ ได้แก่อาการหลงผิด (Delusion) ความเชื่อที่ไม่เป็นความจริง และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ อาการประสาทหลอน (Hallucination) ซึ่งเป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ อาการหูแว่ว (auditory hallucinations) อาการเห็นภาพหลอน (visual hallucinations) ประสาทหลอนทางร่างกายและประสาทสัมผัส (somatic & tactile hallucinations) ประสาทหลอนทางการได้กลิ่น (olfactory hallucinations) อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (bizarre behavior)

2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) มีอาการการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติหรือการไม่แสดงอารมณ์ เช่นอารมณ์เฉยเมย (emotional blunting) การไม่สามารถสร้าง

ความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (poor rapport) การคิดซ้ำๆหรือคิดอะไรเพียงเรื่องเดียว (stereotyped thinking) อาจมีความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้โดยไม่เป็นเหตุเป็นผล ขาดความกระตือรือร้น (avolition) และสีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (apathy)

3) กลุ่มอาการด้าน Cognitive คือการที่ไม่สามารถคิดแบบสรุปรวบยอดได้ (conceptual disorganization) เช่น คิดไม่ปะติดปะต่อ ตอบคำถามไม่ตรงประเด็นที่กำลังคุย อาการพูดไม่ปะติดปะต่อ อาการคิดไม่สมเหตุสมผล อาการพูดอ้อมค้อม ใช้คำแปลกๆที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเอง การไม่สามารถคิดแบบนามธรรมได้ อาการเลียนเสียงพูด อาการชะงักของความคิด

4) กลุ่มอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement symptoms) อาการที่อยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย การไม่ให้ความร่วมมือ การไม่เป็นมิตร และการก้าวร้าว

5) กลุ่มอาการซึมเศร้า (depression) และ อาการวิตกกังวล (anxiety) อาการซึมเศร้าสามารถพบได้ในบางช่วงของการดำเนินโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าเด่นชัด อาการวิตกกังวล อาการวิตกกังวล (anxiety) พบได้บ่อยช่วงระยะอาการนำ (prodromal) และช่วงที่มีอาการทางจิตรุนแรง ซึ่งอาการซึมเศร้าและ อาการวิตกกังวลอาจเป็นอาการเริ่มแรกที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยกำลังจะมีอาการกำเริบของโรคจิต

1.5 การดำเนินโรค

เดิมเข้าใจกันว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการดำเนินโรค (course) เป็นแบบเรื้อรัง (chronic) และเสื่อมลงโดยตลอด (deteriorating) จนถึงระยะสุดท้ายของโรค ไม่ว่าจะเป็นความบกพร่องของหน้าที่ทางสังคม และการประกอบอาชีพ ความบกพร่องทาง cognitive (cognitive impairment) การมีกลุ่มอาการลบ (negative Symptoms) หรือบางรายยังคงมีกลุ่มอาการบวก (positive symptoms) อยู่แม้ว่าจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม แต่ทั้งนี้การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางด้านชีววิทยาที่แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งส่งผลให้การดำเนินโรคมีความแตกต่างกัน สามารถแบ่งระยะของโรค (stages of illness) จิตเภท ออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่ 1.ระยะก่อนป่วย (premorbid) 2.ระยะอาการนำ (prodromal) 3. ระยะเกิดโรคครั้งแรก (first episode) 4.ระยะต้น (early -course) และ 5.ระยะเรื้อรัง (chronic phase) โดยที่ช่วงเวลา (duration) การดำเนินโรคในแต่ละระยะมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนการดำเนินโรคสามารถแบ่งได้เป็น 2 ช่วงตามระยะเวลา ได้แก่ การดำเนินโรคระยะต้นและการดำเนินโรคระยะต้น ดังนี้

1) ระยะก่อนป่วย (premorbid) เป็นช่วงระยะเวลาก่อนที่จะมีอาการใด ๆ ของโรคเกิดขึ้น ในระยะนี้เกือบทั้งหมด มีลักษณะที่ประกอบด้วยอาการมีความบกพร่องเล็กน้อย ๆ ที่ไม่ชัดเจนของ cognitive function ได้แก่ ระดับปัญญา (IQ) ความเอาใจใส่ (attention) ความจำที่

เกี่ยวกับการพูด (verbal memory) หน้าที่ด้านการบริหาร (executive function) และ motor skills ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและการศึกษา เล่าเรียน โดยเฉลี่ยแล้ว ความบกพร่องเหล่านี้มีเพียงเล็กน้อยเป็นมาตั้งแต่เกิดมีลักษณะคงที่ ไม่มีอาการที่ชัดเจน จึงทำให้ระยะก่อนป่วย จึงไม่สามารถชี้แยกผู้ที่จะเกิดการเป็นโรคจิตเภทในวันข้างหน้าออกจากผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกันที่จะไม่ป่วยในวันข้างหน้าได้

2) ระยะอาการนำ (prodromal) เป็นระยะที่นำมามาก่อนที่จะเกิดโรคจิต (pre psychotic state) ในระยะนี้บุคคลนั้น ๆ จะมีลักษณะทั้งทางพฤติกรรมและประสบการณ์ เบี่ยงเบนไปจากปกติที่เป็นอยู่เดิม อาการผิดปกติเริ่มเกิดขึ้นหลังจากเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (puberty) ระยะนี้อาจกินเวลาดั้งแต่ไม่กี่สัปดาห์ จนถึงหลายปี โดยเฉลี่ยกินเวลา 2 ปี ถึง 5 ปี การทำหน้าที่จะบกพร่องอย่างชัดเจนและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็นลำดับไม่ว่าจะเป็นด้านการเรียน การทำงานหรือการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นประเด็นที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้บ่อยเช่นกัน อาการในระยะนี้เป็นอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและไม่มีอาการโรคจิต เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล รวมถึง apathy แยกตัวจากสังคม มีการเปลี่ยนแปลงทาง cognition ทำให้มี distractibility ง่ายกว่าเดิมและมี attention แยกออกจากนี้ยังมี idea of reference หรือกระบวนการความคิด (thought process) และเนื้อหาความคิด (thought content) ที่เปลี่ยนไปจากปกติแต่ยังไม่ถึงขั้นที่มีอาการหลงผิด (subdelusional changes)

3) ระยะเกิดอาการโรคจิต (psychotic หรือ active phase) เป็นระยะที่เกิดอาการโรคจิต จะเริ่มในช่วงวัยรุ่น ตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การศึกษาพบว่าอายุเฉลี่ยของการเริ่มเกิดอาการโรคจิตคือ 29 ปีในเพศหญิงซึ่งมากกว่าอายุเฉลี่ยในเพศชายเล็กน้อย (25ปี) ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 75 มีการเกิดโรคระหว่างอายุ 15-30 ปี ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นเวลาหลายเดือนถึงหลายปี ขณะผู้ป่วยอีกครั้งอาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลาไม่กี่วันหรือไม่กี่สัปดาห์โดยระดับความรุนแรงของอาการต่าง ๆ ของโรคทั้งกลุ่มอาการบวก กลุ่มอาการลบ อาการด้าน cognition และอาการด้านอารมณ์มีความแตกต่างกันได้มาก ในผู้ป่วยแต่ละราย

4) ระยะหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการสงบและถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัว ระยะนี้อาการทางบวกจะน้อยลงแต่ยังคงมีอาการทางลบ ซึ่งมีลักษณะคล้ายระยะเริ่มมีอาการแต่ระยะนี้จะมีความเสื่อมด้านจิตใจและสังคมมากกว่า (WHO, 1992) เช่นพูดน้อย เฉื่อยชา ไร้อารมณ์ แยกตนเองจากสังคม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่สนใจดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเอง ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ

สรุปการดำเนินของโรคจิตเภท มีความหลากหลายมาก ตั้งแต่การฟื้นตัวกลับมาอย่างสมบูรณ์ จนถึงมีอาการของโรคอยู่อย่างเรื้อรังจนไม่สามารถทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ การป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยไม่ให้โรคจิตเภทมีการดำเนินโรคที่แยลงเรื่อยๆ การบำบัดทางจิตสังคม รายบุคคลและรายกลุ่ม การช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว การบำบัดครอบครัว มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวกลับมาดีขึ้นและลดระดับความรุนแรงของอาการต่างๆที่หลงเหลืออยู่ได้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์; สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552)

1.6 การรักษา

เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการดำเนินโรคคล้ายโรคทางกายที่เรื้อรังคือมีช่วงป่วยซ้ำหรือกำเริบเฉียบพลันเป็นระยะ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทจึงมีการรักษาแบบบูรณาการ ซึ่งครอบคลุมทั้งการใช้ยา การรักษาด้วยจิตบำบัด การรักษาทางจิตสังคมและการฟื้นฟูทางจิตเวช นอกจากนี้ยังต้องครอบคลุมถึงการแก้ไขความเสื่อมในหน้าที่การงาน และการตัดสินใจ ตลอดจนช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยด้วย (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) โดยมีแนวทางการบำบัดแบบบูรณาการ ดังนี้

1.6.1 การรักษาด้วยยา ยารักษาโรคจิตคือการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากอาการของโรคจิตเภท เกี่ยวข้องกับ สารเคมีในสมอง ยาจะไปช่วยปรับสารเคมีเหล่านั้นทำให้อาการต่างๆลดลงหรือหายไปมากที่สุด ผู้ป่วยจิตเภททุกรายควรได้รับคำอธิบายถึงความสำคัญของยาที่ใช้รักษา เนื่องจากการไม่ผูกติด (non-adherence) กับยารักษาโรคจิต ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นสูงมาก มีการศึกษาพบว่าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เพียง10วันร้อยละ25ของผู้ป่วยจะกินยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ผูกยึดกับยาและพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 และ75 ภายในเวลา 1ปี และ 2 ปี ตามลำดับ (Lehman et al.,2004 อ้างใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552)

1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า หรือการรักษาแบบกระตุ้นให้ชักด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy; ECT) เป็นการรักษาโรคทางจิตเวชด้วยการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองผ่านขั้วไฟฟ้า (Electrode) ที่วางบริเวณศีรษะของผู้ป่วยเพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดการชัก แม้จะให้ผลการรักษาที่ดีในผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่การรักษาด้วยวิธีนี้ก็ยังเป็นทางเลือกที่นิยมใช้รักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีข้อบ่งชี้เฉพาะ การรักษาด้วย ECT มีประสิทธิภาพดีในการรักษาอาการโรคจิตเภทในระยะเฉียบพลันมากกว่าในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง คาตาโทเนีย กลุ่มอาการบวก หรือผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วย ทั้งนี้ประสิทธิภาพอาจไม่แตกต่างจากการรักษาด้วยยาโรคจิต แต่การรักษาด้วย ECT อาจให้ผลการตอบสนองได้เร็วกว่า (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552)

1.6.3 การบำบัดโดยการสนับสนุนและดูแลช่วยเหลือครอบครัว (Family intervention) จากสมมติฐานที่ว่าโรคจิตเภทเกิดจากปัญหาการเลี้ยงดูในช่วงต้นของชีวิตและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวไม่ค่อยดีนัก มีการศึกษาถึงการแสดงออกทางอารมณ์รุนแรง (high EE) และมีวิจารณ์เชิงตีเตียนสูง จะมีความเสี่ยงของการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงเป็น 2.6 และ 3.5 เท่าตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ในครอบครัวที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว ดังนั้นการสนับสนุนและดูแลช่วยเหลือครอบครัว จึงเป็นการช่วยให้มีการลดการแสดงออกทางอารมณ์ และส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์เชิงประคับประคอง (supportive interaction) ของคนในครอบครัว เพื่อลดความเสี่ยงต่อการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552)

1.6.4 นิเวศบำบัด (Milieu therapy) คือการจัดสิ่งแวดล้อมอย่างระมัดระวัง เพื่อให้การรักษาแก่ผู้ป่วยทางจิต มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปสู่สังคมภายนอกได้ดี โดยเริ่มให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลก่อนเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจและบุคลิกภาพให้มีความกระตือรือร้นและเกิดความภาคภูมิใจ มั่นใจในตนเองเพื่อที่จะกลับคืนสู่สังคมเดิมในสภาพที่พร้อมจะเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ที่มีอยู่หรือที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งมีความสามารถที่จะรับผิดชอบตนเอง ครอบครัวและสังคมเพิ่มขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษย์, 2555)

โดยสรุปการรักษาโรคจิตเภท ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาซึ่งอาจต้องใช้ในการบูรณาการ การรักษาหลายวิธี เช่นการรักษาด้วยยา การบำบัดโดยการสนับสนุนและดูแลช่วยเหลือครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นต้น เพื่อป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทและการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกถึงภาระของโรคลดน้อยลง

2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ความหมายของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

อาการทางจิต หมายถึง ลักษณะ ความคิด การรับรู้ อารมณ์ ความจำ และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท โดยแบ่งออกตามความผิดปกติเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้

- 1) ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (consciousness)
- 2) ความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว (motor behavior)
- 3) ความผิดปกติของอารมณ์ (emotion)
- 4) ความผิดปกติของความคิด (thought)
- 5) ความผิดปกติของการรับรู้ (perception)
- 6) ความผิดปกติของความจำ (memory)

7) ความผิดปกติของเชาว์ปัญญา (intelligence)

ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (consciousness) ความผิดปกติของระดับความรู้สึกจะมีผลกระทบต่อกระทบต่อความสามารถในการเข้าใจสมาธิ การใส่ใจ ความคิด การรับรู้ต่อสถานการณ์ และพฤติกรรมโดยรวม Disorientation การเสียการรับรู้ในด้านเวลา สถานที่ หรือบุคคล โดยมักเสียการรับรู้ด้านเวลาก่อน ส่วนการรับรู้ด้านบุคคลจะเสียช้าที่สุด

Clouding of consciousness สภาวะที่ระดับสติสัมปชัญญะลดลง ทำให้การรับรู้ความเป็นไปรอบตัวลดลงกว่าเดิม ไม่สามารถรับรู้สิ่งต่างๆได้ชัดเจน

Distractibility การที่ไม่สามารถคงความใส่ใจอยู่ที่เรื่องใดเรื่องหนึ่งได้นาน ผู้ป่วยเปลี่ยนความสนใจไปตามสิ่งเร้าต่างๆภายนอก ไม่ว่าจะสำคัญหรือไม่ก็ตาม

Delirium (ภาวะเพ้อ) เป็นกลุ่มอาการ (syndrome) ที่บ่งถึงสภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในอาการสับสน งุนงง กระสับกระส่าย มักมี disorientation ร่วมด้วยอาจพบอาการประสาทหลอนหวาดกลัวร่วมด้วยได้

ความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว (motor behavior)

Psychomotor agitation ความคิดและการเคลื่อนไหวเพิ่มมาจากความกดดันภายในจิตใจ ทำให้อยู่เฉยไม่ได้ อาจมีพฤติกรรมในทางลบ เช่น วุ่นวาย ทำลายข้าวของ

Psychomotor retardation ความคิด การเคลื่อนไหว และการพูดจาช้าลงมาก ไม่ค่อยมีน้ำเสียง ผู้ป่วยมักจะอยู่เฉยๆ

Stereotype การกระทำหรือการพูดซ้ำๆเหมือนเดิมอยู่ตลอดเวลา โดยไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น โยกตัวไปมา เอามือถูศีรษะตลอดเวลา

Catatonia พฤติกรรมการเคลื่อนไหวผิดปกติ โดยไม่มีสาเหตุทางกาย เช่น Catatonic excitement วุ่นวาย เคลื่อนไหวมากโดยไร้จุดมุ่งหมาย

Catatonic stupor พฤติกรรมการเคลื่อนไหวลดลงมาก มักอยู่นิ่ง ไม่พูด ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

Catonic posturing อยู่ในท่าแปลกๆนาน ไม่เปลี่ยนท่า Compulsion การกระทำหรือพฤติกรรมซ้ำๆผู้ป่วยต้องการที่จะทำพฤติกรรมเดิมอยู่เรื่อยๆโดยไม่อาจหักห้ามใจได้ Mannerism การเคลื่อนไหวที่มีลักษณะแปลกเฉพาะตัว กระทำโดยมีจุดมุ่งหมาย เช่น เอียงคอ ผงกศีรษะถี่ ก่อนยกมือไหว้ทุกครั้ง

ความผิดปกติของอารมณ์ (emotions) โดยทั่วไปจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่อารมณ์ที่แสดงออก (affect) และอารมณ์ภายใน (mood)

Affect หมายถึง อารมณ์ความรู้สึกที่แสดงออกมา เป็นสิ่งที่บุคคลภายนอกรับรู้สังเกตเห็นจากสีหน้าท่าทาง ในการตรวจสภาพจิตจะดูลักษณะต่างๆของอารมณ์ความรู้สึกที่แสดงออกมา ดังนี้

1) Range และ intensity ขอบเขตและความมากน้อยของอารมณ์ที่แสดงออก กรณีที่ผิดปกติมักเกี่ยวข้องกับการแสดงออกที่ลดลง เช่น Restricted affect การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง สังเกตเห็นได้ชัด, Blunted affect การแสดงออกลดลงมากกว่าrestricted affect และ Flat affect ไม่มีการแสดงออกของอารมณ์เลย หน้าตาเฉยเมย น้ำเสียงราบเรียบ

2) Stability ความคงอยู่ของแต่ละอารมณ์ Labile affect อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมาง่าย มีการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์น้อยเช่น กำลังเสียใจอยู่แต่พอได้ยินเรื่องตลกก็หัวเราะขึ้นมาทันที

3) Appropriateness ความเหมาะสมของอารมณ์ที่แสดงออก Appropriate affect การแสดงของอารมณ์สอดคล้องกับเนื้อหาที่พูดหรือความคิดในขณะนั้น

Inappropriate affect การแสดงของอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเนื้อหาที่พูด หรือความคิดในขณะนั้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น ผู้ป่วยอมยิ้ม ขณะเล่าถึงเหตุการณ์ตอนที่แม่เสียชีวิต

Mood หมายถึง อารมณ์ที่อยู่ภายในจิตใจบุคคลนั้น เป็นภาวะที่คงอยู่นาน มักส่งผลต่อบุคลิกหรือ พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลนั้น

Dysphoric mood ความรู้สึกทุกข์ทรมาน ไม่สบายใจ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล

Euthymic mood อารมณ์ที่อยู่ในขอบเขตปกติ ไม่ซึมเศร้า หรือครีครวญผิดปกติ

Elevated mood มีความสุข รื่นเรริงขึ้นกว่าปกติ แต่ไม่จำเป็นต้องผิดปกติเสมอไป

Euphoric mood มีความสุข รู้สึกสบายมากเกินความเป็นจริง เป็นภาวะที่แสดงถึงความผิดปกติทางอารมณ์

Irritable mood อารมณ์ขุ่นเคือง หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย

อาการอื่นๆในแง่ของอารมณ์

Anxiety ความรู้สึกวิตกกังวล หวั่นเกรงว่าจะเกิดเรื่องร้ายกับตนเองหรือคนใกล้ชิด มักเกี่ยวข้องกันกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ

Free-floating anxiety เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมาโดยไม่มีสาเหตุไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องใดเป็นพิเศษ

Panic attack ความวิตกกังวลหรือตื่นตระหนกที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงในทันทีทันใด รวมไปถึงอาการต่างๆในร่างกาย เช่นใจสั่น หายใจขัด

Apathy เป็นภาวะที่หมดความรู้สึกความสนใจต่อสิ่งต่างๆ การแสดงออกทางอารมณ์อาจลดลง มักจะเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น และผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความผิดปกตินี้ของตน

Anhedonia ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะมีความสุขความพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆเหมือนอย่างเคย ผู้ป่วยรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง

Ambivalent มีความรู้สึกสองอย่างที่ตรงข้ามกันต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในขณะเดียวกัน

ความผิดปกติของความคิด (thought)

ความผิดปกติของกระแสและรูปแบบความคิด (stream and form of thought)

Poverty of speech ปริมาณของคำพูดมีน้อย ผู้ป่วยจะตอบแค่ว่าถามคำตอบสั้นๆ ไม่ได้รายละเอียดนอกเหนือไปกว่านั้น ผู้ถามต้องถามอยู่เรื่อยๆ

Poverty of content of speech แม้ผู้ป่วยจะพูดเองและตอบเป็นเรื่องราวที่ยาวพอสมควร แต่พบเนื้อหาใจความมีสาระสำคัญหรือตรงกับที่ถามน้อย ภาษาที่ใช้มักจะถูกคลุมเครือ พูดซ้ำไปมา หรือเน้นบางจุดอยู่บ่อยๆ

Perseveration ผู้ป่วยพูดซ้ำคำ หรือเรื่องเดิมอยู่เรื่อยๆ

Loosening of association เป็นการขาดความต่อเนื่องของความคิด ผู้ป่วยพูดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่งซึ่งไม่เกี่ยวข้องกันเลยหรืออาจเกี่ยวข้องเพียงเล็กน้อย โดยที่ผู้พูดไม่ได้ตระหนักกว่าเป็นคนละเรื่องกัน

Incoherence ภายในความคิดแต่ละตอนจะขาดความเชื่อมโยงกัน การเรียงลำดับคำสับสน ทำให้ฟังไม่เข้าใจเลยว่าผู้ป่วยต้องการสื่ออะไร

Flight of idea ผู้ป่วยมีความคิดหลายๆอย่างเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วแสดงออกมาโดยการพูดมาก พูดเร็ว พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบ ก็เปลี่ยนไปอีกเรื่องหนึ่ง แต่เรื่องราวมีส่วนต่อเนื่องกันสามารถเข้าใจได้

Tangentiality ตอบคำถามเฉียดๆ เกี่ยวข้องกับคำถามเพียงเล็กน้อยหรือไม่เกี่ยวข้องกันเลย ปัจจุบันเราใช้คำนี้ หมายถึงเฉพาะในกรณีของการตอบคำถาม Circumstantiality พูดอ้อมค้อมไม่ตรงจุด โดยเพิ่มรายละเอียดหรือสิ่งที่ไม่ตรงประเด็นลงไป แต่ในตอนท้ายยังกลับมาที่จุดหมายได้

Illogicality ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเห็นจากข้อมูลที่มีโดยที่มึความเห็นนั้น ไม่เป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน ฟังดูแปลก ไม่ไปด้วยกัน Clanging เป็นการพูดที่มุ่งเน้นถึงการมีสัมผัสสอดคล้องกันมากกว่าการมีความหมายต่อเนื่องกัน ทำให้บางครั้งมีคำเกินมาหรือขาดหายไป

Neologisms เป็นคำใหม่ที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นมาเองหรือเป็นคำที่ใช้กันอยู่แล้ว แต่ผู้ป่วยนำมาใช้ในความหมายใหม่ที่ฟังแปลก ไม่เกี่ยวข้องกับความหมายเดิม

Pressured speech ผู้ป่วยพูดเร็วจนผู้อื่นไม่มีโอกาสขัดจังหวะ บางครั้งถึงแม้จะขัดจังหวะผู้ป่วยก็ยังพูดต่อ มักพูดเสียงดังเต็มไปด้วยอารมณ์ บางประโยคพูดยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องไปเนื่องจากอยากจะทำเรื่องอื่นที่คิดขึ้นมาได้

ความผิดปกติในเนื้อหาความคิด (content of thought)

Preoccupation การมีความคิดจดจ่อ หมกมุ่นอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งตลอดเวลา โดยมีอารมณ์ร่วมด้วยค่อนข้างมากในสิ่งที่คิด เช่น คิดวุ่นอยู่แต่เรื่องฆ่าตัวตาย

Overvalued idea เป็นความคิดหรือความเชื่อที่ปราศจากเหตุผลและคงอยู่นาน ผู้ป่วยเชื่อนักแน่นกว่าความเชื่อธรรมดาทั่วไป แต่ไม่ถึงกับฝังแน่นแบบหลงผิด ตัวอย่างเช่น อาการ idea of reference ที่พบในโรคจิตเภท ความเชื่อว่าตนเองป่วยในโรค hypochondriasis หรือความคิดว่าตนเองอ้วนในโรค anorexia nervosa เป็นต้น

Delusion ความคิดหรือความเชื่อที่ผิดๆ ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เป็นความเชื่อที่ฝังแน่นไม่สามารถปล้ำงหรือเปลี่ยนความเชื่อนั้นมายืนยันความเชื่อดังกล่าวมิได้เป็นความเชื่อที่ยึดถือร่วมกันในวัฒนธรรมนั้นๆ

Systematized delusion ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดอยู่เรื่องหนึ่งที่เป็นแกนหลัก รวมเอาอาการหลงผิดต่างๆ าร่วมไปกับข้อเท็จจริง และหลักฐานต่างๆ ที่ผู้ป่วยรับรู้มาผูกเชื่อมโยงเป็นแนวทางเดียวกัน เป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันละกัน

Fragmented delusion อาการหลงผิดของผู้ป่วยแต่ละเรื่องที่มีไม่เกี่ยวข้องกัน หรือไม่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิด

Bizarre delusion อาการหลงผิดที่มีเนื้อหาแปลก พิลึกพิลั่น ใครฟังก็ทราบว่าเป็นไปไม่ได้

Mood-congruent delusion เนื้อหาของการหลงผิดสอดคล้องกันกับ depressed mood หรือ manic mood

Delusion of reference อาการหลงผิดว่าพฤติกรรมการกระทำของบุคคลอื่นมุ่งหมายเพื่อสื่อถึงตน

ความผิดปกติของการรับรู้ (perception)

Illusion มีสิ่งเร้ากระตุ้นต่อประสาทสัมผัสแต่ผู้ป่วยรับรู้หรือแปลผิด เช่น เห็นสายน้ำเกลือเป็นงู

Hallucination (ประสาทหลอน) เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอกเป็นไปตามอวัยวะรับรู้ของเรา

Auditory hallucination หูแว่ว อาจเป็นเสียงพูด (verbal hallucination) เสียงคนเดินไปมา หรือเสียงต่างๆ ที่ไม่มีความหมายเฉพาะ

Visual hallucination เห็นภาพหลอน อาจเห็นเป็นเงาร่างๆ หรือเห็นชัดเจนเหมือนปกติ

Somatic hallucination ประสาทหลอนของอวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย มักเป็นอวัยวะภายใน

ความผิดปกติของความจำ (memory)

Amnesia ไม่สามารถระลึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้ อานาจบางส่วนหรือทั้งหมด

Paramnesia มีความจำที่บิดเบือนไป ตัวอย่างเช่น Confabulation ผู้ป่วยเติมเรื่องที่แต่งเองลงในส่วนที่หลงลืมไปโดยไม่รู้ตัว

Deja vu เห็นสถานที่ สิ่งที่ไม่เคยพบ แต่เกิดความรู้สึกว่าตนเองเคยเห็นมาก่อน
 Jamais vu เกิดความรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสิ่งที่ตนเองประสบ ทั้งๆที่เคยพบมาก่อน
 ความผิดปกติของเขาว์ปัญญา (intelligence) Mental retardation ภาวะปัญญาอ่อน แบ่ง
 ออกเป็นหลายระดับ

Dementia ภาวะสมองเสื่อม มีความจำและเขาว์ปัญญาเสื่อมลง เนื่องจากสาเหตุทางกาย
 โดยที่สติสัมปชัญญะยังปกติ

Pseudodementia ผู้ป่วยมีลักษณะอาการเหมือนกับ

dementia แต่ไม่มีสาเหตุทางร่างกาย เช่น เป็นโรคซึมเศร้า

2.2 ลักษณะอาการผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ลักษณะอาการผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่สามารถแสดงอาการ โดยแบ่งออกได้เป็น
 5 กลุ่ม (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552) ดังนี้

2.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) สามารถเกิดขึ้นในช่วงใดของ
 โรคก็ได้ ได้แก่อาการหลงผิด (Delusion) ความเชื่อที่ไม่เป็นความจริง และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถ
 เปลี่ยนแปลงได้ อาการประสาทหลอน (Hallucination) ซึ่งเป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก
 ได้แก่ อาการหูแว่ว (auditory hallucinations) อาการเห็นภาพหลอน (visual hallucinations)
 ประสาทหลอนทางร่างกายและประสาทสัมผัส (somatic & tactile hallucinations) ประสาทหลอน
 ทางการได้กลิ่น (olfactory hallucinations) อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (bizarre behavior)
 ผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีพฤติกรรมแบบแปลกประหลาด เมื่อเทียบกับคนทั่วไปในสังคม เช่น การ
 แต่งตัวในแบบที่ไม่เหมือนคนทั่วไป การแสดงออกทางสังคมและพฤติกรรมทางเพศผิดจากแบบแผน
 ของสังคม อาการผิดปกติทางการเคลื่อนไหว การแสดงออกทางอารมณ์แบบไม่สมเหตุผล

2.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) มีอาการการแสดงอารมณ์น้อย
 กว่าปกติหรือการไม่แสดงอารมณ์ เช่นอารมณ์เฉยเมย (emotional blunting) การไม่สามารถสร้าง
 ความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (poor rapport) การคิดซ้ำๆหรือคิดอะไรเพียงเรื่องเดียว (stereotyped
 thinking) อาจมีความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้โดยไม่เป็นเหตุเป็นผล ขาดความกระตือรือร้น
 (avolition) และ สิ้นหน้ไม่แสดงอารมณ์ (apathy)

2.2.3 กลุ่มอาการด้าน Cognitive คือการที่ไม่สามารถคิดแบบสรุปรวบยอดได้
 (conceptual disorganization) เช่น คิดไม่ปะติดปะต่อ ตอบคำถามไม่ตรงประเด็นที่กำลังคุย
 อาการพูดไม่ปะติดปะต่อ อาการคิดไม่สมเหตุผล อาการพูดอ้อมค้อม ใช้คำแปลกๆที่ผู้ป่วยสร้างขึ้น
 เอง การไม่สามารถคิดแบบนามธรรมได้ อาการเลียนเสียงพูด อาการชะงักของความคิด

2.2.4 กลุ่มอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement symptoms) อาการที่อยู่ใน
 กลุ่มนี้ได้แก่ อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย การไม่ให้ความร่วมมือ การไม่เป็นมิตร และการก้าวร้าว

2.2.5 กลุ่มอาการซึมเศร้า (depression) และ อาการวิตกกังวล (anxiety) อาการซึมเศร้าสามารถพบได้ในบางช่วงของการดำเนินโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจิตเภทและมีอาการซึมเศร้าเด่นชัด อาการวิตกกังวล อาการวิตกกังวล (anxiety) พบได้บ่อยช่วงระยะอาการนำ (prodromal) และช่วงที่มีอาการทางจิตรุนแรง ซึ่งอาการซึมเศร้าและ อาการวิตกกังวลอาจเป็นอาการเริ่มแรกที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยกำลังจะมีอาการกำเริบของโรคจิต

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท เกิดจากมีความเปราะบางของผู้ป่วยสูงกว่าปัจจัยปกป้องตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ Nuechterlein et al. (1992) อธิบายว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ย้อนกลับไปมาระหว่าง 4 ปัจจัย ประกอบไปด้วย

1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal vulnerability factors) เป็นปัจจัยความเปราะบางเฉพาะบุคคลที่ทำให้คน ๆ นั้นมีโอกาสเกิดอาการของโรคทางจิตเภท ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท โดปามีน โดยในผู้ป่วยจิตเภทจะมีสารโดปามีนมากกว่าคนทั่วไป ทำให้ความสามารถของกระบวนการคิดที่ลดลง (reduced available information-processing resources) ต่อจากนั้นทำให้บุคคลนั้นปฏิกิริยาตอบสนองของประสาทอัตโนมัติมากกว่าปกติ (Autonomic hyperactivity) และทำให้บุคคลนั้นมีอุปนิสัยที่เป็นแบบจิตเภท (Schizotypal personality traits) โดยปฏิกิริยาดังกล่าวจะย้อนกลับไปมาได้

2) ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ได้แก่ สมรรถนะและทักษะในการเผชิญกับความเครียด และการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และการที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาด้วยยา

3) ปัจจัยปกป้องแวดล้อม (Environment protectors) ได้แก่ ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของครอบครัวผู้ป่วย การบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ และรูปแบบการสนับสนุนทางสังคม (Social support)

4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อม (Environmental potentiators & stressors) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย วิกฤตการณ์และตำหนิตีเดียผู้ป่วย การแสดงออกของอารมณ์ที่สูงเกินไป ตลอดจนเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรำคาญรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันที่สะสมมาเรื่อย ๆ ไปจนถึงเหตุการณ์ที่จำเพาะก็อาจทำให้เกิดความเครียดได้

2.4 การประเมินอาการทางจิต

การประเมินอาการทางจิต เป็นการประเมินอาการทางจิตเพื่อจำแนกอาการหลักของโรคจิตเภทโดยใช้เครื่องมือวัดระดับความรุนแรงและความถี่ของอาการที่ใช้ในการวิจัยในคลินิก (พิเชษฐ อุดมรัตน์; สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ซึ่งการประเมินอาการทางจิตได้มีการพัฒนาเครื่องมือต่อกันมาดังนี้

1) Andresen (1989) ได้ใช้เครื่องมือ Scale for the Assessment of Negative Symptom (SANS) ประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 5 ลักษณะอาการคือการแสดงทางอารมณ์ (affect) การขาดความสามารถในการใช้ความคิด (alogia) ความรู้สึกไร้พลังเฉยเมย (Avolition) การรู้สึกขาดความสุขหรือยินดีกับกิจกรรมต่างๆ (anhedonia) การไม่สามารถมีสมาธิในการสนใจกิจกรรมต่างๆ (attention impairment)

2) Kay et al. (1987) ได้สร้างเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการต่างๆของโรคจิตเภทโดยประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่ามีการกำหนดความหมายของอาการต่างๆและวิธีการในการใช้ประเมิน Positive & Negative Symptoms และ กลุ่มอาการอื่นๆของโรคจิตเภท

3) Krawiecka & Vaughan (1977) ได้สร้างเครื่องมือ Manchester Scale เพื่อประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการบวก อาการลบ อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ

4) Overall และ Gorham (1962) ได้สร้างเครื่องมือแบบประเมินอาการรุนแรงทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ที่ได้จากแบบประเมินแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility) การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness) และความรู้สึกระแวงมีคินมุงร้าย (suspiciousness) กลุ่มที่ 2 ความรู้สึกผิด (guilt feeling) อาการวิตกกังวล(anxiety) และอาการซึมเศร้า (depression) กลุ่มที่ 3 ความคิดสับสน (conceptual disorganization) อาการประสาทหลอน(hallucinatory behavior) และเนื้อความคิดผิดปกติ (unusual thought content) กลุ่มที่ 4 ความตึงเครียด (tension) และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (excitement) กลุ่มที่ 5 การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (motor retardation) การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal) และการแสดงทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอาเครื่องมือการประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ของ Overall และ Gorham (1962) ที่พัฒนาโดย พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์ (2547) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ประเมินโดย พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบประเมิน เพื่อใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัย

เป็นผู้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตขั้นสูง ในการใช้แบบประเมินอาการทางจิตในหอผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา การประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ประเมินอาการทั้ง 3 ด้าน โดยแบ่งเป็น ด้านอาการทั่วไป จำนวน 10 ข้อ อาการด้านลบ จำนวน 2 ข้อ และอาการด้านบวก จำนวน 6 ข้อ การให้คะแนนข้อ 1-10 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยตรงข้อ 11-18 จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีความบกพร่องหลายด้าน เช่นด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านมนุษยสัมพันธ์ ส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบครอบครัวและสังคม พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จึงควรมีบทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถดูแลตนเองให้เกิดสุขภาวะได้

3.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวว่า พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพ ซึ่งมีหน้าที่ดูแล ให้การพยาบาลเพื่อการบำบัดอาการของผู้ป่วย สิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง คือ

- 1) ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ
- 2) การช่วยเหลือ ดูแลด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่ได้รับผลกระทบด้วย
- 3) หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection) ในภาวะเจ็บป่วยคือ ช่วยเหลือสภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัด รักษา บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้น หรือรักษา ระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing)

การปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทโดยยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติได้แก่

- 1) การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of mental health) จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary prevention) โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความ

มั่นคงทางจิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าว จะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดีอยู่ในสังคม ทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้ แนวทางปฏิบัติการพยาบาล คือ การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การเลือกคูครอง การปรับตัวตามพัฒนาการตามวัยการเผชิญปัญหาในการดำเนินชีวิต

2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of mental health) ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย อาจทำให้เกิดความคับข้องใจความเครียดและความวิตกกังวลได้แนวทางปฏิบัติการพยาบาล คือ การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การคิดทางบวก การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดำเนินโรค และการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูง

3) การบำบัดรักษา (Therapeutic or restoration of mental health) การที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต หากไม่ขจัดให้หมดไปโดยเร็ว อาจทำให้เจ็บป่วยเรื้อรัง และ รุนแรงได้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และ สังคมอย่างมาก แนวทางปฏิบัติการพยาบาล คือ จัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดรักษา การโยธา การดูแลทางด้านร่างกาย เป็นต้น

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of mental health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตจะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง แนวทางปฏิบัติการพยาบาล คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การรักษาบำบัดอื่น ๆ ร่วมกับบุคคลากรในทีมจิตเวช ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ รวมทั้งการใช้รูปแบบทางสังคม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมและการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดดังกล่าวข้างต้น มาผสมผสานให้การฟื้นฟูเพื่อขจัดความไม่สามารถต่างๆ และเสริมสร้างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและความเป็นอยู่ในสังคมใหม่

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้ง 4 มิติคือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการเสริมสร้างทักษะเพื่อช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลดีต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยและลดอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทได้

3.2 หลักการพยาบาลผู้ป่วย ที่มีอาการทางจิตในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ การแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมาย และด้านสังคม ดังนั้นผู้ให้การพยาบาล

จะต้องมีลักษณะตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนจากความเป็นจริง และจะทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนและทำให้เกิดการตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทมีดังต่อไปนี้ (สวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

1) การพยาบาลด้านร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดผิดปกติ อาจมีความบกพร่องในการดูแลสุขภาพอนามัย อาจมีภาวะทุโภชนาการได้เพราะจัดการตนเองในเรื่องอาหารไม่ได้ อาจหวาดระแวงไม่ยอมรับประทานอาหาร หรือในรายที่แยกตัวจะไม่สนใจ ไม่รับรู้ความรู้สึกหิวหรือไม่รู้สึกอยากอาหาร แต่อาการเหล่านี้จะดีขึ้นเมื่อได้รับยารักษาโรคจิตไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยส่วนมากมักมีน้ำหนักมากขึ้นเพราะยาไปกระตุ้นความอยากอาหาร

2) การพยาบาลด้านความคิด ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความบกพร่องในการคิด และการตัดสินใจ แม้ในสถานการณ์ง่าย ๆ ความคิดที่แปรปรวนมากขึ้นมักเป็นเรื่องของความหลงผิด ไม่สามารถคิดเป็นนามธรรมได้ ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดร่วมกับการรับรู้ต่อสิ่งเร้าบกพร่อง อาจมีอาการหูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน ซึ่งอาจสังเกตเห็นผู้ป่วยพูดคนเดียว มีกิริยาเหมือนเงี้ยวหูฟังคนพูดที่ไม่มีตัวตนพยาบาลจึงต้องสนทนากับผู้ป่วย ด้วยการทำความเข้าใจและตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย และ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) โดยพยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็นขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้นเป็นต้น

3) การพยาบาลด้านจิตใจ และ อารมณ์ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาด้านอารมณ์ เช่น มีอารมณ์ราบเรียบ ใบหน้าที่นิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบสถานการณ์ใดๆ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ พยาบาลควรมีความอดทน และพยายามปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทให้มีการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม ความสามารถในการเข้าสังคมของผู้ป่วยจิตเภทบกพร่อง มักหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม แยกตัวออกจากสังคม มีความบกพร่อง ในการปฏิบัติตนตามบทบาท เช่น ไม่สามารถรับผิดชอบหน้าที่ การงาน ได้ตามกติกาของสังคม พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางด้านสังคมพื้นฐานที่ยังหลงเหลืออยู่และพัฒนาทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

โดยสรุปการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในชุมชน เป็นการพยาบาลผู้ป่วยทุกมิติทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ แบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม อย่างต่อเนื่อง โดยมีการให้การพยาบาลตามความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวและชุมชน สามารถดูแลตนเองให้เกิดสุขภาพะได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน เนื่องจากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างมากในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งในที่นี่จะขอกกล่าวถึง ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4.1 ความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ผู้ป่วยส่วนมากเมื่อออกจากโรงพยาบาลจะยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวจึงต้องรับภาระการดูแลต่อจากโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลดังกล่าวจะยาวนานตามความเรื้อรังของโรค ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย แต่เนื่องจากไม่มีผู้ใดให้คำนิยามศัพท์ของคำว่า “ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยตรงผู้วิจัยจึงขอแยกการให้ความหมายของคำว่า “ผู้ดูแล” และ “ผู้ป่วยจิตเภท” ตามที่นักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Orem (1991) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

Davis (1992) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

George (1996) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจเป็นได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มบุคคล เช่น กลุ่มพี่น้อง กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพ องค์กรต่างๆ

สรุปได้ว่าผู้ดูแลหมายถึง ผู้ที่ดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านด้วยความเอาใจใส่ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มบุคคล เช่น กลุ่มพี่น้อง กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ

4.2 ประเภทของผู้ดูแล

สามารถแบ่งตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภทดังนี้ (George, 1996)

4.2.1 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4.2.2 ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มี ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่นลูกจ้างผู้รับจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ อาสาสมัคร หน่วยงาน องค์กรต่างๆ โดยอาจจะรับหรือไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ ตามข้อตกลง สามารถจำแนกผู้ดูแลตามความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลเป็น 2 ประเภทดังนี้ (Horowitz, 1985)

1) ผู้ดูแลหลัก (Major/primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น โดยผู้รับการดูแลเป็นบุคคลที่ มีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่อาจเกิดจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมของ อวัยวะต่างๆของผู้ป่วย ความเป็ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น หลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง ที่มีผลทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่าย ของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่างแต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องและ สม่ำเสมอและไม่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความ จำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ให้การดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดย ไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชน

4.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีลักษณะของความบกพร่อง ทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และ ความรู้สึกซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องการ การพึ่งพา จึงต้องมีผู้ดูแล เพื่อทำหน้าที่ ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจิตเภท ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกตินั้นครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการรักษารวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความเมตตาและ อดทนต่อผู้ป่วย (พิเชษฐ อดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

4.3.1 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีดังนี้

1) ด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว ผู้ดูแลต้องปฏิบัติหน้าที่ ดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ อาจต้องใช้เวลากว้างขวางเพื่อดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนน้อยลง ผู้ดูแลยังมีบทบาทอื่นๆที่ต้องรับผิดชอบ เช่น ต้องดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ต้องทำงานเพื่อหารายได้ในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย ควบคู่กันไป ผู้ดูแลมักอ่อนล้าจากการ รับบทบาทหน้าที่มากเกินไป (รุจา ภูไพบูลย์, 2535) ผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ดูแลเช่น นอนไม่หลับ

ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้า (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540; Song, Biegel, & Milligan, 1988; Salleh, 1994; Eakes, 1995; Adamec, 1996; Hobbs, 1997)

2) ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะจิตใจและอารมณ์ที่ไม่แน่นอนกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย ความกลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย ท้อแท้ความเครียด ผู้ดูแลจึงมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (วรกช นิธิกุล, 2535; ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543; Loukissa, 1995) ผลการศึกษาของ Baker (1989) พบว่า ความรู้สึกสูญเสียเศร้าโศกเสียใจคือปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วย และบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมาก หรือเครียดมาก จนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

3) ด้านสังคม ผู้ดูแลที่ต้องรับบทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ต้องรับบทบาทอื่นด้วย ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลงเช่นมีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกอื่นๆในสังคมเหมือนที่เคยปฏิบัติกันน้อยลง (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่างเหินกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากสังคม (วรกช นิธิกุล, 2535; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544; Eakes, 1995)

4) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลอาจต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นจึงจำเป็นต้องขาดงาน หยุดงาน หรือต้องลาออกจากงานทำให้ผู้ดูแลมีรายได้ลดลง (รัชนีกรอุปเสน, 2541; Thomson et al., 1993; Eakes, 1995) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆเช่นค่ายา ค่ารักษาพยาบาลค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงจึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภทพบว่าครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544)

5. ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง มีโอกาสป่วยซ้ำ หรือมีอาการกำเริบได้บ่อย หากมีการเปลี่ยนแปลงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภท และเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ต้องสร้างเข้าใจให้ครอบครัวและชุมชนผู้ป่วยจิตเภทในการเข้ามารับบทบาทหน้าที่ที่ต่างจากเดิมโดยเฉพาะผู้ดูแลจะต้องมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวในทิศทางที่ดี รวมถึงผู้ดูแลต้องใช้เวลาความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นงานที่หนักและมีความรับผิดชอบซึ่งเรียกว่า ภาวะ (Montgomery et al, 1985)

5.1 ความหมายของผู้ดูแลและภาวะการดูแล

สำหรับความหมายของคำว่า “การดูแล” ได้มีนักวิชาการให้คำจำกัดความหรือความหมาย ดังนี้

Davis (1992) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

George (1996) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่า บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอาจเป็นได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มบุคคล เช่น กลุ่มพี่น้อง กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ได้กล่าวถึง ผู้ดูแล คือ ผู้ที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักและเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชโดยเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยจิตเวช ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีพประจำวันโดยตรง และ สม่ำเสมออย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแล

จารุวรรณ มานะสุรการ (2544) ได้กล่าวถึง ผู้ดูแล คือ ผู้ที่รับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล ผู้ป่วยด้วยความใส่ใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญเพื่อให้ในการดำรงชีวิตดีขึ้น

สำหรับความหมายของคำว่า “ภาวะ” ได้มีนักวิชาการได้คำจำกัดความหรือความหมายไว้ดังนี้

ราชบัณฑิตยสถาน ได้กำหนด คำว่า “ภาวะ” ไว้ในพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2546 หมายถึง ฐานะหนัก หรือ หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบหรือความรับผิดชอบ

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2544) ได้ให้ความหมายภาวะดูแล ว่า เป็นความเครียดหรือผลมาจากการตอบสนองหลายมิติของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ดูแล มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การดูแลแบ่งเป็น

(1) ภาวะเชิงอัตวิสัย เป็นภาวะที่เป็นรูปธรรมอันเป็นผลเนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อชีวิตส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงบทบาทความหมายน้อยของกิจกรรมการดูแล

(2) ภาวะเชิงจิตวิสัย เป็นความคิด ความรู้สึกหรือความกลัวอันเป็นผลมากจากการรับรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ การให้การดูแลซึ่งมักแสดงออกโดยทัศนคติและอารมณ์

George & Gwyther (1986) ได้ให้ความหมายว่า ความยากลำบากและรบกวนสุขภาพร่างกายจิตอารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยซึ่งคล้ายกับความหมายของ

Platt (1985) ได้ให้ความหมาย ไว้ว่า เป็นปัญหา ความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย หรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำเนินการของบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับความหมายของ (Poulshock & Demling, 1984) ที่ให้ความหมายว่าภาวะยังเป็นการรับรู้ถึงผลอันไม่พึงปรารถนาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยและภาระการดูแลนั้นเกิดขึ้นจากความต้องการ เวลา แรงงาน ในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thompson et al.(1993) ที่กล่าวถึงภาวะว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่องานการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับภาระงานในการดูแล หากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแล และมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือมาก จะมีภาระน้อย แต่ถ้าผู้ดูแลประเมินว่า เกินความสามารถของตนเอง มีแหล่งสนับสนุนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาระมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ทีประพิน สุขเขียว (2543) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม

Montgomery et al., 1985 ได้ให้ความหมายภาวะของผู้ดูแล ว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแลโดยมีผลมาจากงานความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแบ่ง ภาวะเป็น 2 มิติ ดังนี้ 1) ภาวะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วยและความรู้สึกเหมือนติดกับ 2) ภาวะเชิงปรนัย เป็นเหตุการณ์ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน มีความลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น มีความอิสระลดลงสำหรับสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

สรุปได้ว่าภาวะจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้านรวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึง ความหนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบาก หรือเป็นสิ่งที่รบกวนต่อตนเองในการดำรงชีพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม จากการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล ที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท

5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลทั้งปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่

5.2.1 ปัจจัยด้านครอบครัวดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) บทบาทของญาติผู้ดูแลเป็นบทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยในด้านการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพมีกิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งภาวะปกติและลดการกลับเป็นซ้ำ เช่น การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือรับรู้และสนใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิต กำชับการให้การดูแลตามแผนการรักษาการดูแลให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสพติดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติและภาพลักษณ์ที่ดีต่อตนเอง เป็นต้น (รัชนิกรอุปเสน, 2541)

2) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรงได้แก่ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ลูกหลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิดได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน และคนใกล้ชิด อาจมีฐานเริ่มมาจากมีความสนใจร่วมกันจึงมีความสัมพันธ์ต่อกัน ในหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล ภายใต้สถานการณ์แต่ละอย่าง การช่วยเหลือเกื้อกูลที่ได้รับจากกัน จึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกันซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวัง และความรับผิดชอบสูงทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelves, 1986)

3) การติดต่อสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ โดยเฉพาะการอยู่ร่วมกันของคนในครอบครัว พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวคือการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง และ ญาติในลักษณะการสื่อสาร 2 ทาง ทั้งทางบวก และทางลบโดยใช้ภาษาพูด และภาษาท่าทาง มีวิธีการสื่อสารที่เข้าใจได้ชัดเจน ตรงตามความต้องการของผู้พูด ตรงไปยังบุคคลเป้าหมาย โดยไม่ผ่านผู้อื่น ประกอบด้วยพื้นฐานการเข้าใจบุคคล การฟังอย่างมีประสิทธิภาพการสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเองหรือการให้ความสนใจที่ปัญหาและการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหาส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (พิริยาภรณ์ เชื้อหอม, 2548)

4) ทัศนความเครียดในผู้ดูแลเกิดจากสถานการณ์อาการการป่วยที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยการรับรู้ต่ออาการของผู้ป่วยรูปแบบการรับรู้การตอบสนองของผู้ดูแลการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นและความเครียดในชีวิตอันเกิดจากภาระในการดูแลผู้ป่วยทุกวันๆ (Moller-Leimkuhler , 2005) จากการศึกษาของ Wai-Tong et al. (2007) พบว่าครอบครัวมักจะเผชิญความเครียดจาก

พฤติกรรมที่แปลกประหลาดและไม่คาดฝันของผู้ป่วยความเครียดภายนอกจากราบาดและครอบครัว แยกตัวจากสังคมเกิดความสับสนทางอารมณ์เช่นความรู้สึกผิดและโดดเดี่ยวรวมทั้งการทะเลาะวิวาท กัณการเกิดความขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วย

5) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการแสดงออกในรูปแบบของน้ำเสียงสีหน้าท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร , 2549) จากการศึกษาของ Raune et al. (2004) พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูง มีผลทำให้ ภาระทางอัตรันยเพิ่มขึ้น และมีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำควรมีการ จัดการป้องกันหรือลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง ในผู้ดูแลผู้ป่วยกลยุทธ์ที่ใช้ปรับการแสดงออกทาง อารมณ์ เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดความเครียดอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ความเครียด และภาวะ ซึมเศร้า โดยพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่นการวิพากษ์วิจารณ์ การแสดง ความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป ควรตั้งใจมุ่งมั่นลดบทบาทที่ทำให้เกิดการรับรู้ภาวะเครียดการลด การแสดงออกทางอารมณ์ จะช่วยลดภาระการดูแลด้านอัตรันย (Subjective burden) ได้ช่วยให้ผู้ดูแล เข้าใจพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยมากขึ้นสามารถลดอัตรันการป่วยของผู้ดูแลและลดอัตรันการกลับ เป็นซ้ำของผู้ป่วยในระยะยาวได้องค์ประกอบของแสดงออกทางอารมณ์ Brown et al. (1972) กล่าว ว่าการแสดงออกทางอารมณ์ (Express Emotion) หมายถึงอารมณ์และทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วย จิตเภทประกอบด้วย 5 องค์ประกอบโดยแบ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวก 1) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบประกอบด้วยการวิพากษ์ วิจารณ์ (Critical comment) หมายถึง การใช้คำพูดการใช้น้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พอใจไม่ชอบไม่ยอมรับหรือเกลียดชังต่อพฤติกรรมของ ผู้ป่วยจิตเภทการแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การตำหนิติเตียน และการไม่ยอมรับ ผู้ป่วยจิตเภท ในฐานะบุคคลหนึ่งตำหนิ วิจารณ์ ที่ตัวบุคคลมากกว่า ตำหนิ วิจารณ์ ที่การกระทำ ความผูกพันทางอารมณ์ ที่มีมากเกินไป (Emotion over-involvement) หมายถึง การมีความห่วงใย ผู้ป่วยมากเกินไป กังวล และ/หรือ แสดงความเสียสละ การกระทำแทนผู้ป่วย โดยแสดงออกบ่อยครั้ง เกินไป ไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย 2) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ประกอบด้วย การแสดง ความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หมายถึง การแสดงความรัก ความเข้าอกเข้าใจ และความสนใจ ในตัวผู้ป่วย ด้วยน้ำเสียง และกิริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) หมายถึง การแสดงออกถึงความพอใจ เห็นชอบ การยกย่องชมเชย และแสดงความชื่นชม ยินดีต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

6) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผู้ดูแลจะถูกมองในเรื่องความเครียดความทุกข์ยาก ปัจจัยในการบำบัดสิ่งเหล่านี้ เช่น การปรับทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะเป็นบทบาทในการช่วยเป็นสื่อกลาง ในการ

รับรู้ความทุกข์ยากของผู้ดูแล ที่มีข้อจำกัดในการเข้าสังคม การทำกิจกรรมการทำงาน การมีปัญหาทางจิต เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และ ความตึงเครียด (Magliano et al., 2006) และจากการศึกษาของ Montgomery et al. (1985) พบว่าสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหาได้

5.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลของผู้ดูแล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

5.2.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1) อายุของผู้ดูแลอายุของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้ภาระที่แตกต่างกัน (Cook et al., 1994; Lefley, 1987) ดึงการศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 15 คน ซึ่งเป็นมารดาอายุระหว่าง 45 – 62 ปี ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มารดาที่มีอายุน้อยมีภาระมากกว่า มารดาที่มีอายุมากกว่า (Greenberg et al., 1993) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหาผู้ที่มีอายุมากกว่า ย่อมมีประสบการณ์มากกว่า เพราะความสามารถในการแก้ไขปัญหาของบุคคลจะพัฒนาขึ้นจนค่อนข้างถาวรเมื่ออายุ 30 ปี (Antonovskt, 1987) จึงทำให้มีส่วนทำให้ภาระน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) พบว่า อายุมีอิทธิพลโดยตรงบวก กับภาระการดูแล อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Sczufa & Kuiper (1999) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ และ ภาระการดูแลของญาติ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 50 คน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Salleh (1994) ที่ศึกษาภาระการดูแลกับความลำบากในผู้ดูแลหลัก ของผู้ป่วยจิตเภท 210 คน ในประเทศมาเลเซีย พบว่า อายุของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย (Sczufa & Kuiper, 1999) และการศึกษาของ Salleh (1994) กำหนดช่วงอายุกลุ่มตัวอย่างเพียงช่วงอายุ 40 -59 ปี เท่านั้น

2) เพศ เพศหญิง จะถูกอบรมให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน จึงมักถูกคาดหวังในการช่วยดูแลสมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทตามธรรมชาติของเพศหญิง ส่วนเพศชายเป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) และ จากการศึกษาของ Cock et al. (1994) พบว่า เพศหญิง จะได้รับอิทธิพลจากบทบาทผู้ดูแลหลัก ตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้มีการลงทุนทางอารมณ์สูง ในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล จึงพบความตึงเครียดทางอารมณ์ ความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย และจากความเชื่อ ทศนคติ และ ธรรมชาติของเพศที่ต่างกันเช่นนี้ จะมีผลต่อการเผชิญ

ปัญหา และการปรับตัวด้านจิตใจ ตลอดจนมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย และการรับรู้ภาวะการดูแลจะสูงกว่าเพศชาย (Noh & Turner, 1987) แต่มีผลการศึกษาที่ขัดแย้ง ซึ่งระบุว่าเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแล (Scazufo & Kuiper, 1999) สอดคล้องกับ Reinhard & Harwitz (1995) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 163 ราย พบว่า เพศไม่ใช่ตัวทำนายภาวะของผู้ดูแล

3) สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่มีคู่สมรสจะมีลักษณะการช่วยเหลือเกื้อกูลทำให้สามารถลดความเครียดต่าง ๆ ได้ และการรับรู้ต่อภาระลดลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสด้วย หากคู่สมรสเจ็บป่วยและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่น เต็มใจ ให้การดูแลมากกว่า (วิลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) ส่วนผู้ดูแลที่โสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ จะขาดกำลังใจในการปฏิบัติและเกิดความเครียดได้ง่าย อาจส่งผลให้การรับรู้ภาวะจากการดูแลมีมากกว่ากลุ่มแรก (Warkeit, 1987 อ้างถึง สมจิต หนูเจริญผล, 2536)

4) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง จะมีเหตุผลและรู้จักแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และรู้จักแสวงหาแหล่งสนับสนุนเพื่อขอรับการช่วยเหลือได้ดีกว่าด้วย สอดคล้องคำกล่าวของ Orem (1985) ที่กล่าวว่า การศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้นและนำความรู้และทักษะมาใช้เผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า ทำให้ปรับกิจกรรมการดูแลได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้ การศึกษาของผู้ดูแลจึงนำมีความสัมพันธ์กับภาวะซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแล

5) รายได้ รายได้ของผู้ดูแล และครอบครัวเป็นสิ่งที่มื่ออิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย และภาวะการดูแลเพราะในการดูแลจะต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าเดินทางในการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายไม่มีรายได้จากการไม่มีอาชีพ ภาวะจึงตกอยู่กับผู้ดูแลและครอบครัวที่มีรายได้น้อยจะมีความวิตกกังวลมากกว่า (ขนาน หัสศิริ, 2537) การศึกษาของ ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) พบว่ารายได้มีอิทธิพลทางอ้อมต่อภาวะการดูแล Martyns – Yellowe (1992) ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ เขตเมืองกับชนบทของประเทศไนจีเรียพบว่า ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่เขตชนบทมีภาวะการดูแลสูงกว่าเขตเมืองเนื่องจากเศรษฐกิจต่างกันผู้ที่อยู่ในเขตเมืองมีการศึกษาสูงเศรษฐกิจดีกว่า ประกอบกับ Montgomery, Gonyea & Hooyman (1985) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัว กับภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา พบว่า ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันทางลบเช่นเดียวกับ Bull (1999) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วย 2 เดือน รายได้ครอบครัวสามารถทำนายภาวะได้ ซึ่งจากการวิจัยดังที่กล่าวมา อธิบายว่า ถ้าผู้ดูแลมี

รายได้สูงจะรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยน้อยแต่ในทางตรงกันข้าม Salleh (1994) ได้ศึกษาภาระการดูแลกับความลำบากในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท 210 คน ในประเทศมาเลเซีย พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีเฉพาะผู้มีรายได้ต่ำเท่านั้น

จะเห็นได้ว่าทั้งปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทล้วนส่งผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลทั้งสิ้นซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาของภาระการดูแลที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาระทั้งด้านอัตนัย (Subjective burden) และด้านปรนัย (objective burden) ซึ่งพยาบาลต้องคำนึงถึงในการให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ได้และส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

5.2.2.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1) รายได้รายได้ของผู้ป่วยอาจเป็นรายได้จากการที่เคยประกอบอาชีพเดิมก่อนการเจ็บป่วยหรือภายหลังการเจ็บป่วยที่อาการดีขึ้น และรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย และภาระการดูแลเพราะในการดูแลจะต้องมีการใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายไม่มีรายได้ ไม่มีอาชีพ ภาระจึงตกอยู่กับผู้ดูแล และครอบครัว ครอบครัว และผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย จะมีความวิตกกังวลมากกว่า (ขนาน หัสศิริ, 2537) การศึกษาของ ภักธอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาระการดูแล Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วย 2 เดือน รายได้ของครอบครัว สามารถทำนายภาระได้ ซึ่งการวิจัยที่กล่าวมา อธิบายว่า ถ้าผู้ป่วยมีรายได้สูง จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยน้อย ดังนั้นรายได้ของผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2) ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วยครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญที่ช่วยเหลือผู้ป่วยสำหรับกรณีที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เนื่องจาก มีความผูกพัน ใกล้ชิด และเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องดูแลและเกื้อหนุนสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยให้มีสุขภาพดีขึ้นโดยเร็ว แต่บทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อบุคคลในครอบครัวที่แตกต่างกัน ทำให้ความรับผิดชอบของผู้ดูแลแต่ละคนแตกต่างกันไปด้วยจึงส่งผลต่อภาระในการดูแล (Cook et al., 1994; Lefley, 1987) จากการศึกษาลักษณะผู้ป่วยจิตเวชในโอไฮโอ พบว่า ผู้ปกครองผู้ป่วยทำหน้าที่ดูแลร้อยละ 40 รองลงมาเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย มีภาระมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาหรือ พี่น้องของผู้ป่วย (Thompson & Doll, 1982) สอดคล้องกับ Davis (1992) ที่พบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมักเป็นมารดา ภรรยา รองลงมาคือบุตรสาว พี่ และ น้อง ในขณะที่ บิดา สามี และ บุตรชาย จะเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน Chesla (1991, cited in Provencher, 1997) กล่าวว่า มารดาจะรับรู้การดูแลบุตรที่ป่วยว่าเป็นเรื่องปกติเพราะเป็นบทบาท

ของมารดาที่ต้องดูแลบุตร ในขณะที่บิดารู้สึกทางลบ กับการต้องดูแลบุตรที่ป่วย ซึ่งอาจทำให้บิดารับรู้ว่าเป็นภาระมากกว่ามารดา

3) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลจากการศึกษาของ Doornbos (2002) ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ข้อสรุปว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยยาวนานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจน้อยลง ผู้ดูแลหลายคนจะมีสุขภาพแย่ลง มีความอ่อนล้า มีปัญหาในการนอนหลับและระบบทางเดินอาหารจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดวันเป็นเวลานาน (Rolland, 1994) และผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถรับรู้ความรู้สึกว่าเป็นภาระ หลังจากให้การดูแลหรือหลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Burdz & Brody, 1988 cite in Marcia, 1992; Winefield & Harvey, 1993 cite in Lauber, 2003)

4) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยระยะเวลาการเจ็บป่วย สะท้อนถึงความเรื้อรังของโรคเพราะผู้ป่วยจิตเภท ต้องได้รับยาเป็นระยะเวลายาวนาน และต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาโรค เช่น ผู้ป่วยที่มีผลการรักษาครั้งแรก หลังจากอาการทุเลาลงแล้วจะให้ยาต่ออีกประมาณ 1 ปี เป็นอย่างน้อย หากมีอาการกำเริบ เป็นครั้งที่สองจะให้ยาถึง 5 ปี และถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะให้ยาตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยาก และฝืนใจปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้จะมีความอดทนน้อย อาจไม่รับประทายตามแผนการรักษา (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) ผู้ป่วยจิตเภท ส่วนมากจึงมักกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (American Psychiatric Association, 1994) ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 2 – 6 เดือน หลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 50 (Fowler, 1992) และภายใน 2 ปี หลังจำหน่าย มีถึงร้อยละ 70 (Frisch&Frisch, 1998) และเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังนาน ๆ จะทำให้ศักยภาพลดลง (Quilan & Ohlund, 1995) ถึงแม้จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเองบ้างแต่ก็มักเป็นไปแบบขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจและแรงจูงใจ (Kaplan & Sadock, 1995) ทำให้ผู้ป่วยเกินครึ่งมีปัญหาการปรับตัวหลังจำหน่ายไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยมักจะมีคุณสมบัติของความสามารถในทุกๆ ด้าน รวมทั้งการดูแลตนเองซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและภาระการดูแลที่มากขึ้น เพราะเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่จะ เข้ามาดูแลในส่วนที่ผู้ป่วยบกพร่องในความสามารถในการดูแลตนเอง (บุญวดี เพชรรัตน์ และ เยาวนาถ สุวลักษณ์, 2547)

5) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความหมายการรับรู้ คือ ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจในความเป็นจริงของซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น (Wehmeier, 2000) การรับรู้ของบุคคลเป็นสรรพสิ่งและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่ แสดงออกเป็นความคิด ความเชื่อส่วนบุคคล สภาพทางจิตวิทยาและเป็นความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมซึ่งบุคคลแต่ละคน

จะมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยสิ่งแวดล้อม ความรู้สึก และประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (King, 1981) ส่วนการเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคนเป็นประสบการณ์ชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงเป็นความคิด และความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวกับอันตรายของการเจ็บป่วยซึ่งมีผู้ให้ความหมายการรับรู้ความรุนแรงของโรค ดังนี้

Almeida (1996) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความมากน้อยของความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากในการดำเนินชีวิตอันสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติ

Timmerch (1997) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นความเข้าใจและความเชื่อของความเลวร้ายในสถานการณ์ที่ปรากฏขึ้นจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นเรื่องที่ซับซ้อนมีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น มีการกล่าวถึงน้อยมาก

ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) ให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ต่อความถี่ของการเกิดอาการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการเสื่อมถอยความสามารถของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การรับรู้ดังกล่าว มีผลกระทบต่อผู้ดูแลในการรับรู้ภาวะการดูแล

5.3 การประเมินภาวะในการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท ต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการกำลังใจ ความห่วงใย เอื้ออาทรจากครอบครัว การประเมินผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นต่อการให้การดูแลอย่างถูกต้องจากแนวคิดเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลที่แตกต่างกันไป ทำให้การประเมินภาวะของผู้ดูแล มีหลายรูปแบบ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการประเมินภาวะในการดูแลจากหลากหลายแนวคิด ดังนี้

5.3.1 การประเมินภาวะในการดูแลของ Oberst (1991) ได้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดกระทำการดูแลว่าควรสนใจทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความต้องการในการดูแล และความยากลำบากในการดูแลแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ

5.3.1.1 ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแลซึ่งมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแลวัดจากความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม

5.3.1.2 ภาระเชิงปรนัย (objective burden) หมายถึง กิจกรรมการดูแลซึ่งมีปริมาณความต้องการในการดูแล (demand) วัดจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมการดูแลแต่ละกิจกรรม

Oberst (1991) ได้สร้างแบบวัดการดูแล (Caregiver Burden Scale: CBS) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเพื่อวัดภาระการดูแลสมาชิกใน

ครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านโดยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการกับความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984 cited in Oberst et al., 1989) ในประเทศไทย

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) เป็นผู้แปลแบบวัดภาวะการดูแลของ Oberst (1991) เป็นภาษาไทยและได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากพยาบาลผู้ชำนาญการจากนั้นนำข้อคำถามบางข้อไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อไป

5.3.2 การประเมินภาวะการดูแลของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วย ภาวะการดูแล 2 ประเภทได้แก่

5.3.2.1 ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้าน การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5.3.2.2 ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัว ลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหา สุขภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการประเมินภาวะของผู้ดูแล ของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งมองภาวะในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) และภาระเชิงปรนัย (objective burden) เนื่องจากเป็นการมองภาวะที่ชัดเจนครอบคลุมมากที่สุด และมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ซึ่ง การประเมินในลักษณะนี้คะแนนรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาวะของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆได้จึง ทำให้เห็นภาวะในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน

5.4 การพยาบาลเพื่อลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัวเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางร่างกายและจิตใจ ของผู้ดูแลดังนั้นพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตควรมีบทบาทในการลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านดังนี้

5.4.1 การพยาบาลโดยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุดเช่น พฤติกรรมบำบัดต่างๆการฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหว (Elloit, 1998)

5.4.2 การพยาบาลโดยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) การมีปฏิสัมพันธ์ กับผู้ดูแลเพื่อลดภาวะการดูแลแบ่งออกเป็น

5.4.2.1 การให้ความรู้ (education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคมและสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตีรารักษ์, 2545) และทักษะการดูแลผู้ป่วยความรู้เกี่ยวกับอาการที่ควรระวังและการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแลเพิ่มความรู้สึกของความพึงพอใจและเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ (Kasuya, 2000) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดภาระการดูแลได้เช่นตรุณี คชพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทผลการศึกษาพบว่ากลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

5.4.2.2 กลุ่มสนับสนุน (support group) เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาระการดูแลจากการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตีรารักษ์, 2545) นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยการรักษาแหล่งประโยชน์และวิธีการแก้ปัญหา (Howe & Howe, 1987 cited in Cook, 1999) ได้ศึกษาผลของการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุนต่อภาระการดูแลของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ (The Effect of Support group Participation on Caregiver Burden Among Parent of Adult Off Spring with Severe mental illness) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีภาระการดูแลที่ลดลง

5.4.2.3 การสนับสนุนและการดูแลครอบครัว (Family Intervention) เพื่อให้ความช่วยเหลือครอบครัว เป้าหมายมิใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่ง โดยเฉพาะแต่มุ่งเน้นให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปอย่างสอดคล้องกลมกลืนกัน พร้อมทั้งปรับปรุงบทบาทหน้าที่ปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในครอบครัวให้ดีขึ้น

5.4.2.4 การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (develop family strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตและต้องรับภาระหนักในการดูแลจำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักของทุกวันรวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจและเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระในการดูแล

5.4.2.5 การสนับสนุนผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (involving caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัวสิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วมคือการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลของการรักษาผู้ป่วยต่อผู้ดูแล (Elliot, 1998) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมเป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณโน, 2541) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแลและผลลัพธ์ของการดูแลในทางบวก (Kramer,

1993 อ้างถึงใน จอม สุวรรณโน, 2541) การมีส่วนร่วมที่แท้จริงคือการมีส่วนร่วมในการรักษาเช่นการร่วมวางแผนการรักษา และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษา และผลลัพธ์ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างทีมการรักษา และผู้ดูแลการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษานี้จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ทักษะและความรู้สึกของการมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์และเป้าหมายของการมีส่วนร่วมคือผู้ดูแลพบกับความต้องการของตนเอง (Mohr, 2000)

สรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคือการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วยจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษาซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัวโดยให้ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวได้ปรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมสร้างทัศนคติที่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทและข้อมูลอื่นๆฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดลดการแสดงออกทางอารมณ์ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาการสื่อสารการสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย

6. การสนับสนุนและดูแลครอบครัว

6.1 ความหมายของการสนับสนุนและดูแลครอบครัว

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2553) กล่าวว่า การสนับสนุนและดูแลครอบครัว เป็นกิจกรรมที่จัดกระทำร่วมกับ ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ หรือ สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว มีความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทมากขึ้น รวมทั้งปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย การเผชิญปัญหา ได้อย่างมีประสิทธิภาพมีผลทำให้ครอบครัวของผู้ป่วย ลดความทุกข์ ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนและดูแลครอบครัว สามารถจัดกระทำได้หลายรูปแบบต่างๆ เช่น การบำบัดครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว จิตบำบัดครอบครัว การให้ความรู้ การสนับสนุนครอบครัว เป็นต้น

Varghese et al. (2002) กล่าวว่า การสนับสนุนและการดูแลครอบครัวเป็นการบำบัดนอกเหนือจากการใช้ยา สำหรับบุคคลและสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่งเสริมรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การเกิดโรค อาการเตือนของผู้ป่วยก่อนเกิดอาการกำเริบ ทั้งนี้ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบเพื่อให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและลดอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท

สรุปได้ว่าการสนับสนุนและดูแลครอบครัว เป็นการจัดการกระทำเพื่อช่วยเหลือครอบครัวที่ต้องร่วมมือกันเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและช่วยเหลือผู้ดูแลที่รู้สึกเป็นภาระ กิจกรรมที่จัดการกระทำขึ้นได้แก่การให้ความรู้ การฝึกทักษะเพื่อการแก้ปัญหาได้เหมาะสม ลดการแสดงออกทางอารมณ์กับผู้ป่วยเพื่อลดภาระของผู้ดูแลและลดอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท

6.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ

จากการศึกษาของ Devaramane (2011) ได้นำโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ (Brief Family Intervention) ซึ่งได้พัฒนามาจาก แนวคิดการสนับสนุนและการดูแลครอบครัวในโรคจิตเภทของ Varghese et al. (2002) เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อโรคจิตเภท และเพิ่มทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น ทักษะการประเมินปัญหาและการจัดการกับปัญหา ทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท (Psychoeducation about Schizophrenia) โดยให้ความรู้ กับผู้ดูแลและผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคจิตเภทเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ระยะที่ 2) การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา (Assessing and problem solving skills)

ระยะที่ 3) การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล (Improving the communication and expression of emotionals)

7. โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ

โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ของ Devaramane (2011) ได้ปรับปรุงรูปแบบการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบย่อ ซึ่งได้นำแนวคิดมาจากแนวปฏิบัติในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพจิต ของ Varghese ซึ่งการสนับสนุนและดูแลครอบครัว มีเป้าหมายที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อโรคจิตเภท ของสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล ให้เอื้อต่อการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท สร้างความร่วมมือที่ดีกับผู้ดูแลผู้ป่วย และเพิ่มทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทักษะการประเมินปัญหาและการจัดการกับปัญหา ทักษะการสื่อสาร และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม เพื่อลดภาระของผู้ดูแลลดอาการกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท (Varghese et al., 2002)

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาและประยุกต์ใช้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การพัฒนาและประยุกต์ใช้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

แนวคิดหลัก	การพัฒนาโปรแกรม
<p>กิจกรรมที่ 1: การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Psychoeducation about Schizophrenia)</p>	<p>กิจกรรมที่ 1: การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท: ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเริ่มต้นการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่สำคัญ ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยา วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา วิธีการบริหารจัดการเรื่องยาและอาการข้างเคียง บทบาทของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล ได้รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการทางจิตดีขึ้นและเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มสมรรถนะในการดูแล และ ลดภาวะการดูแล</p>
<p>กิจกรรมที่ 2: การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา (Assessing and problem solving skills)</p>	<p>กิจกรรมที่ 2: การพัฒนาทักษะการประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแนวทางในการจัดการกับปัญหา สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้การปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาที่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นหรือความเครียดให้น้อยลงได้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ลดภาระในการดูแลได้</p>
<p>กิจกรรมที่ 3: การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม (Improving the communication and expression of emotionals)</p>	<p>กิจกรรมที่ 3: ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหาและกิจกรรมเรื่องการสื่อสารทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด การเพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อให้มีความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถฟังและสื่อสารถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ลดอัตราการป่วยซ้ำได้ ควบคู่กับการฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูด และ ท่าทาง</p>

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้มีการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ โดยมีรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรม เป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที รวมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในเชิงบำบัด เพื่อสร้างความคุ้นเคยและบอกรักตัวเองและผู้อื่น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท ให้ความรู้ ผู้ดูแล และผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อที่การปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้นโดยการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยลดลง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2: การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหาการพัฒนาทักษะการประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ จะให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นหรือความเครียดให้น้อยลงได้ เพื่อลดอาการทางจิตและภาวะในการดูแลได้

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 : การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วย การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพด้วยการฝึกทักษะเรื่องการสื่อสารทั้งด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด การเพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อให้ความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถฟังและสื่อสารถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ลดอัตราการป่วยซ้ำได้ และเพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารซึ่งสามารถลดภาวะการดูแลได้ การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลทำกิจกรรมร่วมกันด้วยการฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทางเพื่อความเครียด ความวิตกกังวลการวิพากษ์วิจารณ์ ด้วยความสงบ และ อดทนจะส่งผลให้ลดภาวะการดูแลผู้ป่วยได้

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เขารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 20 คน การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม มีอาการทางลบ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม มีอาการทางลบ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อดิญา โพธิ์ศรี (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลหลัก ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 40 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว จำนวน 20 ครอบครัว และ กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 20 ครอบครัว การศึกษาพบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุดาพร สถิตยทุธการ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ต่อการกลับเป็นซ้ำ ของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกสถาบันกัลยาราชนครินทร์ จำนวน 88 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง จำนวน 44 คน และ กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 44 คน ผลการศึกษาพบว่า การกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต ในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีการกลับ

เป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พรทิพย์ ไชสะอาด (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 40 คน โดยได้จากการสุ่มโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด จำนวน 20คน และ กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 20 คน การศึกษาพบว่าอาการทางจิตโดยรวม ของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมจัดการความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และต่ำกว่า กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอาการทางจิตรายด้านของผู้ป่วยจิตเภท อาการด้านบวก ของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการด้านลบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

8.2 งานวิจัยเกี่ยวกับ ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน จ.สุราษฎร์ธานีที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของร.พ.สวนสราญรมย์เป็นกลุ่มทดลอง 20 คนเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนพบว่าภายหลังได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์มีผลทำให้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

รจนา ปุณโณทก (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คืออายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแลและรายได้ของผู้ป่วย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนเท่ากับ .318, -.285, -.214, -.333 และ -.228 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลคือความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วยการรับรู้ความรุนแรงของโรคและความต้องการของผู้ดูแลโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์สเปียร์แมนเท่ากับ .230, .443, .311

อรวรรณ ของตอ (2550) ศึกษาผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และ ภาวะการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่มีผู้ดูแลมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยา

ตามเกณฑ์การรักษาจำนวน 20 คน และ กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 20 คน การศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม และรายด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตอาการและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การดูแลโดยรวม การแข็งอัตนัย การแข็งปรนัย ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การดูแลของผู้ดูแลทั้งการดูแลโดยรวม และการแข็งอัตนัย พบว่า ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการแข็งปรนัย หลังการทดลองต่ำกว่าการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปาณิสรา เกษมสุข (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่ออาการ การดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง 20 คน และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ และเมื่อพิจารณา รายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ การแข็งปรนัยและการแข็งอัตนัยลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$ การดูแลของผู้ป่วยจิตเภททั้งการดูแลโดยรวม การแข็งปรนัยและการแข็งอัตนัย ในผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.05$

บุบผา ธนิกกุล (2554) ศึกษา ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่ออาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาหรือรับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนภสถิตย์ โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้เข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจและ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 15 คน การศึกษาพบว่า ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลอง พบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

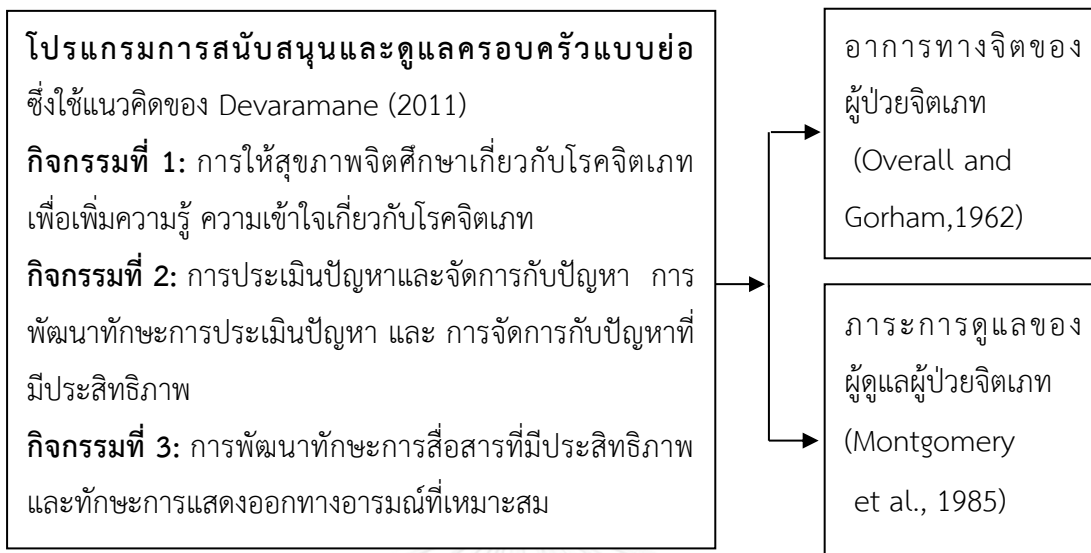
8.3 งานวิจัยและแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนและดูแลครอบครัว (Family Intervention)

นภาพรณ์ พึ่งเกษตรสุนทร (2553) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ภาระการดูแลก่อนการทดลองโดยเฉลี่ยทั้งอัตนัยและปรนัยอยู่ที่ระดับปานกลางหลังการทดลองอยู่ที่ระดับน้อยและหลังการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีภาระเชิงอัตนัยลดลงมีภาระเชิงปรนัยลดลงภาระโดยรวมลดลง และคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดดูแลครอบครัวทั้งภาระโดยรวมภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Devaramane (2011) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ (Brief Family Intervention) ต่อภาระของผู้ดูแลและระดับอาการจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Psychopathology) ในประเทศ อินเดีย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักจำนวน 18 ครอบครัว พบว่าการให้การสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อ มีผลดังนี้ ด้านผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสามารถลดภาระการดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้านผู้ป่วยจิตเภท พบว่าอาการทางจิตทางด้านบวก อาการทางด้านลบ และอาการทางจิตโดยรวม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นผู้วิจัยได้สรุปแนวทางการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อเป็น 3 กิจกรรมได้แก่กิจกรรมที่ 1: การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2: การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา กิจกรรมที่ 3: การพัฒนาทักษะการสื่อสารและทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยลดภาระของผู้ดูแลและลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Politt & Hungler, 1999) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

- X หมายถึง โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
- O₁ หมายถึง การประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
- O₂ หมายถึง การประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทและภาวะการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
- O₃ หมายถึง การประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทและภาวะการดูแลของผู้ดูแลก่อนได้รับการดูแลตามปกติ
- O₄ หมายถึง การประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทและภาวะการดูแลของผู้ดูแลหลังได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรวิจัย และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases & Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) และไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย และผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases & Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) และไม่มีโรคจิตเวช อื่นๆร่วมด้วย และผู้ดูแลหลัก ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 40 ครอบครัว โดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท

- 1.เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases & Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) ที่มีประวัติการรักษาซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย
2. อายุ 20-59 ปี
3. มีคะแนนอาการทางจิตไม่เกิน 45 คะแนน อยู่ในระดับมีอาการอยู่บ้างแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถึง ไม่มีอาการ โดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)
4. สามารถฟัง พูด อ่าน หรือ สื่อสารได้รู้เรื่อง
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 1.เป็นบิดาหรือมารดาสามีหรือภรรยาพี่หรือน้องหรือบุตรมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย
- 2.เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆในการดูแลผู้ป่วย
- 3.มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
- 4.สามารถฟัง พูด อ่าน หรือ สื่อสารได้รู้เรื่อง
- 5.ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการให้โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
2. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ อยู่ในระดับ อาการทางจิตน้อยถึงอาการทางจิตรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ในขณะเข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีปัญหาอื่น ๆ เช่น มีปัญหาสุขภาพร่างกาย เช่นป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง ป่วยด้วยโรคประจำตัวเช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยกึ่งทดลองมีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างว่าควรมีอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burns & Grove, 2009) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และ กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์และขออนุญาตต่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี
2. ผู้วิจัยติดต่อ ประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกจิตเวช ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 ครอบครัว เข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Mann, 2001) โดยวิธีการ matched pair กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ตามคุณสมบัติที่เหมือน หรือใกล้เคียงกันมากที่สุด สำหรับผู้ดูแลผู้วิจัยจับคู่โดยใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยจับคู่โดยใช้จำนวนครั้งของการป่วยซ้ำเนื่องจากตัวแปรทั้ง 2 มีผลต่ออาการทางจิตและภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Montgomery et al., 1985; Bull, 1990)

4. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการจับสลาก เข้ากลุ่มทดลอง 20 ครอบครัวและสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ.2557 นอกจากนี้เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายละเอียดในการวิจัยโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลักกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาและการรับบริการแต่อย่างใดนอกจากนี้ในระหว่างการทำเนิการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผลและเน้นย้ำให้ทราบว่าข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นจากนั้นสอบถามความสมัครใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อ ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อของ Devaramane (2011) ที่ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Varghese (2002)
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 แบบประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.3 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่
 - 3.1 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 3.2 แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังนี้

1. โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาและประยุกต์ใช้ จากการศึกษา ของ Devaramane (2011) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการทำกิจกรรม โปรแกรมการสนับสนุน และ ดูแลครอบครัวในรูปแบบต่างๆ และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.2 ศึกษาค้นคว้า โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาปัญหา สาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และ ภาระการดูแล โดยผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมการสนับสนุน และ ดูแลครอบครัว แบบย่อ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ จากผลการศึกษา ของ Devaramane (2011) เรื่องโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อโดยมีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อเป็นรายครอบครัว ที่บ้าน จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที รวมเป็นเวลา 3 สัปดาห์โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมจำนวน 3 ระยะ ดังนี้ระยะที่1) การสร้างสัมพันธภาพและการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Therapeutic relationship and Psychoeducation about Schizophrenia) ระยะที่ 2) การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา (Assessing and problem solving skills) ระยะที่ 3) การพัฒนาทักษะการสื่อสาร และ ทักษะการลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วย(Improving the communication and expression of emotionals) และสุดท้ายคือการเตรียมยุติการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้มีโอกาสซักถามปัญหา หรือ ข้อสงสัยต่าง ๆ อย่างชัดเจน และจากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นโปรแกรมการบำบัด และ ดูแลครอบครัว ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นรายครอบครัวที่บ้าน จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ดำเนินการในกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1: การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลและผู้ดูแล
2. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลทราบถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมลดความรู้สึกรัดอกทั้งผู้ดูแลและผู้ดูแล
3. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท
4. และบทบาทของผู้ดูแล

5. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยาการรักษาโรคจิตเภท และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาการรักษาโรคจิตเภท
6. เพื่อให้ผู้ดูแล ปรับทัศนคติ เกิดความรู้สึกที่ดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. เพื่อให้ผู้ดูแล สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถ

1. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ว่างใจและเปิดเผยข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย
2. บอกถึงประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. บอกถึงความหมาย ของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการแพ้ยา อาการกำเริบ และการดูแล บอกอาการข้างเคียงของยาการรักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียง และบทบาทการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้

สาระสำคัญ

เริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว ถามความเป็นอยู่ทั่วไป แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายถึงการทำเนิกรกิจกรรมและระยะเวลา ตามโปรแกรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องโรคจิตเภท ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ครอบคลุมถึง สาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงของยาการรักษาโรคจิต และวิธีการดูแล รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจความเจ็บป่วยและบทบาทการดูแลผู้ป่วย และช่วยปรับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรม

1. สร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย พูดคุยด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง ท่าที่เป็นมิตร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย
2. อธิบายถึงขั้นตอนและ ระยะเวลาพร้อมข้อตกลง ของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม
3. ผู้วิจัยประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแล และประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนการทดลอง
4. ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องโรคจิตเภท ตามใบงานที่1/1 จิตเภทในความเข้าใจของฉันและใบงานที่1/2 มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคจิตเภทกันเถอะ พูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลและสรุปตามประเด็น
5. ทบทวนความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา การแพ้ยา อาการกำเริบ การดูแลเมื่อเกิดอาการกำเริบ บทบาทญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถาม ผู้วิจัยตอบข้อซักถาม
7. สรุปผลของการดำเนินกิจกรรม

8. นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

สื่อการสอนและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 จิตเภทในความเข้าใจของฉัน
2. ใบงานที่ 1/2 มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคจิตเภทกันเถอะ
3. ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท“มารู้จักโรคจิตเภทกันเถอะ”
4. แบบประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องโรคจิตเภท
5. แบบประเมินภาระในการดูแลสำหรับผู้ดูแล
6. แบบประเมินอาการทางจิตสำหรับผู้ป่วย
7. ปากกา

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และ การแสดงความคิดเห็น ขณะทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 : การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้และทักษะในการประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา ที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถ

1. บอกถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. บอกวิธีการเลือกวิธีการแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เหมาะสมโดยการคำนึงถึงข้อดี ข้อเสีย และความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาได้เหมาะสม

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ จะให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับปัญหา สามารถเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นหรือความเครียดให้น้อยลงได้

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรมด้วยใบงานที่ 2/1 “พฤติกรรมอะไรบ้างที่เป็นปัญหา” โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลช่วยกันสำรวจพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยร่วมสรุปพฤติกรรมที่เป็นปัญหากิจกรรมตามใบงานที่ 2/1
2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำใบงานที่ 2/2 ให้ช่วยกันกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหาแต่ละวิธีโดยคำนึงถึงข้อดีและข้อเสียและพิจารณาความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาของแต่ละวิธี ผู้วิจัยร่วมสรุปเนื้อหา สาระที่ได้รับ
3. ให้การบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแลสำรวจปัญหาและบันทึกปัญหาที่พบและทางเลือกในการแก้ปัญหาและลงในใบงานที่ 2/3
4. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

สื่อการสอนและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 “พฤติกรรมอะไรบ้างที่เป็นปัญหา”
2. ใบงานที่ 2/2 “การกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา”
3. ใบความรู้ที่ 2/1 วิธีการเผชิญปัญหา
4. ปากกา

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และ การแสดงความคิดเห็น ขณะทำกิจกรรม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 : การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารใดที่ควรทำและการสื่อสารใดที่ควรหลีกเลี่ยง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการฝึกทักษะการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวได้พัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกและทราบถึงผลกระทบที่เกิดจากการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์
5. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลครอบครัวได้ฝึกทักษะวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยความเข้าใจ และมีการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย ด้วยท่าทางเป็นมิตร และสามารถควบคุมอารมณ์ได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่เหมาะสมและการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม
2. สามารถเลือกใช้วิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. บอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ด้านลบ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นได้
4. บอกปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ได้

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เป็น เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล ทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการฝึกทักษะเรื่องการสื่อสารทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด การเพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อให้ความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถฟังและสื่อสารถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง และ การฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง ทำให้เพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารสามารถลดภาวะการดูแลลงได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 กิจกรรม“สายสัมพันธ์ในครอบครัว”
2. ใบความรู้ที่ 3/1 กิจกรรม“สายสัมพันธ์ในครอบครัว”
3. ใบงานที่ 3/2 กิจกรรม“สื่อสารอย่างสุนทรีย์เปรมปรีดีสู่ครอบครัว
4. ใบความรู้ที่ 3/2 กิจกรรม“สื่อสารอย่างสุนทรีย์ เปรมปรีดีสู่ครอบครัว”
5. ใบงานที่ 3/3 สถานการณ์ตัวอย่างการแสดงออกทางอารมณ์
6. ใบงานที่ 3/4 ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์
7. ใบความรู้ที่ 3/4 การแสดงออกทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
8. ปากกา

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และ การแสดงความคิดเห็น ขณะทำกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการวิจัย จึงได้นำโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อที่ได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้า และการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา แล้วนำไปให้กับผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านกายภาพบำบัดและจิตเวชจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตาม

เนื้อหา ผลแสดงในภาคผนวกหน้า (123)จากนั้น ผู้วิจัยได้ปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอแนะ ของ ผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นการพิจารณาแก้ไขดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยต้องมีความรู้และเข้าใจในเรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติ ตน เกี่ยวกับโรคจิตเภท ให้ชัดเจน และควรถ่ายทอดให้ผู้ป่วย และ ครอบครัวเข้าใจอย่างง่ายๆ เพราะ เนื้อหาค่อนข้างมากและเน้นวิชาการมากซึ่งควรจะมีรูปภาพประกอบคู่มือให้นำสนใจอ่าน ตัวหนังสือ อ่านง่าย และ พกพาสะดวก .กิจกรรมที่จัดมีมากเกินไป ควรจะลดเหลือ 2 ใบบาง ไม่เช่นนั้นจะทำให้ ผู้ป่วยเบื่อและใ้ความรู้ไม่ควรมีเนื้อหาอัดแน่นมากเกินไป ผู้วิจัยปรับแก้โดยจะสอนแบบย่อตามคู่มือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะแจกให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย และใ้ความรู้จะใช้ประกอบหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อ ซักถามเพิ่มเติม และปรับลดใบบางเหลือ 2ใบบาง

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมในใบบางนี้มีมากเกินไป ในใบบางที่ 2/3 และ 2/4 มีเนื้อหาเหมือนกัน ซึ่งใบบางที่ 2/3 สามารถให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำในกิจกรรมได้เลย และควรจะรวมเนื้อหาและสรุปให้ อยู่ในใบบางเดียวกันเพราะมีความซ้ำซ้อน ไม่เช่นนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเบื่อผู้วิจัยปรับแก้โดยตัดใบบางที่ 2/4 ที่มีกิจกรรมซ้ำซ้อนออก ตามความเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 ใ้ความรู้มีเนื้อหามากไปให้ปรับเนื้อหาใ้ความรู้ให้เหมาะสมใบบางที่ 3/1 ระบุอุปกรณ์ที่ใช้คือ กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเขียนฟลิปชาร์ต ซึ่งไม่เหมาะสมกับกลุ่มเนื่องจากกลุ่ม จำนวนน้อย 2-3คน สามารถใช้กระดาษ A 4 แทนได้เพื่อความสะดวกและเหมาะสมผู้วิจัยได้ปรับการ ใช้อุปกรณ์ให้เหมาะสมแล้วใบบางที่ 3/3 สถานการณ์ตัวอย่างการแสดงออกทางอารมณ์ และใบบางที่ 3/4 ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์การนำเสนอใ้บทบาทสมมติดำเนินกิจกรรมโดยให้ทุก คนมีส่วนร่วมใ้การแสดงนั้นไม่เหมาะสมกับกลุ่มรายครอบครัวที่มีจำนวนน้อย 2-3 คนควรตัด กิจกรรมนี้ออกและ ให้พูดคุยและสรุปใ้ประเด็นนี้เพิ่มเติมใบบางที่ 3/4

หลังจากปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัยนำโปรแกรม การสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ที่มีคุณสมบัติ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างรายครอบครัว จำนวน 3 ครอบครัว ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ใ้การวิจัยใ้ ครั้งนี้ โดยดำเนินกิจกรรม ครบทั้ง 3 กิจกรรม เพื่อประเมินความเป็นไปได้ใ้การนำโปรแกรมไปใช้ หลังจากทดลองใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ สามารถดำเนินกิจกรรมได้ครบตาม เวลาที่กำหนดและบรรลุวัตถุประสงค์ใ้การดำเนินกิจกรรม ในเรื่องของปัญหาที่พบใ้การทดลองใช้ โปรแกรมเช่นภาษาที่ใช้แล้วสื่อสารไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ ปรึกษานำมาปรับปรุงแก้ไข ให้โปรแกรมมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ตามวัตถุประสงค์ ก่อน นำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ แพศอายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษาอาชีพความเพียงพอของรายได้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลได้แก่ แพศอายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษาอาชีพจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต

2) แบบประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแล

ใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ประเมินตามความรู้สึกรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภทได้แก่ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัยซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด มีข้อคำถามรวม 24 ข้อดังนี้

1) ภาวะเชิงอัตนัยเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์ และทัศนคติประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อซึ่งมีข้อความทางบวกได้แก่ข้อ 10 และข้อความทางลบได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

2) ภาวะเชิงปรนัยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลงความมีอิสระลดลงการมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมดการประเมินภาวะจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน
มาก	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
น้อย	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาวะแต่ละด้าน แยกเป็นรายข้อ และภาวะโดยรวม ให้ผู้ตอบ ประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาวะในการดูแล โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยตามหลักเกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูต (2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	4.50 – 5.00	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	3.50 – 4.49	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.50 – 3.49	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.50 – 2.49	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00 – 1.49	หมายถึง	มีภาวะในการดูแลน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปให้กับผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมข้อมูลที่จำเป็นในการผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ ในการให้คะแนนความคิดเห็น ความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนคะแนนความคิดเห็น เป็นระดับ 1-4 คะแนน ดังนี้ มีความสอดคล้องกับคำนิยามมาก=4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม=3 คะแนน สอดคล้องกับคำนิยามน้อย=2 คะแนน และไม่สอดคล้องกับคำนิยาม=1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ ในข้อแต่ละข้อ จากนั้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแล โดยรวมได้เท่ากับ .96 และภาวะรายด้าน คือ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.0 และ .92 ตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ ดังนี้

ภาระเชิงปรนัย ข้อ 3. ตัดคำว่าหรือกิจกรรมต่างๆ เพราะตัดข้อความออกก็เข้าใจจะทำให้ ข้อความจะไม่ยาวเกินไป ข้อ 4. ตัดคำว่าจนได้รับบาดเจ็บออก เพิ่มคำว่าทำให้ท่านมีความยากลำบากในการดูแลมากขึ้น ข้อ 7. เพิ่มคำว่าน้อยลงหลังกิจกรรม

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษารวม 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(reliability)เท่ากับ.91ผลแสดงในภาคผนวกหน้า (152)

3) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ของ Overall & Gorham (1988) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์(2547) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ประเมินโดย พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้แบบประเมิน เพื่อใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตขั้นสูง ในการใช้แบบประเมินอาการทางจิตในหอผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ประเมินอาการทั้ง 3 ด้าน โดยแบ่งเป็นด้านอาการทั่วไป จำนวน 10 ข้อ อาการด้านลบ จำนวน 2 ข้อ และอาการด้านบวก จำนวน 6 ข้อ การให้คะแนนข้อ 1-10 จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยตรง ข้อ 11-18 จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละระดับมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

ระดับคะแนน	1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
ระดับคะแนน	2	หมายถึง	มีอาการอยู่บ้างแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ
ระดับคะแนน	3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
ระดับคะแนน	4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
ระดับคะแนน	5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
ระดับคะแนน	6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
ระดับคะแนน	7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

การคิดคะแนนโดยคิดจากการรวมคะแนนทั้งหมดซึ่งมีค่าระหว่าง 8-126 คะแนนแล้วหาค่าเฉลี่ยของอาการทางจิตโดยหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด คือ 18 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยของประครอง กรรณสูต(2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	6.50 – 7.00	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	5.50 – 6.49	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	4.50 – 5.49	หมายถึง	มีค่อนข้างรุนแรง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	3.50 – 4.49	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.50 – 3.49	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.50 – 2.49	หมายถึง	มีอาการอยู่บ้างแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00 – 1.49	หมายถึง	ไม่มีอาการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(reliability) เท่ากับ .87 ผลแสดงในภาคผนวกหน้า (153)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของ Lefley (1987) จากการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดมีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

- 1) ความหมายของโรคจิตเภทจำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 1 ซึ่งเป็นข้อความทางบวก
- 2) สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6 และ 7 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3
- 3) อาการของโรคจิตเภท จำนวน 7 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 8,10,11 และ 12 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 9,13,14
- 4) การดำเนินของโรคจิตเภท จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 16 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 15
- 5) การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 4 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 18, 20 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 17 และ 19
- 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 8 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ข้อ 23, 24, 25, 26, 27 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 21, 22 และ 28

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ไม่ใช่	ได้ 0 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ ของคะแนนความรู้ ของผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคจิตเภท ในระดับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนนความรู้ของผู้ดูแล 23 คะแนนขึ้นไป จากทั้งหมด 28 คะแนน) หากคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ดูแล ร่วมกันทบทวนปัญหาและแก้ไขปัญหานั้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท ไปให้กับผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมข้อมูลที่จำเป็นในการผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ ในการให้คะแนนความคิดเห็น ความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนคะแนนความคิดเห็น เป็นระดับ 1-4 คะแนน ดังนี้ มีความสอดคล้องกับคำนิยามมาก=4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม=3 คะแนน สอดคล้องกับคำนิยามน้อย=2 คะแนน และไม่สอดคล้องกับคำนิยาม=1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ ในข้อแต่ละข้อ จากนั้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้เท่ากับ .82 ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ ดังนี้

ข้อ1 นำคำว่าอาการเด่นทางความคิด มาก่อนอารมณ์ เนื่องจากโรคจิตเภทจะมีอาการเด่นทางความคิดเป็นลักษณะเด่น ดังนั้น โรคจิตเภทหมายถึงโรคทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น การแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ จากคนปกติทั่วไป

ข้อ14 ปรับข้อความจากยังถือว่าเป็นโรคจิตเภท เป็นคำว่ายังไม่ถือว่าเป็นอาการทางจิต

ข้อ19 ใช้คำว่า เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยอย่างมาก แทน คำว่ามีความเสี่ยงสูงต่อผู้ป่วย

ข้อ26 และ ข้อ27 เพิ่มเติมคำว่า “ ช่วยดูแล ” หน้าคำว่า ดูแล

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(reliability)เท่ากับ.93ผลแสดงในภาคผนวกหน้า (153)

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทจาก การศึกษาของ ญัฐฐิญา โสพิศพรมงคล (2555) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ข้อความทางบวกได้แก่ข้อ 1,2,4,5,6,7,8,9,11, 12,13,14,15,16,17,19 ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3,10,18,20 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ไม่ใช่	ได้ 0 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

เกณฑ์กำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ ของคะแนนความรู้ ของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับโรคจิตเภท ในระดับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนนความรู้ของผู้ดูแล 16 คะแนนขึ้นไป จากทั้งหมด 20 คะแนน) หากคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกันทบทวนปัญหาและแก้ไขปัญหานั้น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ไปให้กับผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมข้อมูลที่จำเป็นในการผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ ในการให้คะแนนความคิดเห็นความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนคะแนนความคิดเห็น เป็นระดับ 1-4 คะแนน ดังนี้ มีความสอดคล้องกับคำนิยามมาก=4 คะแนน ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม=3 คะแนน สอดคล้องกับคำนิยามน้อย=2 คะแนน และไม่สอดคล้องกับคำนิยาม=1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ ในข้อแต่ละข้อ จากนั้นตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้เท่ากับ .85 ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ ดังนี้ในข้อ 1. ให้อธิบายความหมายของความหมายโดยให้อาการเด่นทางความคิดมาก่อนอารมณ์ดังนี้ โรคจิตเภทหมายถึงโรคทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น การแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ จากคนปกติทั่วไป

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87 ผลแสดงในภาคผนวกหน้า (153)

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมสำหรับผู้วิจัย ในส่วนของ องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ โปรแกรมการสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อ ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตขั้นสูง ซึ่งได้รับการฝึกปฏิบัติการทำกลุ่มบำบัดต่างๆกับผู้ป่วยจิตเวช และการใช้แบบประเมินอาการทางจิตในหอผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และผู้วิจัยได้ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคมตามแนวทางของโปรแกรมการสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อความรู้และฝึกทักษะในเรื่องและศึกษาค้นคว้าจากหนังสือเอกสารตำราและงานวิจัย

1.2 ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อ และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

1.4 หลังจากผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1.5 ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานแผนกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

1.6 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาประวัติในเวชระเบียน ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อพบผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ด้วยการลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว เพื่อเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยจะดำเนินการตามโปรแกรมที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างตามวัน และ เวลา ที่ได้นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง

1.7 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ โดยวิธีการจับคู่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ตามคุณสมบัติที่เหมือนกันมากที่สุด สำหรับผู้ดูแลผู้วิจัย จับคู่โดยใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยจับคู่โดยใช้จำนวนครั้งของการป่วยซ้ำจากนั้น ดำเนินการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

1.8 ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ป่วยและผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยได้ประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ดังนี้

กลุ่มทดลอง ผู้ดูแลทำแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดภาวะการดูแล ผู้วิจัย สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS) ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการวิจัย (Pre-test) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และดำเนินการกำกับทดลองทันที ด้วยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทหลังจากเสร็จสิ้นในกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มทดลองจะมาพบอีกครั้งใน 1 เดือนหลังจากดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมจำนวน 3 ครั้ง เพื่อทำการประเมินผลหลังการวิจัย (Post-test)

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพร้อมพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ไปพบผู้ป่วยและผู้ดูแลประเมินข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS) ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการวิจัย (Pre-test) และชี้แจงกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่จำนวน 3 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และผู้วิจัยจะมาพบอีกครั้ง ใน 1 เดือนหลังจากได้รับการดูแลตามปกติ 3 สัปดาห์ เพื่อทำการประเมินผลหลังการวิจัย (Post-test)

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชนได้แก่การเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การให้คำแนะนำผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวตามปัญหาที่พบ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านรวมทั้งการรับประทานยา การรักษาต่อเนื่อง และการมาตรวจตามนัด

2.2 กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อในกลุ่มทดลองเป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 3 กิจกรรม ครั้งละ 60 นาที เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ซึ่งผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อระหว่างวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2558 ถึง 16 กุมภาพันธ์ 2558

รายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อในแต่ละกิจกรรม สรุปได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทพบว่าการเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพในครั้งแรก ก่อนให้สุขภาพจิตศึกษามีประโยชน์อย่างมากเนื่องจากการสร้างความคุ้นเคยจากผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลกับผู้วิจัยซึ่งไม่คุ้นเคยกันมาก่อนเนื่องจากการดำเนินกิจกรรมที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และไม่เห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัย อาจทำให้ขาดความร่วมมือในระหว่างการดำเนินการวิจัย และอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบและถอนตัวออกจากการวิจัยได้ หลังจากพูดคุยสร้างสัมพันธภาพแล้วผู้วิจัยได้สังเกตเห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานผู้วิจัยเริ่มต้นการให้สุขภาพจิตศึกษาด้วยการให้ผู้ดูแลทำใบงานที่ 1/1 จิตเภทในความเข้าใจของฉัน และใบงานที่ 1/2 มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคจิตเภทกันเถอะ ผู้วิจัยได้ข้อมูลพื้นฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทจากการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำกิจกรรมนี้ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลบางคนไม่ทราบว่าโรคจิตเภทเป็นอย่างไรและผู้ป่วยบางคนไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคจิตเภท จากการอภิปรายร่วมกัน ตัวอย่างคำพูดเช่น

“รู้แต่ว่าเป็นโรคจิต ตามที่หมอเคยบอกแต่ไม่รู้ว่าเป็นโรคจิตเภท ไม่รู้ด้วยซ้ำว่ามันโรคจิตนั้นมีหลายอย่าง”

“ฉันไม่รู้หรอกว่าเขาเรียกว่าจิตเภท เคยได้ยินแต่โรคจิต เพิ่งจะรู้ว่ามันนี่แหละว่ามันเป็นจากพันธุกรรมได้ แล้วก็ไอ้สารในสมองมันผิดปกติ ความเครียดอีก มันเป็นได้หลายอย่างเหมือนกันนะ ก็คิดว่ามันเป็นโรคเวร โรคกรรม”

จากกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาประเมินได้ว่าผู้ดูแลมีความเข้าใจเรื่องโรคและเห็นความสำคัญต่อการรักษามากขึ้น

“ไม่เคยมีใครมาพูดให้ฟังอย่างละเอียดแบบนี้มาก่อนเลย ฉันเข้าใจแล้วว่าต้องให้ลูกกินยาตลอดชีวิต เห็นลูกไม่มีอาการประสาทหลอนเหมือนตอนแรกๆ ก็คิดว่าไม่ต้องกินยาแล้วก็ได้ ฉันว่าจะไม่ไปเอายาแล้วนะเนี่ย ตอนนี้อย่างนี้แล้วฉันไม่ให้ลูกขาดยาแน่”

“ผมก็คิดว่าผมไม่เป็นอะไรแล้วกินยามาตั้ง 20 กว่าปี มันเลยซีเกียจกิน ซีเกียจไปหาหมอด้วยกินมั้งไม่กินมั้งคงไม่เป็นไร แต่พอได้ฟังพยาบาลพูดแล้ว ผมก็คงต้องกินเดี๋ยวจึงวันพุธ คลินิกที่จิตเวชเปิดผมจะไปหาหมอรับยาครับ”

กิจกรรมที่ 2 การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหาจากการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลช่วยกันประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และกำหนดปัญหามาเป็นรายชื่อเพื่อที่จะเลือกปัญหาเพื่อนำมากำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการที่ผู้ป่วยเกียจคร้าน ไม่ได้ทำงานนอกบ้านและไม่สนใจช่วยเหลืองานบ้าน นอนทั้งวัน ปัญหาเรื่องการดูแล

สุขภาพโดยทั่วไปเช่นการทำกิจวัตรประจำวัน การดื่มกาแฟ สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะแก้ไขปัญหาด้วยการเฉยเมย ไม่สนใจ ปล่อยให้เป็นปัญหา หรือแก้ปัญหาด้วยการทะเลาะกัน พูดกันว่าผู้ป่วยซึ่งพบว่าปัญหานั้นๆไม่ได้ถูกแก้ไข เนื่องจากไม่ทราบว่าจะแก้ปัญหาอย่างไร หลังจากดำเนินกิจกรรม ด้วยการประเมินปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจตรงกันมากขึ้นว่าสถานการณ์นั้นมันเป็นปัญหา และเมื่อลองให้หาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองร่วมกันก็มีวิธีที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหาทางออกของปัญหานั้นได้ด้วยเหตุผลไม่ได้ใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหาเหมือนที่เคยเป็น ผู้วิจัยได้สรุปปัญหาที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยระบุ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยดื่มกาแฟวันละ 6 แก้ว สูบบุหรี่วันละประมาณ 20 มวนซึ่งผู้วิจัยสอบถามว่าผู้ดูแลทำอะไร ผู้ดูแลตอบว่าไม่ทราบจะทำอย่างไร “บางทีก็โมโหเหมือนกันพูดไม่ฟัง” ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเขียนถึงข้อดี ข้อเสียของการกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา ซึ่งผู้ป่วยเริ่มตระหนักว่าเป็นปัญหาจากอาการใจสั่น และเวียนศีรษะ ถ้ายังคงดื่มกาแฟและสูบบุหรี่จะทำให้เกิดปัญหาจากโรคอื่นๆตามมา ทางเลือกที่ผู้ป่วยเลือกคือลดจำนวนการดื่มกาแฟไม่ให้เกินวันละ 2 แก้ว และสูบบุหรี่ให้น้อยลงสัก 10 มวน ผู้วิจัยให้ทำการบ้าน เมื่อติดตามครั้งต่อมาพบว่าผู้ป่วยได้ทำตามทางเลือกที่ได้เขียนไว้แต่อาจยังไม่ได้ตามที่เขียนแต่ผู้ดูแลก็พอใจที่ผู้ป่วยลดจำนวนลงได้ และยอมไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล “ฉันเห็นว่าเขาก็กินกาแฟน้อยลงนะ และก็สูบบุหรี่น้อยลง ฉันเตือนเขาก็ฟังมากขึ้น ดินะที่พยาบาลมาช่วยพูด ไม่นั่นคงไม่ยอมหรอก”

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยของสมาชิกครอบครัวพบว่าการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการพูดสื่อสารระหว่างกันด้วยภาษาและท่าทางที่เป็นมิตร เปิดเผย และไม่ใช้อารมณ์ทางลบ การสื่อสารที่สร้างสรรค์ การสื่อสารทางบวก ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจกันมากขึ้นและกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกของความต้องการของตนเองออกมาอย่างเหมาะสมมากขึ้น ตัวอย่าง เช่น “แม่เขาหาว่าฉันคือ พุดอะไรก็ไม่ฟังในเรื่องของการทำอาหารกินว่าฉันเรื่องมาก แม่ทำอะไรก็ไม่กิน แต่แม่ก็ไม่เคยถามว่าฉันชอบไหม ฉันก็ไม่จ้อหรอกเพราะฉันหากินเองได้ ทำกับกินเองอร่อยกว่าที่แม่ทำอีก” หลังจากปรับการสื่อสารและลองให้ผู้ป่วยพูดใหม่ดังนี้ “แม่อยากกินอะไรหรือเปล่าวันนี้ เดี่ยวฉันทำให้แม่กินเอง แม่ไม่ต้องห่วงฉันนะฉันทำกับข้าวกินเองได้ เดี่ยวจะลองทำให้แม่กินนะ” จากการสังเกตขณะสื่อสารผู้ป่วยและผู้ดูแลและมีสีหน้าที่ยิ้มแย้ม อีกตัวอย่างเป็นการปรับการสื่อสารของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ดังนี้ “ฉันก็ไม่รู้จะทำอย่างไร พุดเท่าไรก็ไม่เชื่อ เขาไม่รักตัวเองเลยฉันก็แก่แล้วไม่รู้จะอยู่ได้นานแค่ไหน ฉันก็เป็นห่วงเขา” หลังการสื่อสารของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ดังนี้ “หนูรู้ใหม่ว่าแม่เป็นห่วงหนูมาก แม่รู้ว่าการกินกาแฟและสูบบุหรี่มากๆมันจะทำให้เป็นโรคหัวใจได้ แม่อยากให้คุณมีสุขภาพดีและดูแลตัวเองให้ดีๆเพราะ

แม่ก็อายุมากแล้ว” ผู้ป่วยฟังแล้วบอกว่าฉันจะลองลดคุณะเดี๋ยวคราวหน้าพยาบาลมาถามผมใหม่ได้
เลย

2.3 การกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 3 ทันทิโดยผู้วิจัยให้
ผู้ดูแลและผู้ป่วยตอบแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมคะแนนจากแบบ
ประเมินแต่ละคน พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยและผู้ดูแลผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้
ทุกคน สรุปได้ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดตามโปรแกรมการสนับสนุนและดูแล
ครอบครัวแบบย่อ อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

การรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยและภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test)

1.2 ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
เป็นรายครอบครัวที่บ้านสัปดาห์ละครั้งๆละ 1 กิจกรรมๆละ 60 นาทีจำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3
สัปดาห์

1.3 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ในสัปดาห์ที่
3 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีโดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
ผู้ป่วยตอบคำถามตามแบบวัดความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.4 ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยและภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลัง
การทดลอง 1 เดือน (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินโครงการวิจัย
พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม
ก่อนนำไปวิเคราะห์

2. กลุ่มควบคุมผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยและภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2 ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่าในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการ
พยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้
บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์
หลังจากนั้น 1 เดือน ผู้วิจัยจะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยและ

ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการวิจัยพร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

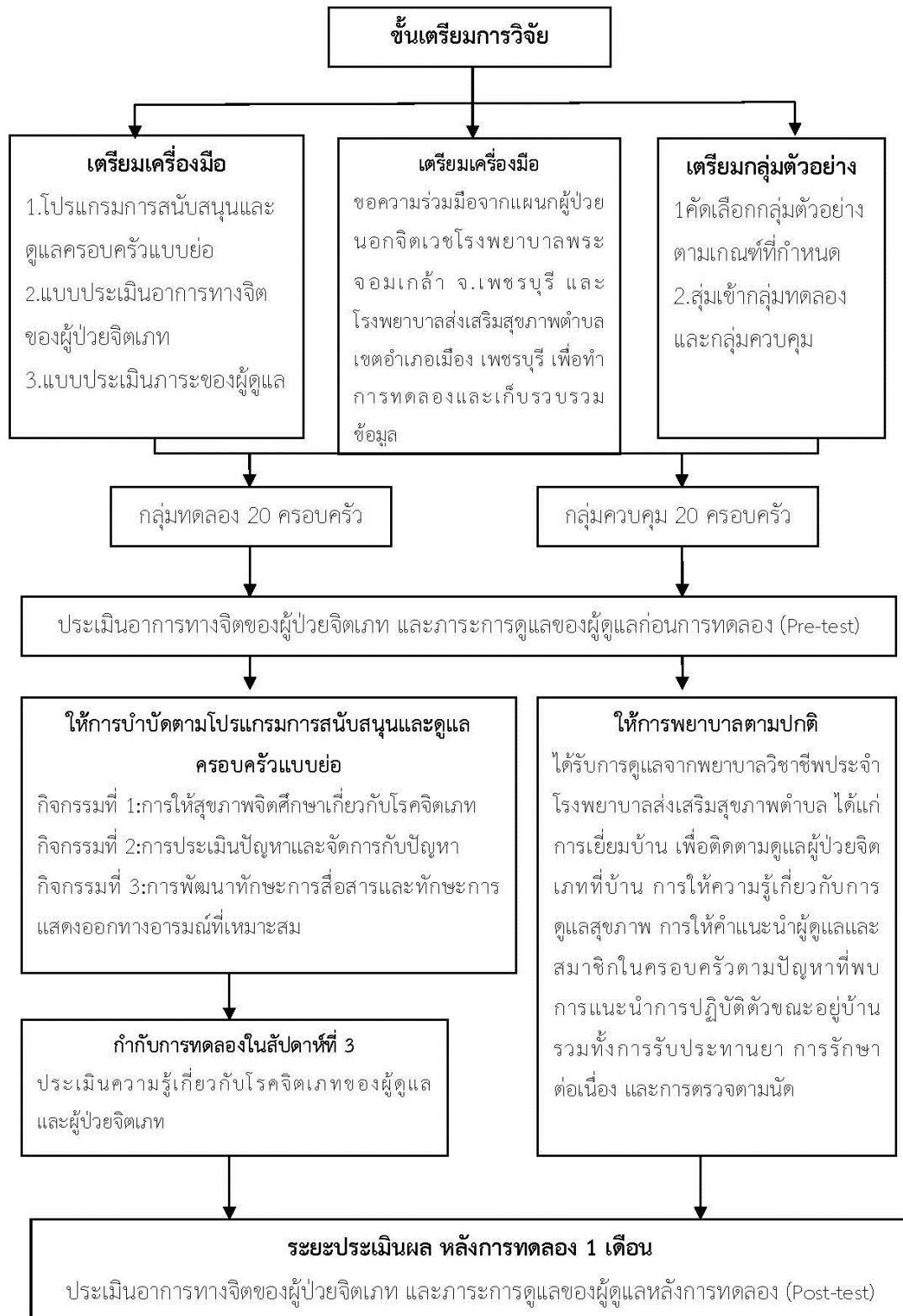
2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยและภาระของผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยและภาระของผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อ โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. เปรียบเทียบคะแนนระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยและระดับภาระของผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการดูแลครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
5. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบอาการทางจิตและภาระการดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ และเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่10 (International Classification of Diseases & Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) และไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย และผู้ดูแลหลัก ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 40 ครอบครัว โดยวิธีการmatched pair ตามคุณสมบัติที่เหมือน หรือใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยผู้ดูแลจับคู่โดยใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจับคู่โดยใช้จำนวนครั้งของการป่วยซ้ำ โดยการจับสลากเข้ากลุ่มโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และ กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัวโดยมีการวัดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และภาระการดูแลของผู้ดูแล ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของอาการทางจิต ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ จำนวน ร้อยละ ของภาระการดูแลของผู้ดูแล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลาเจ็บป่วย (n =40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยจิตเภท)	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	14	70.00	4	20.00	18	45.00
หญิง	6	30.00	16	80.00	22	55.00
อายุ						
20-30 ปี	3	15.00	1	5.00	4	10.00
31-40 ปี	9	45.00	3	15.00	12	30.00
41-50 ปี	6	30.00	9	45.00	15	37.50
51-60 ปี	2	10.00	7	35.00	9	22.50
สถานภาพสมรส						
โสด	17	85.00	9	45.00	26	65.00
คู่	2	10.00	3	15.00	5	12.500
หม้าย	0	0	2	10.00	2	5.00
หย่า	1	5.0	3	15.00	4	10.00
แยกกันอยู่	0	0	3	15.00	3	7.50
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	0	0	5	25.00	5	12.50
ประถมศึกษา	5	10.00	9	45.00	14	35.00
มัธยมศึกษา	10	50.00	2	10.00	12	30.00
อนุปริญญา	2	10.00	2	10.00	4	10.00
ปริญญาตรี	3	15.00	1	5.00	4	10.00
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	1	5.00	1	2.50

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยจิตเภท)	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ว่างงาน	14	70.00	4	20.00	18	45.00
รับราชการ	0	0	0	0	0	0
เกษตรกรกรรม	1	5.00	3	15.00	4	10.00
รับจ้าง	3	15.00	2	10.00	5	12.50
ค้าขาย	1	5.00	7	35.00	8	20.00
เกษตรกรกรรม	1	5.00	3	15.00	4	10.00
อื่นๆ	1	5.00	4	20.00	5	12.50
จำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (การป่วยซ้ำ)						
1 ครั้ง	0	0	0	0	0	0
2 ครั้ง	13	65.00	13	65.00	26	65.00
3 ครั้ง	3	15.00	3	15.00	30	15.00
4 ครั้ง	3	15.00	3	15.00	6	15.00
5 ครั้ง	1	5.00	1	5.00	2	5.00
มากกว่า 5 ครั้ง	0	0	0	0	0	0
ระยะเวลาเจ็บป่วย						
ต่ำกว่า 5 ปี	3	15.00	4	20.00	7	17.50
5-10 ปี	6	30.00	5	25.00	11	27.50
มากกว่า 10 ปี	11	55.00	11	55.00	22	55.00

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 และส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุม มีอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 85 และ 45 ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุม มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองไม่มีอาชีพคิดเป็นร้อยละ 70 และส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุม มีอาชีพค้าขายคิดเป็นร้อยละ 35 ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 65 ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการเจ็บป่วย มากกว่า 10 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 55



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 40)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ดูแล)	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	20.00	8	40.00	12	30.00
หญิง	16	80.00	12	60.00	28	70.00
อายุ						
20-30 ปี	2	10.00	1	5.00	3	7.50
31-40 ปี	0	0	2	10.00	2	5.00
41-50 ปี	4	20.00	2	10.00	6	15.00
51-60 ปี	4	20.00	7	35.00	11	27.50
มากกว่า 60 ปี	10	50.00	8	40.00	18	45.00
สถานภาพสมรส						
โสด	5	25.00	5	25.00	10	25.00
คู่	9	45.00	10	50.00	19	47.50
หม้าย	4	20.00	4	20.00	8	20.00
แยกกันอยู่	2	10.00	1	5.00	3	7.50
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	14	70.00	11	55.00	25	62.50
มัธยมศึกษา	2	10.00	4	20.00	6	15.00
อนุปริญญา	1	5.00	2	10.00	3	7.50
ปริญญาตรี	3	15.00	2	10.00	5	12.50
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	1	5.00	1	2.50

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ดูแล)	กลุ่มทดลอง(n=20)		กลุ่มควบคุม(n=20)		รวม(n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ว่างงาน	8	40.00	5	25.00	13	32.50
รับราชการ	1	5.00	5	25.00	6	15.00
เกษตรกรรม	1	5.00	2	10.00	3	7.50
รับจ้าง	5	25.00	3	15.00	8	20.00
ค้าขาย	2	10.00	2	10.00	4	10.00
อื่นๆ	3	15.00	3	15.00	6	15.00
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอและเหลือเก็บ	8	40.00	7	35.00	15	37.50
เพียงพอกับรายจ่าย	7	35.00	8	40.00	15	37.50
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	5	25.00	5	25.00	10	25.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
จิตเภท						
บิดาหรือมารดา	12	60.00	6	30.00	18	32.50
สามีหรือภรรยา	2	10.00	2	10.00	4	12.50
พี่หรือน้อง	4	20.00	9	45.00	13	45.00
บุตร	0	0	1	5.00	1	2.50
อื่นๆ	2	10.00	2	10.00	4	10.00
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย						
ต่ำกว่า 5 ปี	3	15.00	3	15.00	6	15.00
5-10 ปี	6	30.00	6	30.00	12	30.00
มากกว่า 10 ปี	11	55.00	11	55.00	22	55.00

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 และ 60 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และ 40 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 85 และ 45 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 และ 55 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองไม่มีอาชีพคิดเป็นร้อยละ 40 และส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุม ไม่มีอาชีพ และมีอาชีพรับราชการ เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 25 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง มีเพียงพอ และเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 40 และ ส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุม มีเพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 40 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองเป็นบิดาหรือมารดาคิดเป็นร้อยละ 60 และ ส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุม เป็นพี่หรือน้อง คิดเป็นร้อยละ 45 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มากกว่า 10 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 55



ตอนที่ 2 จำนวน และ ร้อยละ ของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ

อาการทางจิตของ ผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง (n=20)		หลังการทดลอง (n=20)		ก่อนการทดลอง (n=20)		หลังการทดลอง (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีอาการรุนแรงมาก	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
มีอาการรุนแรง	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
มีอาการค่อนข้างรุนแรง	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
มีอาการปานกลาง	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
มีอาการเล็กน้อย	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
มีอาการอยู่บ้างแต่ ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ	3	15.00	0	0.00	4	20.00	4	20.00
ไม่มีอาการ	17	85.00	20	100.00	16	80.00	16	80.00

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลอง หลังการทดลองอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในระดับมีอาการอยู่บ้างแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 มีอาการทางจิตลดลงอยู่ในระดับไม่มีอาการ ทั้งหมดจำนวน 3 ราย และ ในระดับไม่มีอาการ จำนวน 17 ราย มีอาการทางจิตคงเดิมคิดเป็นร้อยละ 85 กลุ่มควบคุม พบว่า หลังทดลองยังมีอาการทางจิตในระดับคงเดิมทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 โดยอยู่ในกลุ่มไม่มีอาการจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 และในระดับมีอาการอยู่บ้างแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 20

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ

ระดับ ภาวะการดูแล	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	(n=20)		(n=20)		(n=20)		(n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
มาก	3	15.00	0	0.00	2	10.00	2	10.00
ปานกลาง	2	10.00	0	0.00	2	10.00	2	10.00
น้อย	14	70.00	11	55.00	10	50.00	11	55.00
น้อยที่สุด	1	5.00	9	45.00	6	30.00	5	25.00

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มทดลอง หลังการทดลองระดับภาวะการดูแลของผู้ดูแล ลดลง โดยภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับน้อยที่สุดเพิ่มขึ้นจากเดิมจำนวน 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 5 เพิ่มขึ้นจำนวน 9 ราย คิดเป็น ร้อยละ 45 ระดับภาวะการดูแลมากและภาวะการดูแลปานกลางหลังทดลองมีระดับภาวะที่ลดลง คิดเป็นร้อยละ 15 และ 10 ตามลำดับในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่า มีระดับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับภาวะการดูแลน้อยที่สุดลดลงจากเดิม จำนวน 6 ราย คิดเป็น ร้อยละ 30 เป็นจำนวน 5 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25 และกลุ่มที่มีระดับภาวะการดูแลน้อย เพิ่มขึ้นจากเดิม จำนวน 10 ราย คิดเป็น ร้อยละ 50 เพิ่มขึ้นจำนวน 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 55 ส่วนกลุ่มที่ภาวะการดูแลปานกลางและดูแลมาก มีระดับภาวะการดูแล เท่าเดิม จำนวน 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 10

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ

อาการทางจิตของ ผู้ป่วยจิตเภท	คะแนนเฉลี่ยของอาการ ทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท		ระดับ	df	t	p-value
	\bar{X}	SD				
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	1.26	0.31	ไม่มีอาการ	19	4.053	.001
หลังการทดลอง	1.04	0.07	ไม่มีอาการ			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	1.27	0.23	ไม่มีอาการ	19	1.56	.135
หลังการทดลอง	1.28	0.23	ไม่มีอาการ			

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง ในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 1.27 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 1.26 พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตไม่แตกต่างกันหลังการทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต 1.27 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตเป็น 1.28 คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการทางจิตของ ผู้ป่วยจิตเภท	คะแนนเฉลี่ยของอาการ ทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท		ระดับ	df	t	p-value
	\bar{X}	SD				
	ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	1.26	0.31	ไม่มีอาการ	38	0.10	.92
กลุ่มควบคุม	1.27	0.23	ไม่มีอาการ			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	1.04	0.07	ไม่มีอาการ	38	4.53	.00
กลุ่มควบคุม	1.28	0.23	ไม่มีอาการ			

จากตารางที่ 7 พบว่าก่อนทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ

ภาวะการดูแล โดยรวมและ รายด้าน	คะแนนเฉลี่ยของภาวะ การดูแล		ระดับ	df	t	p-value
	\bar{X}	SD				
	ภาวะโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	2.20	0.78	น้อย	19	4.44	.00
หลังการทดลอง	1.53	0.23	น้อย			
ภาวะเชิงอัตนัย						
ก่อนการทดลอง	2.55	0.58	ปานกลาง	19	6.04	.00
หลังการทดลอง	1.96	0.34	น้อย			
ภาวะเชิงปรนัย						
ก่อนการทดลอง	1.85	1.09	น้อย	18	3.25	.00
หลังการทดลอง	1.11	0.20	น้อยที่สุด			

ตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของภาวะการดูแลโดยรวมภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัย ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภาวะโดยรวมก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับน้อย ภาวะเชิงอัตนัยหลังการทดลองจากระดับปานกลางเป็นระดับน้อย ภาวะเชิงปรนัยหลังการทดลองจากระดับน้อยเป็นระดับน้อยที่สุด

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ

ภาวะการดูแล โดยรวมและ รายด้าน	คะแนนเฉลี่ยของภาวะ		ระดับ	df	t	p-value
	\bar{X}	SD				
ภาวะโดยรวม						
ก่อนการทดลอง	2.21	0.71	น้อย	19	2.12	.05
หลังการทดลอง	2.27.	0.69	น้อย			
ภาวะเชิงอัตนัย						
ก่อนการทดลอง	2.28	0.60	น้อย	19	2.03	.06
หลังการทดลอง	2.34	0.55	น้อย			
ภาวะเชิงปรนัย						
ก่อนการทดลอง	2.15	0.93	น้อย	19	1.75	.10
หลังการทดลอง	2.19	0.94	น้อย			

ตารางที่ 9พบว่า กลุ่มควบคุม หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยภาวะโดยรวมภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัย ในกลุ่มควบคุม มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่อยู่ในระดับเดียวกันคือน้อย แต่ไม่ต่างกันในการทดสอบทางสถิติ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ภาวะการดูแล โดยรวมและ รายด้าน	คะแนนเฉลี่ยของภาวะ การดูแล		df	t	p-value
	\bar{X}	SD			
ภาวะโดยรวม					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	2.20	0.78	38	0.04	.97
กลุ่มควบคุม	2.21	0.71			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	1.53	0.23	38	4.5	.00
กลุ่มควบคุม	2.27	0.69			
ภาวะเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	2.55	0.58	38	1.47	.15
กลุ่มควบคุม	2.76	0.60			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	1.96	0.34	38	2.64	.01
กลุ่มควบคุม	2.34	0.55			
ภาวะเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	1.85	1.09	38	0.92	.36
กลุ่มควบคุม	2.15	0.93			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	1.11	0.20	38	5.04	.00
กลุ่มควบคุม	2.15	0.94			

ตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งภาวะโดยรวม ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05โดยคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05โดยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงปรนัยลดลงมากกว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงอัตนัย



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ออกแบบการทดลองเป็นแบบศึกษา 2 กลุ่ม วัตก่อน และ หลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Control Group Design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุน และดูแลครอบครัวแบบย่อต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุน และดูแลครอบครัวแบบย่อ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุน และดูแลครอบครัวแบบย่อ
3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน และดูแลครอบครัวแบบย่อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
3. ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรวิจัย และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย ที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases & Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) และไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย และผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases & Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย และผู้ดูแลหลัก ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 40 ครอบครัวโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases & Related Health Problems Tenth edition; ICD-10) ที่มีประวัติการรักษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย

2. อายุ 20-59 ปี

3. มีคะแนนอาการทางจิต ไม่เกิน 45 คะแนน อยู่ในระดับมีอาการอยู่บ้างแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถึง ไม่มีอาการโดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

4. สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เป็นบิดาหรือมารดาสามีหรือภรรยาพี่หรือน้องหรือบุตรมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย

2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน ขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นค่าจ้าง รางวัลใดๆ ในการดูแลผู้ป่วย

3. มีอายุ 20 ปีขึ้นไปมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

4. สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการให้โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
2. ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ อยู่ในระดับ อาการทางจิตน้อยถึงอาการทางจิตรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ในขณะที่เข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีปัญหาอื่นๆเช่นมีปัญหาสุขภาพร่างกาย เช่นป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรง ป่วยด้วยโรคประจำตัวเช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยกึ่งทดลองมีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างว่าควรมีอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burns & Grove, 2009) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และ กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้การสนับสนุนและดูแลครอบครัว (family Intervention) ตามโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ (Brief Family Intervention) ตามแนวคิดของ Devaramane (2011) ซึ่งลักษณะของโปรแกรม ช่วยพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้สุขภาพจิตศึกษา การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา การพัฒนาทักษะด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ส่งผลให้ลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และ ลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน(ดังแสดงในภาคผนวก ก) คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ.83(แสดงในภาคผนวกหน้า 123)

ประกอบด้วย กิจกรรม 3 กิจกรรม ดำเนินการในกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยข้อความถาม 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยข้อความถาม 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพจำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล(การป่วยซ้ำ)และระยะเวลาในการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ประเมินตามความรู้สึของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภทได้แก่ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัยซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับผ่านการตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่านคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแล โดยรวมได้เท่ากับ .96 และภาวะรายด้าน คือ ภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัย มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.0 และ .92 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดภาวะไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คนแล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ.91 (แสดงในภาคผนวกหน้าที่ 152)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ซึ่งใช้แนวคิดของ Overall และ Gorham (1988) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยพันธุงภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2547) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน เพื่อใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับตั้งแต่มีอาการรุนแรงมากถึงไม่มีอาการ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87 (แสดงในภาคผนวกหน้าที่ 152)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 2 ชุด ได้แก่

3.1. แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ผ่านการตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่านซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .82 ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษ จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ .93 (แสดงในภาคผนวกหน้าที่ 153)

3.2. แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทของ ณัฐฐิญา โสพิศพรมงคล (2555) ผ่านการตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .85 ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87 (แสดงในภาคผนวกหน้าที่ 153)

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะคือระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองและระยะประเมินผลการทดลองโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อ โดยศึกษา ค้นคว้าจากหนังสือเอกสารตำราและงานวิจัย

1.2 เตรียมเครื่องมือวิจัยและฝึกทักษะการใช้แบบประเมินการรวบรวมข้อมูล

1.3 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.5 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้การแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ครอบครัว

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดให้มีขึ้น

2.2 กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อในกลุ่มทดลองเป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 3 กิจกรรมเป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์

2.3 การกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 3ทันที

3. ระยะประเมินผลการทดลองผู้วิจัยประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทและภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ 1 เดือน

การรวบรวมข้อมูล

1.กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

1.1 ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยและภาวะการดูแลของผู้ดูแลก่อนการทดลอง

1.2 ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อเป็นรายครอบครัวที่บ้านสัปดาห์ละครั้งๆละ 1 กิจกรรมกิจกรรมละ 60 นาทีจำนวน 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์

1.3 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อ ในสัปดาห์ที่ 3 ทำการกำกับการทดลองทันทีโดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยตอบคำถามตามแบบวัดความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.4 ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยและภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ 1 เดือนและแจ้งให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินโครงการวิจัยพร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยและภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2 ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการวิจัยว่าจะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในอีก 1 เดือนเพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยและภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชนโดยการเยี่ยม บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์

2.3 เมื่อครบกำหนดการทดลองผู้วิจัยทำการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยและ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเวลา 1 เดือนหลังการทดลองและแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการ ดำเนินกิจกรรมการวิจัยพร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย เป็นอย่างดี

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย อาการทางจิตและภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จิตเภท ก่อนได้รับโปรแกรม การสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม โดยใช้สถิติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบคะแนนระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยและระดับภาวะของผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อ โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. เปรียบเทียบคะแนนระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยและระดับภาวะของผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังและระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

5 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาวะทั้งด้านเชิงอัตนัย เชิงปรนัย และภาวะโดยรวม หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ

2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคืออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ

3. ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งด้านภาวะเชิงอัตนัย เชิงปรนัย และภาวะโดยรวม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 คะแนนเฉลี่ยอาการทางจิต กลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ มีผลทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง

อภิปรายผล

จากการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบดังนี้

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนการประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหาการฝึกทักษะการพัฒนาทักษะการสื่อสารและทักษะการลดการแสดงออกทางอารมณ์ในโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากการศึกษาของ Devaramane (2011) ส่งผลให้ ภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective Burden) ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) และ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทพบว่า ผู้ป่วย ผู้ดูแล สมาชิกและผู้วิจัยมีการพูดคุย แสดงความคิดเห็นร่วมกัน เกิดความไว้วางใจ และเห็นใจกันมากขึ้น ยอมรับคำแนะนำ และเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม มีทัศนคติและกำลังใจที่ดี สัมพันธภาพดีขึ้น ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ทำให้ลดการทางจิตลดลงส่งผลให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลลดลงได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Magliano & Fiorillo (2007) ที่ว่าการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ด้วยการให้ความรู้ ทั้งสาเหตุ อาการ การรักษา ยาและผลข้างเคียงของยา จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ความรู้สึกเป็นภาระลดลงส่งผลกระทบเชิงบวกต่ออาการของผู้ป่วยและลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหาพบว่าผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้รับการพัฒนาทักษะการประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ มีแนวทางในการจัดการกับปัญหา และสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงใน ปาณิสรา เกษมสุข, 2551) การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจและสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นคงทางอารมณ์ และเป็นการช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดียิ่งขึ้น ทำให้การรับรู้ภาระเชิงประนัยและอัตนัยลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ ไชสะอาด (2555) พบว่าการจัดการความเครียดมีผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ผู้ป่วยจิตเภทมักมีความพร่องด้านการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545) ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการทางด้านบวกโดยเฉพาะอาการประสาทหลอนและหวาดระแวง ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกที่ไม่เหมาะสม ต่อผู้อื่น (Cook et al., 2007) ส่งผลให้ผู้อื่นแสดงท่าที่ไม่เป็นมิตร วิพากษ์วิจารณ์หรือตีเตียนผู้ป่วย จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียด (จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, 2544) และเป็นสิ่งกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการสื่อสาร มีความรู้ ความเข้าใจถึงแนวทางในการติดต่อสื่อสารและการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสมผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อให้ความเข้าใจถึงอาการผิดปกติ มีความสนใจและเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้มากขึ้น ผู้ดูแลมีความเข้าใจแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ส่งผลให้ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen et al. (2009) พบว่าความมั่นใจในการสื่อสารสามารถลดภาระการดูแลลงได้ และส่งผลให้ลดอัตราการป่วยซ้ำได้

การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมพบว่าผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย และมีความพึงพอใจ โดยการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อและการฝึกการหายใจ ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากทำให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะที่สงบ และผ่อนคลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น (Gispen - de Wied, 2000) ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียดลงก่อนที่ความเครียดนั้นจะมากกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้น (Norman et al.,

2002) ช่วยลดอาการทางจิตโดยตรงได้แก่ อาการทางจิตด้านความตึงเครียด อาการวิตกกังวล และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ทำให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยได้ เกิดความรู้สึกเป็นภาระลดลงผู้ป่วยก็มีการผ่อนคลายลดอาการทางจิตลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wuerker et al. (2001) พบว่าคนที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำกว่า จะสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นได้ และในคนที่แสดงอารมณ์สูงจะมีรูปแบบการควบคุมที่แข็งแกร่งไม่ยืดหยุ่นทำให้เกิดความสัมพันธ์อันตึงเครียดในครอบครัว และรู้สึกหมองเหม็นกัน

สรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ มีผลต่อการลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และลดภาระการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ มากกว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เพราะการเข้าไปสนับสนุนและดูแลครอบครัว ช่วยให้ผู้ดูแลเพิ่มความเข้าใจของการเกิดโรค ครอบครัวมีความเข้าใจในอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระให้ครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท (Varghese, 2002) การสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ช่วยลดความเสี่ยงของการกำเริบของโรคจิตเภทที่เป็นเป็นผลมาจากภาระการดูแล (Falloon et al., 1982; Hogarty et al., 1986; Goldstein, 1978 ; Leff, 1982) การสนับสนุนและการดูแลครอบครัว สามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล และอัตราการกำเริบของโรคจิตเภท ลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาอย่างเดียวหรือการบำบัดเป็นรายบุคคล (Lam, 1991; Kuipers & Bebbington, 1988)

อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

จากการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการดำเนินการในโปรแกรมการสนับสนุน และดูแลครอบครัวแบบย่อพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับอาการทางจิตเท่ากัน ซึ่งการทดสอบนี้ทำให้เห็นว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับอาการทางจิตไม่แตกต่างกัน และพบว่าในกลุ่มทดลองอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง ส่วนมาก มีคะแนนของอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย หลังการทดลอง มีคะแนนของอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย ส่วนมาก มีคะแนนของอาการทางจิต ลดลง อาการทางจิต รายข้อ พบว่า ความรู้สึกผิด มีคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิต ลดลงมากที่สุด รองลงมา ความคิดสับสน และความตึงเครียด และ คะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิต ในเรื่องอาการซึมเศร้า ท่าทางการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ และอาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ลดลงน้อยที่สุด ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่าเดิมอาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีอาการทางจิตน้อยอยู่แล้วการที่จะทำให้ลดต่ำลงถึงขั้นปกติเป็นไปได้ยากขึ้น ในกลุ่มควบคุม คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับน้อยทั้งหมด หลังการทดลองส่วนมาก มีคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ส่วนมากเท่าเดิม และมีบางส่วนที่มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าหากไม่มีการช่วยเหลือผู้ป่วย

จิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วย อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตคงเดิมและแนวโน้มอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทจะเพิ่มขึ้น

ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแล พบว่าในกลุ่มทดลองมีภาวะการดูแลก่อนการให้โปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ โดยเฉลี่ยทั้งภาวะเชิงอัตนัยอยู่ที่ระดับปานกลาง และภาวะเชิงปรนัยอยู่ระดับน้อย หลังการได้รับโปรแกรมระดับภาวะเชิงอัตนัยลดลงจากเป็นระดับน้อย เป็นน้อยที่สุด ภาพรวมภาวะลดลงจากระดับน้อยเป็นน้อยที่สุด อธิบายได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่งผลให้ลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าในกลุ่มทดลองหลังการให้โปรแกรมผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีภาวะเชิงอัตนัยลดลง ในครอบครัวที่มีภาวะเชิงอัตนัยเท่าเดิม อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลรู้สึกเครียดจากการที่ผู้ป่วยไม่ทำกิจวัตรประจำวัน มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว จึงรู้สึกว่าเป็นภาระมาก ด้านภาวะเชิงปรนัยส่วนมากมีภาวะลดลง ซึ่งภาวะเชิงปรนัยส่วนมากที่ลดลง ในครอบครัวที่ภาวะเท่าเดิมอาจเนื่องจากผู้ดูแลมีภาระมาก และมีปัญหาด้านสุขภาพจากการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุมพบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองโดยเฉลี่ยทั้งภาวะเชิงอัตนัย ภาวะเชิงปรนัยและภาวะรวม อยู่ที่ระดับน้อย หลังการให้โปรแกรมผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีภาวะเชิงอัตนัยภาวะเชิงปรนัย และภาวะรวม เท่าเดิม และมีบางครอบครัว มีภาวะเชิงอัตนัยภาวะเชิงปรนัย และภาวะรวม ที่เพิ่มขึ้นและบางครอบครัว ส่วนน้อยที่มีภาวะเชิงอัตนัยภาวะเชิงปรนัย และภาวะรวม ลดลง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ มีรูปแบบยังไม่ชัดเจนในการให้คำแนะนำ อาจทำให้ครอบครัวยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่ครอบคลุม อีกประการหนึ่งผู้ดูแลไม่ได้รับการฝึกทักษะในด้านต่างๆเช่น ทักษะการประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ เหมือนกับในกลุ่มทดลอง ทำให้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุมโดยส่วนใหญ่มีภาวะเท่าเดิม ทั้งก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ และบางส่วนมีภาวะการดูแลเพิ่มขึ้น ในส่วนของครอบครัวที่มีภาวะลดลงอาจเกิดจากการไปเยี่ยมบ้านจากการดูแลตามปกติ เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยมีการพูดคุยให้ข้อมูลความรู้มากกว่าเดิม ซึ่งในปัจจุบันมีการกำหนดให้มีหมอครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลบางส่วนมีภาวะเชิงอัตนัยภาวะเชิงปรนัย และภาวะรวม ลดลงได้บ้าง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชน โดยสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสม เช่น ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม การปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจกรรมตามลักษณะชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เช่น การดำเนินกิจกรรมในวันหยุด หรือในช่วงเย็นของวันธรรมดา เนื่องจากผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวบางรายต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เป็นต้น

2. การนำไปปรับใช้ สามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยอื่น ๆ ได้ตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวในแต่ละกลุ่ม และควรได้มีการส่งเสริมให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อติดตามอาการ และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สม่่าเสมอ ไม่เกิดการขาดยาและอาการกำเริบ

3. ข้อพึงระวัง แม้ว่าจะมีโปรแกรมต่าง ๆ เข้าไปช่วยผู้ป่วยและผู้ดูแลก็ตาม การเข้าไปให้ข้อมูลหรือโปรแกรมต่าง ๆ ก็ต้องสังเกตสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย เพราะมีสิ่งแวดล้อมหลายส่วนที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิตและภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้น เช่น การอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกน้อย หรือถ้ามีสมาชิกมาก ก็ต้องทำความเข้าใจกับสมาชิกทั้งหมด ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยก็เป็นส่วนหนึ่งเช่นถ้าไม่มีความสัมพันธ์กันที่ดี อาจไม่ใช่ญาติพี่น้อง ก็จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่เป็นภาระมาก ส่งผลให้การดูแลที่ไม่ดี ทำให้มีอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้นไปเรื่อย ๆ ฐานะทางเศรษฐกิจก็เช่นกัน ส่งผลในการดูแล ซึ่งถ้าพบผู้ป่วยลักษณะดังกล่าว ก็อาจจะต้องปรับรูปแบบ อาจต้องเข้าไปดูแล จัดโปรแกรมบ่อยขึ้น หรืออาจให้ชุมชนและเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มการสนับสนุนของเครือข่ายในชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้กำหนดกิจกรรมนี้ไว้ในโปรแกรม เนื่องจากการเพิ่มการสนับสนุนเครือข่ายในชุมชน ผู้วิจัยต้องสร้างความคุ้นเคยกับชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งอาจต้องใช้เวลา ความเชื่อมั่น และการให้ความเคารพนับถือ อย่างไรก็ตามหากมีการเพิ่มเติมกิจกรรมนี้ขึ้นก็อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภท มีระดับอาการทางจิตลดลงและผู้ดูแลมีคะแนนการดูแลลดลงเพิ่มขึ้น

2. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชนเพื่อเป็นการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ให้กับผู้ดูแลเป็นระยะๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลที่ไม่สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะหรือปัญหาของผู้ป่วยน้อยลง โดยการติดตามไปประเมินผลที่บ้านในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสม



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กชพร รัตนสมพร.(2556). **ปัจจัยทำนายอาการทางจิต**.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2547). **คู่มือแนวทางการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือและบำบัดผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์**,กรุงเทพฯ:วงศ์กมล โปรดักชั่น.
- กรมสุขภาพจิต.(2552). **แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่11 พ.ศ.2550-2554 ด้านสาธารณสุข**.นนทบุรี: สยามอินเสริทมาเก็ตติ้ง
- ไกรวรรณ เจริญกุล.(2539). **การจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท**.วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 4(3): 167-178.
- ขนาน หัสศิริ.(2537). **การพัฒนารูปแบบการพึ่งตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน**.รายงานการ วิจัย โรงพยาบาลสวนปรุง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนิษฐา สุขทอง.(2554). **ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณโน.(2541). **ญาติผู้ดูแลแหล่งประโยชน์แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง**.วารสารพยาบาล 47.(กรกฎาคม-กันยายน): 147-157.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). **การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข**.วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13.(มกราคม-มิถุนายน): 1-13.
- จิราพร รักการ.(2549). **ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุไรรัตน์ มิตรทองแท้. (2532). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง**.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร.(2549). **ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน**.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฐจิฎา โสพิศพรมงคล.(2555).ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่
ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดรุณี คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.

ทานตะวัน แยมบุญเรือง. 2540. กรณีศึกษา: ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย
และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทูลภา บุปผาสังข์.(2545).ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของป่วย
โรคจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นพรัตน์ ไชยธานี.(2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและ
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร.(2553).ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลใน
ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญวดี เพชรรัตน์และ เขาวนาถ สุวลักษณ์.(2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง,วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,12(3),141-149

บุบผา ธนิกกุล (2554).ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนดโอ
อินเตอร์ มีเดีย.

ประคอง กรรณสูตร.(2542).สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่3.กรุงเทพฯ:
ศานสุทธาการพิมพ์.

- ปานิสรา เกษมสุข (2551). **ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ ไชยสะอาด (2555). **ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และชนกพร จิตปัญญา. (2547). **ตราบาย: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว**. วารสารการพยาบาลจิตเวช. 18(1):1-9.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2544). **ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน**. เอกสารประกอบการบรรยายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2544). **รูปแบบการทำนายภาวะของผู้ดูแล: การทดสอบเชิงประจักษ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย สงวนสิน. (2545). **สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตาม การรับรู้ของครอบครัว**. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9 (3): 113 – 127.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2539). **จิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยอดสรอย วิเวกวรรณ. (2543). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2539). **แนวคิดในการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท**. วารสาร: พยาบาลศาสตร์. 14(1), 43-52.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย**. รามาธิบดี พยาบาลสาร 1 : 84 – 94.

- รจนา ปุณโณทก. (2550). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). **การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). **พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน**. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- ราตรี เครือวรรณ. (2552). **การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัวแนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วรกช นิธิกุล. (2535). **การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช. (2537). **การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล**. วารสารพยาบาลศาสตร์, 21(14): 33-37.
- สมคิด ตริราภิ. (2545). **ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : วีเจพรีนติ้ง.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). **พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท**. ขอนแก่น: คลังนานา.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2546). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2557). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557**. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). **ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง**. วารสารพยาบาลศาสตร์ 13(4): 76-85.

- สุนีย์ แสงดาว(2554).ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ต่อภาวะในการดูแลของ **ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดาพร สติตยทุทธการ(2552).ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง **ต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง**.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- .สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว.(2554).การพยาบาลจิตเวช.พิมพ์ครั้งที่2.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สุภาภรณ์ ทองดารา (2545). **ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย**.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อติญา โพธิ์ศรี.(2551).ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของ **ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย.(2553). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า**.กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลสจำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.(2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**.พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ ช่องต่อ (2550).ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ **รักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547).ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการ **ดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท**.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ.(2544).จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว.พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ :ชั้นใต้ การพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

- Adamac,C.(1996).How to live with mentally ill person.New York: John Wileyan Sons.
- Alan,S.etal.(2007).Assessment of Community Functioning in People with

- Schizophrenia and Other Severe Mental Illnesses** : A write Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop.Schizophrenia Bulletin33(3): 805-822.
- Almeida R (1996).**Severity of illness versus severity of diseases: Definition and application**.Retrieved April 10,2006,from <http://WWW.Bibl.liu.se/liupub/disp/disp96/tex454s.htm>.
- American Psychiatric Diagnosis.(1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder. 4th Ed** : Washington DC.
- Anderson, C.M., Reiss, D.J. & Hogarty, G.E. (1986). **Schizophrenia and the family. A practitioner's guide to psychoeducation and management**.New York: Guilford Press.
- Andres, K., Pfammatter, M., Fries, A. and Brenner, H. D. (2003). **The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia**. European Psychiatry 18(4): 149-154
- Antonovsky,A. (1987).**Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well**.San Francisco: Jossey-Bass.
- Awad, A.G., Vornganti, L.N.(2008).**The burden of schizophrenia on caregivers : a review**.Pharmacoeconomics. 26:149-162.
- Baker,A.F.1989.**Living with a chronically ill, Schizophrenia**.Journal of Psychrosocial Nursing27(1):31
- Brown,G.W.,Birley,J.L.T.,Wing,J.K.(1972). **Influence of family life on the course of Schizophrenic disorders: a replication**. British Journal of Psychiatry 121, 241–258.
- Bull, M.J.(1990).**Factor influencing family caregiving burden and health**. Western Journal of Nursing Research 12 : 758-776.
- Butzlaff, R.L.,Hooley,J.M.(1998).**Expressed emotion and psychiatric relapse: a metaanalysis**. Archives of General Psychiatry 55, 547–552.
- Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W., and Keith, S. (2001). **The psychosocial treatment of schizophrenia: An update**. American Journal of Psychiatry 158: 163-175.
- Cook, J.A., Lefley, H.P., Pickett, S.A. & Cohler, B.J. (1994). **Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness**. American Journal Orthopsychiatric 64: 435-477.

- Cook, J.A., Heller, T. & Pickett, S.A. (1999). **The effect of support group participation on caregiver burden among parents of adult offspring with severe mental illness.** *Family Relation* 48(4): 405-410.
- Davis, L.L.(1992). **Building a science of caring for caregiver.** *Family & Community.* 15(2); 1-9.
- Devaramane, V., Pai, N. B. & Vella, S. (2011). **The effect of a brief family intervention on primary carer's functioning and their schizophrenic relatives levels of psychopathology in India.** *Asian Journal of Psychiatry*, 4 (3):183-187.
- Dixon, L.B., Lehman, A.F.,(1995). **Family interventions for schizophrenia.** *Schizophrenia Bulletin* 21 (4), 631–643
- Doornbos, M.M. (2002) **Family caregivers and the mental health care system: Reality and Dream.** *Archives of Psychiatric Nursing.* 16:39-46.
- Eakes, G (1995). **Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals.** *Archives of Psychiatric Nursing* 9(2): 77-84.
- Elloit, D.P.(1998) **Chronic issues in patients with dementia.** *Journal of American Society of Consultant Pharmacists.* 13: 11A1-11A8.
- Falloon et al.(1981). **The questionnaire family functioning :A preliminary validation of a standardized-instrument to evaluate psychoeducation family treatment.a review of empirical studies.** *British Journal of Psychiatry community mental health Journal.*43(30):300-330.
- Fowler, L.(1992). **Family psychoeducation: Chronic psychiatrically ill Caribbean patient.** *Journal of Psychosocial Nursing* 30 (3): 27-32.
- Frisch, N.C., & Frisch, L.E.(1998) .**Psychiatric mental health nursing (2nd ed.).** U.S.A.: Springer.
- George, H. S. (1996). **Redefining family support: Innovations in public- private partnerships.** Baltimore: Pual H. Bookes.
- Greenberg, S. J., Greenley, J. R., Mckee, D., Brown, R. & Griffin-Francell, C. (1993). **Mother caring for an adult child with schizophrenia: The effects of subjective burden on maternal health.** *Family Relation.* 42; 205-211.

- Hobbs, T.R. (1997). **Depression in the caregiver mothers of adult schizophrenics: A test of a resource deteriora model.** *Community Mental Health Journal* 33: 387-398.
- Hou, S. Y., Ke, C. L. K., Su, Y. C., Lung, F. W., and Huang, C. J. (2008). **Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan.** *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 62(5): 508-514.
- Ip, G.S.H. and Mackenzie, A.E. (1998). **Caring for relatives with serious mental illness at home: The Experiences of Family Cares in Hong Kong.** *Archives Psychiatric Nursing* 12(5): 288-294.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J.(1995). **Comprehensive textbook of psychiatry. 6th ed.** Balltimore: Williams and Wikins.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A.(1987). **The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia.** *Schizophrenia Bulletin*13(2):261–276.
- King, I.M. (1981). **A theory of nursing: System concept, process.** New York: Awiley Medical.
- Kuipers,E. (2006). **Family interventions in schizophrenia: evidence for efficacy and Proposed mechanisms of change.** *Journal of Family Therapy* 28(1): 73-80.
- Kuipers, L., Leff, J. & Lam, D. (1992). **Family work for schizophrenia; A practical guide.**London: Gaskell
- Lader,M.(1995).**What is relapse in schizophrenia.** *International Clinical Psychopharmacology*,9 (5), 5-9.
- Lauber,C. (2003).**Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia.***European Psychiatry*, 18(5), 285-289.
- Lazarus,R.S.& Folkman,S.(1984).**Stress, Appraisal and Coping.** New York: Springer.
- Leff,P.J.,and Vaughn,C.(1985).**Expressed emotion in families.** New York: The Guiford Press.
- Lefley, H.P. (1987). **Agng parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem.***Hospital and Community Psychiatry* 38(10): 1063-1070.

- Lim, Y.M. & Ahn, Y.M. (2003). **Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea.** *Applied Nursing Research* 16(2):110-117.
- Loukissa, D.A. (1995). **Family burden in chronic mental illness of mental health professionals.** *Journal of Nervous and Mental Disease* 175: 613-619.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Maj, M., and the National Mental Health Project Working Group. (2006). **Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: preliminary results from an Italian national study.** *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113: 60-63.
- Marcia, G.O. (1992) **In-home care for older people: Health and support service.** California: SAGE.
- Martyns-Yellowe. (1992). **The burden of schizophrenia on the family: A study from Niger** *British Journal of Psychiatry*, 161(12), 779-782
- Moller-Leimkühler, A.M. (2005). **Burden of relatives and predictors of burden .Baseline Results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression.** *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 255(4): 223-231.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G. and Hooyman, N.R. (1985). **Caregiving and the experience of subjective and objective burden.** *Family Relations* 34(4):19-26.
- Mueser, K.T., and McGurk, S. (2004). **Schizophrenia.** *The Lancet* 363: 2063-2072.
- Noh, S., Turner, R. (1987). **Living with psychiatric patients: Implications for the mental health of family members.** *Social Science and Medicine*, 25 (8), 263 -272.
- Norman, Ross MG. et al. (2002). **An evaluation of a stress management program for individual with schizophrenia.** *Schizophrenia Research* 58: 293-303.
- Nuechterleing Dawson, Gitlin, et al. (1992). **Developmental Processes in Schizophrenic Disorders: Longitudinal Studies of Vulnerability and Stress.** *Archives of Schizophrenia Bulletin* 18 (3), 387-425.
- Oberst, M.T. et al. (1989). **Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers.** *Cancer Nursing* 12: 209-215.
- Okpokoro U, Adams CE, Sampson S. (2014) **Family intervention (brief) for Schizophrenia** *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3.

- Orem, D.E. (1991). **Nursing concepts of practice**. 4th ed. St.Louis: Mosb.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. (1962). **Brief Psychiatric Rating Scale**. Psychological Reports.10:799-812.
- Parker, B.A. (1993). **Living with Mental Illness: The Family as Caregiver**. Journal of Psychosocial Nursing 31(3): 19-21.
- Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W.(2010). **Family intervention for schizophrenia**.Cochrane Database of Systematic Reviews.Issue 12.
- Platt, S. (1985). **Measuring the burden of Psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales**. Psychosocial Medicine 15: 383-393.
- Polit,D.F. and Hungler,B.P. (1999). **Nursing Research : Principles and Methods**. Philadelphia :J.B. Lippincott.
- Poulshock,S.D.,&Demling,G.T. (1984). **Families caring of elders in residence: Issue in Measurement of burden**.Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 3(5) , 181-187.
- Provencher, H.L., and Meuser, K.T. (1997). **Positive and negative symptom behavior and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia** Schizophrenia Research. 26 : 71-80.
- Quinlan,J. & Ohlund,G. (1995). **Psychiatric Home care**. Home Health Care Nurse,13(4) , 20-24.
- Raune,D.,Kuipers,E.,and Bebbington,P.E.(2004).**Expressed emotion at first- episode psychosis: investigating a carer appraisal model**. The British Journal of Psychiatry 184 (4): 321-326.
- Reinhard, S.C.(1994).**Living with mental illness: Effect of the professional support and personal control on caregiver burden**.Research in Nursing and Health. 17: 79-88.
- Rolland, J. (1994). **Families, illness, and disability**. New York : Basic Books.
- Royal Brisbane Hospital. 2003. **Early Warning Signs**. [One line]. Available from: [Http://www. nmna. Org](http://www.nmna.org). [2007,September 1].
- Sadock,J.B. and Sadock,A.V.(2000).**Comprehensive textbook of psychiatric**. Philadelphia Lippincort Williams and Wilkins.
- Sadock,B.J.,and Sadock,V.A.(2007).**Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry :**

- Behavioral Sciences and clinical psychiatry (10th.ed.).** Philadelphia : Williams and Willkins. NewYork.
- Salleh,M.R.(1994).**The burden of care of schizophrenia in Malay families.** Acta Psychiatry Scandinavia 89: 180-185.
- Scazufa,M.& Kuiper,E.(1999).**Links between expressed emotion and burden of car in relatives of patients with schizophrenia before and after psychiatric admission.** British Journal of Psychiatry, 174 (15), 154-158
- Song,Li-Yu,Biegel,D.E.and Milligan,S.E.(1997).**Predictors of depressive Symptomatology Among lower social class caregivers of person with chronic mental illness.** Community Mental Health Journal 33: 266-269.
- Sundel,M. and Sundel,S.1999.**Behavior change in the Human Service. 4 th ed.** California: Sage Publications.
- Swofford,C.D.,Kasckow,J.W.,Scheller-Gilkey,G.,Inderbitzin,L.B.(1996).**Substanceuse: a powerful predictor of relapse in schizophrenia.** Schizophrenia Research 20, 145-151.
- Taylor,C.M. (1994). **Essential of Psychiatric Nursing.** St.louis : Mosby Yearbook.
- Thara, R., Padmavati, R., Kumar, S., Srinivasan, L.(1998). **Burden Assessment Scale:** instrument to assess burden on caregivers of chronic mentally ill. Indian Journal of Psychiatry 40 (1), 21–29.
- Thomson,E.H. and Doll,W.(1982).**The burden of families coping with the mentallyill : An invisible crisis.**Family Relation 31: 152-160.
- Tsang, H.W.H., Tam, P.K.C., Chan, F., Chang, W.M.(2003). **Sources of burdens on families of individuals with mental illness.**International Journal of Rehabilitation research 26 (2), 123–130.
- UNC Department of Psychiatry.(2007).**Schizophrenia Treatment and Evaluation Program.(STEP).**[online].Availableform:<http://www.psychiatry.unc.edu/STEP/contact.htm>.
- Varghese, M., Shah, A., Uday Kumar, G.S.(2002) **Family Intervention and Support in Schizophrenia: A Manual on Family Intervention for the Mental Health Professional.**Version 2. WHO/NIMHANS.

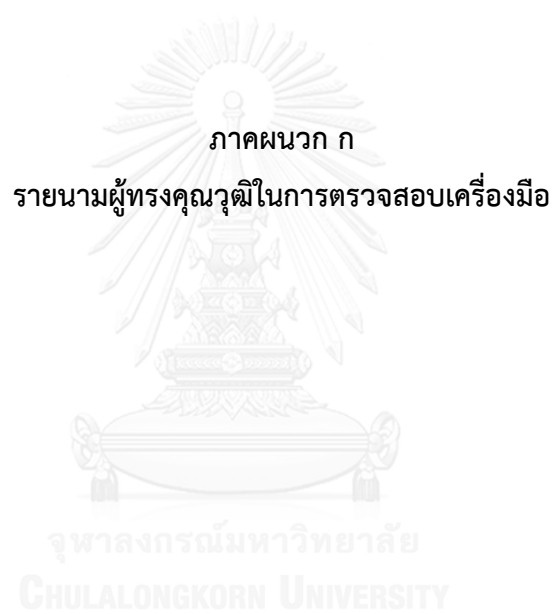
- Wai-Tong, C., Chan, S. W. C., and Morrissey, J. (2007). **The perceived burden among Chinese Family caregivers of people with schizophrenia**[Article]. Journal of clinical Nursing 16(6): 1151 – 1161.
- Wehmeier,S. (2000). **Oxford advanced learner’s dictionary of current English (6th ed.)**. Oxford: Oxford University press.
- World Health Organization.(1992).**International Classification of Diseases – Tenth Revision Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**. World Health Organization,Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2001). **Mental health: new understanding, new hop**. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization.(2011).**World report on disability 2011**. World Health Organization,Geneva, Switzerland.
- Videbeck, S. L. (2001). **Psychiatric and mental health nursing**. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

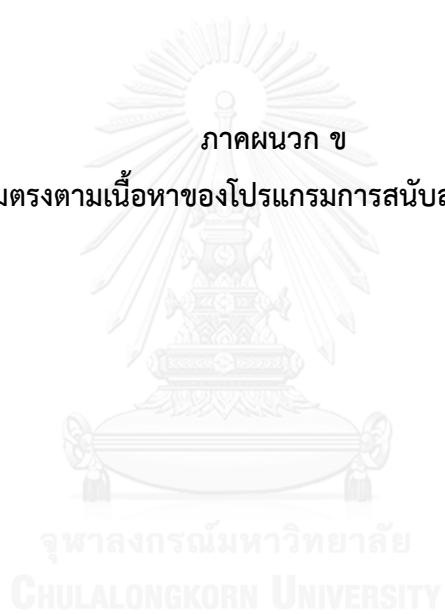


รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ชาญชัย ปวงนิยม	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช) โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย	อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
3. อาจารย์ ดร.มุกดา ผดุงยาม	อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
4. นางสาวสุณี ฉิมพิบูลย์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภลัย จ.สมุทรสงคราม
5. นางบังเอิญ ทองสมนึก	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง จ.เพชรบุรี

ภาคผนวก ข

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ



การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) คำนวณโดยใช้สูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = \frac{15}{18} = .833$$

ตารางที่ 11 การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ

ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	ท่านที่ 4	ท่านที่ 5	คะแนน ความเห็น ของผู้ทรงฯ
ข้อความ						
กิจกรรมที่ 1: การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท						
1.ใบงานที่ 1/1 ความรู้สึกรู้สึที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท	3	3	3	3	3	1
2.ใบงานที่ 1/2 ความหมาย สาเหตุอาการของโรคจิตเภท	3	3	3	3	3	1
3.ใบงานที่ 1/3 การรักษาโรคจิตเภท	3	4	3	4	3	1
4.ใบงานที่ 1/4 การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาจิตเภท	4	3	4	3	4	1
5.ใบงานที่ 1/5 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช	4	3	3	4	3	1
6.ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท	4	3	3	3	4	1
7.ใบความรู้ที่ 1/2 ยารักษาจิตเภท	4	4	4	4	4	1

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3	ท่านที่ 4	ท่านที่ 5	คะแนน ความเห็น ของผู้ทรงฯ
ข้อความ						
กิจกรรมที่ 2: การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา สื่อการสอนและอุปกรณ์ 8. ใบงานที่ 2/1 “พฤติกรรมอะไรบ้างที่เป็นปัญหา” 9. ใบงานที่ 2/2 “การกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหา” 10. ใบความรู้ที่ 2/1 วิธีการเผชิญปัญหา	4	4	4	3	4	1
	3	3	3	3	3	1
	3	4	3	3	3	1
กิจกรรมที่ 3 : การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม 11. ใบงานที่ 3/1 กิจกรรม “สายสัมพันธ์ในครอบครัว” 12. ใบความรู้ที่ 3/1 กิจกรรม “สายสัมพันธ์ในครอบครัว” 13. ใบงานที่ 3/2 กิจกรรม “สื่อสารอย่างสุนทรีย์ เปรมปรีดิ์สู่ครอบครัว” 14. ใบความรู้ที่ 3/2 กิจกรรม “สื่อสารอย่างสุนทรีย์เปรมปรีดิ์สู่ครอบครัว”	3	4	3	3	3	1
	4	3	4	3	3	1
	3	4	3	3	4	1
	3	3	3	4	3	1

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ข้อความ	ท่านที่	ท่านที่	ท่านที่	ท่านที่	ท่านที่	คะแนน ความเห็นของ ผู้ทรงฯ
	1	2	3	4	5	
15.ใบงานที่ 3/3 การแสดงออกทาง อารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3	3	3	3	3	1
16.ใบความรู้ที่ 3/3ทักษะการแสดงออก ทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	2	3	3	2	3	0
17.ใบงานที่ 3/4 ความเครียดในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	2	2	3	3	2	0
18. ใบความรู้ที่ 3/4 การผ่อนคลาย ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	2	2	3	3	3	0

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



แบบวัดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และ แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
(เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล)

คำชี้แจง เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 แบบวัดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ในช่องข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หย่า
<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
<input type="checkbox"/> หม้าย	
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> ว่างาน	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> รับราชการ	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....

6. ความเพียงพอของรายได้

- เพียงพอและเหลือเก็บ
- เพียงพอกับรายจ่าย
- ไม่เพียงพอกับรายจ่าย
- ไม่มีรายได้
- อื่น ๆ ระบุ.....

7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

- บิดา
- มารดา
- พี่
- น้อง
- สามี
- ภรรยา
- บุตร

8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....ปี.....เดือน



แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย หรือเติมข้อความในช่องว่างในข้อที่ตรงกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - โสด หย่า
 - คู่ แยกกันอยู่
 - หม้าย
4. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้เรียน อนุปริญญา
 - ประถมศึกษา ปริญญาตรี
 - มัธยมศึกษา อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
 - ว่างาน รับจ้าง
 - รับราชการ ค้าขาย
 - เกษตรกรรม อื่น ๆ ระบุ.....
6. จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (การป่วยซ้ำ).....ครั้ง
 - 1 ครั้ง 4 ครั้ง
 - 2 ครั้ง 5 ครั้ง
 - 3 ครั้ง อื่น ๆ ระบุ.....
7. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย✓ ในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึงมีเหตุการณ์นั้น เกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
มาก	หมายถึงมีเหตุการณ์นั้น เกิดขึ้นกับท่านทุกอาทิตย์
ปานกลาง	หมายถึงมีเหตุการณ์นั้น เกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง
น้อย	หมายถึงมีเหตุการณ์นั้น เกิดขึ้นกับท่านนานครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึงมีเหตุการณ์นั้น เกิดขึ้นกับท่านน้อยมาก

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาวะเชิงอัตนัย					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปในอนาคตผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไร หากไม่มีท่าน					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงปรนัย					
1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน					
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
3.					
4.					
5.....					
6.					
7.....					
8.					
9.					
10.....					
11.					
12. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้สำหรับผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท(เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับ
โรคจิตเภท

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.โรคจิตเภทหมายถึงโรคทางจิตใจชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น การแสดงออกของพฤติกรรม การรับรู้ และอารมณ์ จากคนปกติทั่วไป		
2.สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง		
3.โรคจิตเภทอาจเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า โดนของ		
4.พิษจากยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ อาจทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้		
5.โรคจิตเภทสืบทอดได้ทางพันธุกรรม		
6.ความผิดหวังจากการเรียน การทำงาน ความรัก อาจทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
25.		
26.....		
27.....		
.....		
28.ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พูดคนเดียว มีทิทำไม่ไว้วางใจใคร ควรรอดูอาการไปก่อน ถ้าเป็นมากจึงพามาพบแพทย์		

คู่มือโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ
ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล และอาการทางจิต ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

โดย

นางสุทธดา บัวจิ้น

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมมุทธิ์

อาจารย์ที่ปรึกษา(ร่วม) อาจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

คำนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง ทำให้สูญเสียสมรรถภาพ องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นอันดับหนึ่งในสามของโรคที่มีผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพมากที่สุด สถิติผู้ป่วยนอกจิตเภทที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต พบโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตมากเป็นอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีเมื่อเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ จากนโยบายในปัจจุบัน มุ่งเน้นการอยู่รักษาในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุด การจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกสู่ครอบครัว มุ่งเน้นการเพิ่มบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดังนั้นครอบครัวจึงกลายเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อจากโรงพยาบาล ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการช่วยเหลือดูแลขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำงานบทบาทหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระ ส่งผลสัมพันธ์กับความรู้สึกทุกข์ทรมานของญาติในการดูแล

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยได้สนใจนำโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ตามแนวคิดของ Devaramane (2011) มาใช้ในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแล และลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากโปรแกรมการดังกล่าว ส่งผลให้ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีและเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วย สามารถเผชิญปัญหาและจัดการกับปัญหา ลดการวิพากษ์วิจารณ์ ลดการก้าวร้าวและลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วย ทำให้มีความอดทนต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย ช่วยสนับสนุนให้เกิดสิ่งแวดล้อมทางบวกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสงบได้นานขึ้น และส่งผลให้ลดอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภทได้ในอนาคต

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สุทธดา บัวจิ้น

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
คำนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
แนวคิดโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ	3
รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ	8
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้สุขภาพจิตศึกษา เกี่ยวกับโรคจิตเภท	8
กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการประเมินปัญหาและการจัดการกับปัญหา	12
กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม	21

การดำเนินโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

กิจกรรมที่ 1: การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทราบถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม ลดความรู้สึกวิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท และบทบาทผู้ดูแล
4. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
5. เพื่อให้ผู้ดูแล ปรับทัศนคติ เกิดความรู้สึกที่ดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. เพื่อให้ผู้ดูแล สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยและผู้ดูแล

1. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ว่างใจและเปิดเผยข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย
2. บอกถึงประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. บอกถึงความหมาย ของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ อาการแพ้ยา อาการกำเริบ และการดูแล บอกอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียง และ บทบาทการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้

สาระสำคัญ

เริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว ทถามความเป็นอยู่ทั่วไป แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายถึงการดำเนินกิจกรรมและระยะเวลา ตามโปรแกรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องโรคจิตเภท ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ครอบครัวถึง สาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแล รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจความเจ็บป่วยและบทบาทการดูแลผู้ป่วย และช่วยปรับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรม

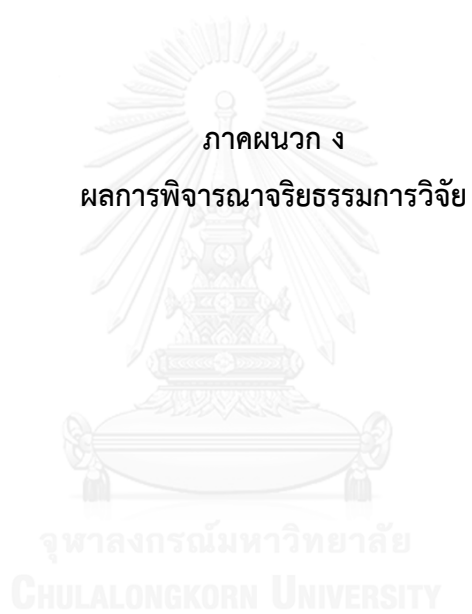
1. สร้างสัมพันธ์ภาพ โดยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย พูดคุยด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง ท่าที่เป็นมิตร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย
2. อธิบายถึงขั้นตอนและ ระยะเวลา พร้อมข้อตกลง ของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม
3. ผู้วิจัยประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแล และประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยก่อนการทดลอง
4. ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องโรคจิตเภท ตามใบงานที่1/1 จิตเภทในความเข้าใจของฉันและใบงานที่1/2 มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคจิตเภทกันเถอะ พูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลและสรุปตามประเด็น
5. ทบทวนความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา การแพทย์ อาการกำเริบ การดูแลเมื่อเกิดอาการกำเริบ บทบาทญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถาม ผู้วิจัยตอบข้อซักถาม
8. สรุปผลของการดำเนินกิจกรรม
9. นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

สื่อการสอนและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 จิตเภทในความเข้าใจของฉัน
2. ใบงานที่ 1/2 มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคจิตเภทกันเถอะ
3. ใบความรู้ที่ 1/1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท “มารู้จักโรคจิตเภทกันเถอะ”
4. แบบประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องโรคจิตเภท
5. แบบประเมินภาระในการดูแลสำหรับผู้ดูแล
6. แบบประเมินอาการทางจิตสำหรับผู้ป่วย
7. ปากกา

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การซักถาม และ การแสดงความคิดเห็นขณะทำกิจกรรม



ภาคผนวก จ
หนังสือขออนุญาตรวบรวมข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศร 05:2.11/489

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

18 พฤศจิกายน 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวธรรดา บัวเงิน นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุน และดูแลครอบครัว แบบกระชับต่ออาการทางจิต และภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. รชนีกร เกิดโชค เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ผลิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับ การวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 และผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุน และดูแลครอบครัว ตามแนวคิดของ Devaramane (2011) แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดระดับอาการทางจิตของผู้ป่วย แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท และแบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียด ทั้งนี้ผลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวธรรดา บัวเงิน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปิรัชวพงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 02-2181-1152
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร. รชนีกร เกิดโชค โทร. 0-2218-1151
ข้อนี้ผลิต นางสาวธรรดา บัวเงิน โทร. 08-9378-9988

ภาคผนวก ฉ
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวสุทธดา บัวจิ้น กำลังดำเนินการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุน และดูแลครอบครัวแบบย่อ ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ ของการวิจัย เพื่อการศึกษาเปรียบเทียบอาการทางจิต ของผู้ป่วยจิตเภท และภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อและเพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลครอบครัวแบบย่อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ให้สามารถรับรู้เข้าใจปัญหาและจัดการกับปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจและมีประสิทธิภาพ มุ่งให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัว ให้เป็นไปด้วยความสอดคล้องกลมกลืน ส่งผลให้สามารถลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ลดการเกิดอาการกำเริบ และการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งยังเป็นแนวทางการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับพยาบาลวิชาชีพในชุมชน

จึงจำเป็นต้องได้รับข้อมูล ที่เป็นจริงจากท่าน ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยจิตเภท (ฐานะใดฐานะหนึ่ง) หากท่านตกลงเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ จะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ ท่านต้องเข้าร่วมการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุน และดูแลครอบครัวแบบย่อ เป็นรายครอบครัวที่บ้านครอบครัวละ 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 1กิจกรรมๆ ละ 60 รวมเป็นเวลา 3 สัปดาห์

ท่านจะต้องตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลเบื้องต้น แบบสอบถามเกี่ยวกับ ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะใช้ระยะเวลาในการให้ข้อมูลประมาณ 1 ชั่วโมง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการสอบถาม จดบันทึก ในการสนทนาส่วนตัว/การถ่ายภาพ ทั้งนี้เพื่อความถูกต้องของเนื้อหา หากมีคำถามใดที่ท่านไม่สะดวกตอบ ท่านสามารถปฏิเสธไม่ตอบคำถามได้ และท่านสามารถยกเลิกการร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อ และนามสกุลจริงของท่านลงในแบบบันทึกข้อมูลเพื่อการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำลายข้อมูล ภายในระยะเวลา 1 ปี

การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเข้าร่วมการศึกษาเป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบใดๆ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมและเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดหรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อนางสุทธดา บัวจัน หัวหน้าโครงการวิจัย ได้ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาวัง อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรี โทรศัพท์ 089-3789-98-8 ซึ่งยินดีให้คำชี้แจงแก่ท่านทุกประการ

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ โปรดสอบถามได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยฯ จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โทรศัพท์ 032-425200 ต่อ 3107,109



เอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....นามสกุล.....
 อายุ.....ปี ได้รับฟังคำอธิบายจาก.....นางสุทธดา...บัวจิ้น.....
 เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง.....ผลของโปรแกรมการสนับสนุน และดูแล
 ครอบครัวยุทธภัยต่อการทางจิต และ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบถึงวัตถุประสงค์
 ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด
 ตลอดจนให้เวลาในการซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเข้าใจ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการสอบถาม ใช้เวลา
 ประมาณ..60...นาที เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการเป็น
 อาสาสมัครโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนาโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อ (24 ชั่วโมง) ได้ที่ นางสุทธดา บัวจิ้น บ้านเลขที่ 466/4 หมู่ 9
 ตำบล รงชัย อำเภอเมือง จังหวัด เพชรบุรี โทรศัพท์ 089-3789988

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....อาสาสมัครวิจัย (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน พ.ศ.	ลงนาม..... ผู้วิจัย (.....) ตัว บรรจง วันที่..... เดือน พ.ศ.
ลายเซ็นพยานอย่างน้อย 1คน (แล้วแต่กรณี) ลงนาม..... พยาน (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน พ.ศ.	ลงนาม..... พยาน (.....) ตัว บรรจง วันที่..... เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าไม่สามารถเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจน
เข้าใจ และข้าพเจ้าจึงได้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

<p>ลายนิ้วมืออาสาสมัครวิจัย</p>	<p>ลงนาม..... ผู้วิจัย (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน พ.ศ.</p>
<p>ลายเซ็นพยานจำนวน 2 คน</p> <p>ลงนาม..... พยาน (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน พ.ศ.</p>	<p>ลงนาม..... พยาน (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน พ.ศ.</p>

ภาคผนวก ช
ตารางคะแนนอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
ก่อนและหลังการทดลอง

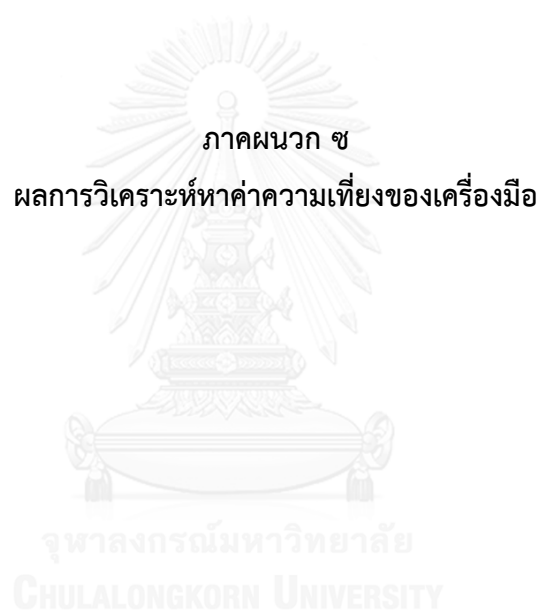
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 12 คะแนนอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คะแนนอาการทางจิต					
กลุ่มทดลอง($n_1=20$)			กลุ่มควบคุม ($n_2=20$)		
คนที่	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	คนที่	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	23	19	21	22	25
2	18	18	22	30	30
3	42	23	23	21	22
4	21	18	24	24	24
5	21	18	25	19	19
6	21	18	26	21	21
7	21	18	27	30	30
8	20	18	28	20	20
9	22	19	29	18	18
10	21	18	30	18	18
11	18	18	31	18	18
12	21	18	32	24	24
13	23	18	33	24	25
14	25	21	34	27	27
15	27	20	35	25	25
16	18	18	36	18	18
17	21	18	37	26	26
18	18	18	38	26	26
19	31	20	39	27	27
20	21	18	40	18	18
คะแนนเฉลี่ย	22.65	18.70	คะแนนเฉลี่ย	22.80	23.05
ระดับ	น้อย	น้อย	ระดับ	น้อย	น้อย

ตารางที่ 13 คะแนนภาวะรวมของผู้ดูแลรายบุคคลของกลุ่มทดลองและควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท(n=40)

กลุ่มทดลอง (n ₁ =20)				กลุ่มควบคุม (n ₂ =20)			
คนที่	ก่อน	หลัง	ผลต่าง คะแนน	คนที่	ก่อน	หลัง	ผลต่าง คะแนน
1	1.50	1.42	0.08	21	1.42	1.83	-0.41
2	2.25	1.42	0.83	22	2.17	2.29	-0.12
3	1.96	1.54	0.42	23	2.25	2.46	-0.21
4	1.58	1.38	0.20	24	1.58	1.58	0
5	1.42	1.38	0.04	25	2.46	2.46	0
6	1.88	1.42	0.46	26	1.42	1.42	0
7	3.00	2.21	0.79	27	1.13	1.25	-0.12
8	2.21	1.67	0.54	28	2.46	2.5	-0.04
9	2.75	1.54	1.21	29	2.75	2.71	0.04
10	1.75	1.58	0.17	30	2.13	2.08	0.05
11	1.83	1.67	0.16	31	2.83	3.00	-0.17
12	1.50	1.50	0	32	2.17	2.17	0
13	2.04	1.50	0.54	33	3.46	3.46	0
14	3.63	1.83	1.80	34	1.92	1.96	-0.04
15	2.13	1.58	0.55	35	1.29	1.29	0
16	3.79	1.42	2.37	36	2.46	2.46	0
17	1.50	1.17	0.33	37	3.92	3.92	0
18	2.08	1.38	0.70	38	1.58	1.58	0
19	3.79	1.79	2.00	39	2.33	2.33	0
20	1.50	1.29	0.21	40	2.58	2.58	0
คะแนนเฉลี่ย	2.20	1.53	0.67	คะแนนเฉลี่ย	2.22	2.27	-0.05
ระดับ	น้อย	น้อยที่สุด	ลดลง	ระดับ	น้อย	น้อย	เพิ่มขึ้น



ตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.911	24

จากตารางที่ 14 พบว่าค่าความเที่ยงของแบบประเมินการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .911

ตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.870	18

จากตารางที่ 15 พบว่าค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .870

ตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.93	28

จากตารางที่ 16 พบว่าค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .93

ตารางที่ 17 ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบวัดความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.868	20

จากตารางที่ 17 พบว่าค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .868

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสุทธดา บัวจีน เกิดเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2513 ที่อำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปีการศึกษา 2539 และ พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา 2545 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(ภาคนอกเวลาราชการ)ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันรับราชการ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

