

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ด้อยพึ่งพาของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

นางสาวแก้วตา มีศรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 Graduate School.

SELECTED FACTORS RELATED TO DEPENDENT CARE AGENCY AMONG
CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

Miss Kaewta Meesri

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 2011
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล
บุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดย

นางสาวแก้วตา มีศรี

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

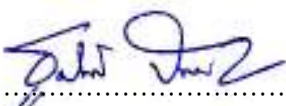
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น ส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จิระแพทย์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

แก้วตา มีศรี: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (SELECTED FACTORS RELATED TO DEPENDENT CARE AGENCY AMONG CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก:อ.ดร.เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์, 132 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จำนวน 143 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .90, .90 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.79$)
2. อายุ ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .230, .286, .561$ และ $.642$ ตามลำดับ)
3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.364$)
4. เพศและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สาขาวิชา ...การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....

ปีการศึกษา2554.....

ลายมือชื่อนิสิต 

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก 

5277802336: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: CAREGIVER’S ABILITY/ CAREGIVER/ SCHIZOPHRENIC PATIENTS/
COMMUNITY/

KAEWTA MEESRI: SELECTED FACTORS RELATED TO DEPENDENT CARE
AGENCY AMONG CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN
COMMUNITY. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 132 pp.

The purpose of this descriptive research was to study the relationship between the factors related to dependent care agency among caregivers of schizophrenic patients in community and their relationships among age, gender, the knowledge in caring, chronic illness, duration of care, caregiver and schizophrenic patients relationships and social support. Subjects were 143 caregivers of schizophrenic patients who follow up in Out Patients Department at Ratchaburi Hospital, Nakhonprathom Hospital and Chaoprayayomaraj Hospital were selected by random sampling technique. The research instruments were the Personal Data Record, knowledge in caring, caregiver and schizophrenic patients relationships, social support and caregivers’ capabilities in caregivers of schizophrenic patients. The reliability of questionnaire were .90, .90 and .93 respectively. Statistic technique used in data analysis were frequency, percent, mean, standard deviation, Pearson’s Product Moment Correlation and Point Biserial Correlation.

Major findings were as follows;

1. Caregivers’ capabilities in caregivers of schizophrenic patients was at high level (\bar{X} =3.79)
2. Age, Duration of care, caregiver and schizophrenic patients relationships and social support were significantly correlated with caregivers’ capabilities in caregivers of schizophrenic patients at level of .05 ($r=$.230, .286, .561 and .642 respectively)
3. Chronic illness in caregiver of schizophrenic patients was significantly negative correlated with caregivers’ capabilities in caregivers of schizophrenic patients at level of .05($r=$ -.364)
4. Gender and Knowledge in caring were not correlated with caregivers’ capabilities in caregivers of schizophrenic patients

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing .

Student’s Signature *Kaewta Meesri*

Academic Year :2011.....

Advisor’s Signature *J. K.*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความเมตตาเป็นอย่างยิ่ง จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิด อันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริม และให้กำลังใจ เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยมีความ มุ่งมั่นและอดสาหัส พยายามทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจ และได้กรุณาให้ข้อคิด คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ขึ้น รวมทั้ง คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการทำ วิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการ วิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี คณะแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ และคอยอำนวยความสะดวกในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดาผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณกัลปมิตรและพี่ ๆ เพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งเป็นกำลังใจและมอบ รอยยิ้มที่มีคุณค่ายิ่งให้กับผู้วิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่ให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ขอให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่ แข็งแรงและสมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	13
1.1 ความหมายของโรคจิตเภท.....	14
1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท.....	14
1.3 ระบาดวิทยา.....	17
1.4 อาการของโรค การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคจิตเภท.....	17
1.5 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท.....	19
2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	21
2.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	21
2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	23
3. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา.....	27
3.1 ความหมาย.....	27
3.2 แนวคิดทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา.....	28
3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท.....	32
3.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	40

3.5 การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	41
3.6 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	43
4. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	74
สรุปผลการวิจัย.....	77
อภิปรายผลการวิจัย.....	78
ข้อเสนอแนะ.....	83
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	84
รายการอ้างอิง.....	85
ภาคผนวก.....	99
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	100
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	102
ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	110
ภาคผนวก ง สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของ แบบสอบถาม.....	112
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	117
ภาคผนวก ฉ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	123
ภาคผนวก ช ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	128
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	132

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ประชากรของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล.....	52
2	จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลผู้ป่วย เกณฑ์ในชุมชนจำแนกตาม เพศ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ.....	67
3	จำนวนและร้อยละของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน.....	69
4	จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	70
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและ ผู้ป่วยจิตเภท.....	70
6	จำนวน ร้อยละ และระดับของการสนับสนุนทางสังคม.....	71
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต เภทจำแนกรายด้าน.....	71
8	ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างอายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิต เภท การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	72

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง (Norton et al, 2006) พบมากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช โดยมีความผิดปกติเกิดขึ้นอย่างซับซ้อน ผู้ป่วยมักมีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคน (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) ซึ่งจากการศึกษาความชุกของผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกมีความชุกถึง 24 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ร้อยละ 90 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และพบว่าโรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่มีการสูญเสียความสามารถสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกาย พบว่าประเทศอังกฤษมีผู้ป่วยจิตเภทสูงถึง 7.5 รายต่อประชากร 1,000 ราย ขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วย 7 รายต่อประชากร 1,000 ราย ส่วนทวีปเอเชีย เช่น ศรีลังกา พบผู้ป่วย 5.5 รายต่อประชากร 1,000 ราย และในอินเดีย พบผู้ป่วย 2.2 รายต่อประชากร 1,000 ราย (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) อุบัติการณ์ของโรคจิตเภทในบุคคลทั่วไป คือ 15.2 รายต่อประชากร 100,000 รายต่อปี ความชุกเท่ากับ 2.5-5.3 รายต่อประชากร 1,000 ราย

สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าประชากรไทย พบความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของการเกิดโรคจิตเภทประมาณ 4 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย และพบว่าอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท หรือ อัตราการพบผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ มีประมาณ 15.2 ต่อประชากร 1,000 ราย ต่อปี โดยพบว่าผู้ชายมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าผู้หญิง 1.4 เท่า (ศิริจิต สุธจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2552) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ในช่วงปีงบประมาณ 2550-2552 กลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 51.54, 49.78 และ 48.37 ตามลำดับ ซึ่งในปัจจุบันกรมสุขภาพจิตมีนโยบายให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทน้อยลง ผู้ป่วยจิตเภทจะใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3-4 สัปดาห์ (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ซึ่งพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มีอาการเป็นๆ หายๆ ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีความบกพร่องในหน้าที่และบุคลิกภาพที่เสื่อมลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาของการเป็นโรค โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุดเมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นโรคเรื้อรัง มักมีอาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปจนในที่สุดไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การทำงาน การดูแลสุขอนามัยของตนเอง รวมทั้งความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก ซึ่งเมื่อเป็นโรคนี้อาจจะไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552) จากผลของการเจ็บป่วยที่ปรากฏ ทำให้ผู้ป่วยมีทั้งอาการเฉียบพลันรุนแรงและการดำเนินโรคที่เรื้อรัง (Sadock & Sadock, 2005) พบว่าโรคจิตเภทมีอันดับการสูญเสียความสามารถสูงเมื่อเทียบกับโรคทางกาย ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอัตราค่าเจ็บหรือป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 50-70 (เพชร คันธสายบัว, 2548) ทำให้ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษาและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่จะต้องเข้ามารับหน้าที่ในการดูแลต่อเนื่องจากที่บ้าน จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการจำหน่ายเพียงแค่ว่าทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการผิดปกติหลายด้านอยู่ ซึ่งพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมบางอย่างหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดความเสื่อมในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน และความสัมพันธ์กับสังคม (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด

ซึ่งพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางราย จะไม่สนใจรับประทานอาหาร ไม่อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545; พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2552) การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว (สถิตย์ วงศ์สุระประภิต, 2542; พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกันานนท์, 2552) นอกจากนี้บางรายอาจเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ ความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (อัมพวรรณ ฉากาศ, 2548) ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ต่อพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยว่าเป็นความยุ่งยาก หรือเป็นภาระการดูแล เช่น พฤติกรรมของผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองหรือต่อบุคคลอื่น มีพฤติกรรมรบกวนในช่วงเวลากลางคืนซึ่งเป็นเวลาที่ควรได้รับการพักผ่อน และบางครั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้าน (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544) ผู้ป่วยที่ขาดความสามารถเหล่านี้ Orem (1995) เรียกว่าบุคคลที่ต้องพึ่งพาและนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี จะมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อกัน (ไพรัตน์ พุกยชาติคุณากร, 2542; Buchanan & Carpenter, 2005) ถ้าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับคำแนะนำในการดูแล ไม่มีความรู้หรือไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อนจะเกิดความกลัว ความเศร้า รู้สึกผิดหรือโกรธเมื่อต้องเผชิญกับพฤติกรรมของผู้ป่วย (Shore cited in Askey et al, 2007) ซึ่งเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวมี

ความสำคัญต่อการดำเนินโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนไม่มีความเข้าใจในโรคยาที่รักษาผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะอยู่กับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสม จึงยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ เพราะไม่ได้รับการดูแลจากญาติดีเท่าที่ควร จากการศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทของ วัชรภรณ์ ลือไชสงค์ (2541) พบว่าในช่วงแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลจะเข้าใจและยอมรับในตัวผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นาน แต่เมื่อเวลาผ่านไปอาการผู้ป่วยเหมือนเดิม ผู้ดูแลจะเกิดความลำบากใจเอือมระอา รู้สึกเป็นภาระ ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสะเทือนใจ เกิดอาการทางจิตกำเริบ และต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ทูลภา นุปผาสังข์ (2545) ที่ศึกษาภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ถ้าผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลสูง ผู้ป่วยจะมีจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาลดลง ดังนั้น ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เมื่อผู้ดูแลรับรู้ถึงบทบาทที่จะต้องดูแลผู้ป่วยและผ่านช่วงเวลาการเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชแล้ว ผู้ดูแลจะมีความเข้าใจเพราะลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลค่อนข้างยาก การดำเนินของโรคแตกต่างจากโรคทางกายทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุการเกิดโรคที่ไม่ชัดเจน ลักษณะของอาการที่ไม่แน่นอน (ภัทรภรณ์ ทุงปิ่นคำ และคณะ, 2548) ฉะนั้นความสามารถในการดูแล จึงถือเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ซึ่งการดูแลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตของตนตามปกติให้ยาวนานที่สุดได้นั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หากผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น

การดูแลฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นภาระหน้าที่ที่ผู้ดูแลหลีกเลี่ยงไม่ได้ (กรมสุขภาพจิต, 2540) เนื่องจากเมื่ออาการของผู้ป่วยสงบลงผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และสามารถดูแลตนเองได้เพียงบางส่วน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ภาระต่าง ๆ จึงต้องตกอยู่กับผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่คือ บุคคลในครอบครัว จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวที่จะช่วยเหลือ ช่วยกระตุ้นหรือดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน การสังเกตอาการผิดปกติ และการดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง (วันเพ็ญ ยืนยงแสง, 2545) ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าเป็นอิสระของตนเองลดลง เนื่องจากมีภาระหลายอย่างที่ต้องดูแลและรับผิดชอบผู้ป่วยจิตเภท ความรู้สึกที่ว่าตนเองมี

หน้าที่มากขึ้นไป (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539) ส่งผลให้ผู้ดูแลขาดความสามารถในการจัดลำดับกิจกรรมการดูแลหรือจัดระบบการดูแล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่ขาดความสามารถหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาเหล่านี้ (Orem, 1995) จากการที่ผู้ดูแลไม่สามารถกำหนดเวลาที่แน่นอนได้ เนื่องมาจากภารกิจที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ต้องการดูแลเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การพาไปพบแพทย์และอื่นๆตามอาการของผู้ป่วย (มนตรี อมรเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถที่จะปฏิบัติกรดูแลได้อย่างต่อเนื่อง และผสมผสานการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตส่วนบุคคลและครอบครัวได้ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมาอยู่ในชุมชน ย่อมมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันและมีความต้องการผู้ดูแลที่มีความสามารถในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทได้ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิตผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ต้องพึ่งพาการดูแลจากบุคคลอื่นเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ได้ตามปกติของผู้ป่วย (นิสากร แก้วพิลา, 2545) ซึ่งความสามารถที่เฉพาะในการกระทำกรดูแลเหล่านี้เรียกว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแล จึงหมายถึง ความชำนาญ ความเชี่ยวชาญของผู้ดูแล ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาตามแนวคิดของ Orem (2001) ได้ นั้น ผู้ดูแลต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี ระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ การที่จะพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลจำเป็นต้องทราบว่าปัจจัยพื้นฐานใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีผู้ใดศึกษาในเรื่องนี้มาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการศึกษาว่าปัจจัยพื้นฐานใดที่จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพิจารณาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องในการศึกษาตามแนวคิดของ Orem (2001) ได้แก่ อายุของผู้ดูแล ซึ่งอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุโดยจะสูงสุดเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 2001) และจากการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ที่ศึกษาผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาสจำนวน 100 ราย พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลเด็ก ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ เกลิม วงษ์จันทร์ (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ จำนวน 80 ราย พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก ($r=.2396, p<.05$) ปัจจัยด้านเพศ ซึ่งเป็นปัจจัยที่บอกถึงความแตกต่างทางสรีระและความสามารถในการดูแล ซึ่งส่งผลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดได้ (Orem, 2001) และจากการศึกษาของ Dangdomyouth (2006) ที่ศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัวพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงแต่ยังมีบางส่วนที่เป็นเพศชายและความคาดหวังของครอบครัวมีความต้องการการดูแลของผู้ดูแลเพศหญิงมากกว่าเพราะมีความสามารถในการดูแลและการตัดสินใจเลือกการรักษาให้ผู้ป่วยได้ดีกว่าเพศชาย ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแล เป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม โดยการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริดีห์ทัย แก้วมณีรัตน์ (2534) ได้ศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ถ้าความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชต่างกัน จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่างกัน ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากการมีโรคประจำตัวส่งผลต่อความสามารถของร่างกายที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) กล่าวคือ ผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี มีโรคประจำตัว ทำให้เกิดข้อจำกัดด้านความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้อื่น ในสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การจัดเตรียมอาหาร และงานบ้าน จึงกล่าวได้ว่าการมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลอาจจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (ทูลภา นุพผาสังข์, 2545) ปัจจัยด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความสามารถในการดูแลจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ในชีวิต ระยะเวลาที่ยาวนานจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแล และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล (Orem, 2001) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย เป็นปัจจัยด้านระบบครอบครัว ซึ่งเป็นระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีผู้เจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว (Orem, 2001) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลจะเป็นทักษะทางสังคมที่สำคัญของมนุษย์ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดูแลซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534; Gay, 1961; Schutz, 1976) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยพื้นฐานด้านแหล่งประโยชน์ตามแนวคิดของ Orem (2001) เพราะการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ดูแลมี

ความรู้สึกมีคุณค่ามั่นคงทางอารมณ์ ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแล โดยเป็นการเพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ จากการศึกษาของ วนาถกฤษณ์ เมืองมลมนิรัตน์ (2547) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .58, p < .01$) จากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวมานี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งจะนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและช่วยให้ผู้ดูแลมีการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำถามการวิจัย

ปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งกล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้นเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองการกระทำที่จิตใจ และมีเป้าหมายในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีความสามารถเพียงพอที่จะทำให้ผู้ที่ต้องการพึ่งพาได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าวและจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีมีความสุข (well-being) ซึ่งความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) มีโครงสร้างเช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเอง คือ เป็นความสามารถในการที่จะปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับคือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and dispositions) 2)

พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อ การดูแล (capabilities for dependent-care operations) ซึ่งตัวแปรที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อ ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Orem (2001) ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นเกี่ยวกับความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ตามแนวคิดของ Orem (2001) ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความสามารถของผู้ดูแลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่

อายุ เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลและส่งผลถึงความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้อง พึ่งพา เป็นดัชนีที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) ความสามารถในการดูแลตนเองหรือความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะ เพิ่มหรือลดลงตามอายุที่เปลี่ยนแปลงไป และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 16-68 ปี (Tennakoon et al., 2000) จากงานวิจัยของ Karlawish et al. (2003) ศึกษาถึงเหตุผลที่ผู้ดูแลไม่ ต้องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลที่มีอายุมาก ไม่ต้องการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการรุนแรง เนื่องจากผู้ดูแลคิดว่าไม่สามารถให้การดูแลอย่าง เหมาะสมได้ และจากการศึกษาของ เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระ มีผลต่อความต้องการการดูแล ตนเอง และเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Orem, 1985) ในผู้ดูแล ที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะแตกต่างกัน จาก การศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล (วันดี ไตสุขศรี, 2539; Schott- Baer, 1993; Schott-Baer, Fesher and Gregory, 1995) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ורתัย โสมนรินทร์ (2538) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งทั้งเพศ ชายและเพศหญิงมีความสามารถในการเรียนรู้เท่ากัน (อเนกกุล กริแสง, 2526 อ่างใน จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540) และจากการศึกษาของเตื่อนใจ ภักดีพรหม (2548) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.80 แสดงว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ยังเป็นเพศหญิง ซึ่ง ปรากฏการณ์สากลทั้งในและต่างประเทศ ทั้งนี้อาจเกิดจากวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือกันมานานว่า เพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ซึ่งการศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยพื้นฐาน ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยพัฒนาทักษะความรู้ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) การใช้ความรู้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา นอกจากจะใช้ในการคิดพิจารณาตัดสินใจในการให้การดูแลแล้วยังใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอีกด้วย (Orem, 2001) บุคคลที่มีความรู้ สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งโรจน์ พุ่มริ้วและคณะ (2540) พบว่าการที่ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีผลต่อการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุจะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุนั้นจะใช้ความรู้มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

การมีโรคประจำตัว ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลและส่งผลถึงความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) ความสามารถของร่างกายจะช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอในการจัดการกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545; ธนาภรณ์ ไจมา, 2550) เนื่องจากการมีสุขภาพที่ดีนั้น จะช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาโดยผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ถ้าหากผู้ดูแลมีสุขภาพไม่ดีย่อมจะมีข้อจำกัดในด้านความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้อื่น การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในกิจกรรมทุกด้าน เช่นงานบ้าน การจัดเตรียมอาหาร การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ถ้าผู้ดูแลมีสุขภาพที่ไม่ดี จะทำให้มีศักยภาพลดลงจากการศึกษาณัฐิยา พรหมบุตร (2545) เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าผู้ดูแลมีแนวโน้มการเกิดความผิดปกติทางจิตเวชถึงร้อยละ 31.16 สอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงษ์สงวนสิน (2544) พบว่าจากผลกระทบดังกล่าวผู้ดูแลมักจะละเลยตนเอง ส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ระยะเวลาในการดูแล ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะแปรเปลี่ยนไปตามระยะเวลาที่มากขึ้น การใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล (Orem, 2001) ภัทรภรณ์ พุงปันคำ และคณะ (2548) กล่าวว่า การดูแลที่มีคุณภาพจะสอดคล้องกับการมีทักษะซึ่งทักษะในการดูแลผู้ป่วยนั้นจะพัฒนาขึ้นตามระยะเวลาและ

ประสบการณ์ที่ผู้ดูแลมีอยู่ ดังนั้นการวางพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้องในระยะเริ่มแรกควบคู่ไปกับประสบการณ์การดูแลที่ได้ปฏิบัติจริงต่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะที่มีคุณภาพได้ จากการศึกษาของ อรทัย โสมนรินทร์ (2538) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐาน กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล และจากการศึกษาของ Zarit and Todd (1986) ได้ศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่า การให้การดูแลเป็นระยะเวลานานจะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากได้เรียนรู้สถานการณ์การดูแลได้มากขึ้น ตลอดจนสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนใจ ภักดีพรหม (2548) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย สัมพันธภาพเป็นปัจจัยด้านระบบครอบครัวเป็นระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นบุคคลในครอบครัวและผู้ดูแล จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของระบบครอบครัว (Orem, 2001) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2546) ที่ได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของผู้ป่วย รวมทั้งความผูกพันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ดูแลจะต้อง มีความรัก ความผูกพันต่อผู้ป่วย จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีและจากการศึกษาของ เตือนใจ ภักดีพรหม (2548) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประกอบพร ทิมทอง (2550) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยเป็นการเพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบและยังส่งเสริมให้บุคคลคงไว้หรือเพิ่มความพยายามในการดูแล ตลอดจนทำให้บุคคลได้รับความรู้เกิดความมีคุณค่า ความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุต่างๆ (Orem, 2001) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมคือการรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน มีความใกล้ชิดผูกพันทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง รับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การมีโอกาสดูแลช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนการได้รับคำแนะนำ เพื่อการพัฒนาความสามารถในการดูแล (Brandt & Weimert, 1985) ดังเช่นการศึกษาของ Wai et al. (2010) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น ทำให้จำนวน การป่วยซ้ำลดลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของรัชฎา รักษานาม (2543) พบว่าการสนับสนุนทาง สังคมไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ดูแล ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องโรค ตลอดจนวิธีการดูแล และการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องวัตถุ ติงของที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาของ เตือนใจ ภัคศิริพรหม (2548) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปาน กลางกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล

จากแนวเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. อายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน
3. การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการ ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแล บุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรคือ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจาก จิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมแพทยอเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition [DSM-IV]) หรือการใช้รหัสจำแนกโรค ตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD- 10)

กลุ่มตัวอย่างคือ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค โดยการให้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรกระหว่างประเทศ (ICD- 10)และมารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศูนย์เขตสาธารณสุขภาคกลาง

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับตั้งแต่เดือนที่เกิดจนถึงเดือนที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

เพศ หมายถึง เพศของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศชาย และเพศหญิง

ความรู้เกี่ยวกับการดูแล หมายถึง ความเข้าใจในเรื่องวิธีการดูแล และสามารถนำความรู้ที่ได้มาจัดการปัญหาด้านพฤติกรรม การดูแลกิจวัตรประจำวัน การสื่อสาร การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลเรื่องการรับประทานยา ซึ่งได้มาจากแหล่งความรู้ต่างๆของผู้ดูแลแต่ละคนสามารถวัดได้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งใช้แนวคิดของ Leffley (1987) พัฒนาโดย สุภาภรณ์ ทองดารา (2545)

การมีโรคประจำตัว หมายถึง การมีโรคประจำตัวหรือไม่มีโรคประจำตัวของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง จำนวนปีที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งนับตั้งแต่เริ่มให้การดูแลจนถึงปัจจุบัน

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความใกล้ชิด ผูกพันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยวัดตามการรับรู้ของผู้ดูแล ประกอบด้วย การยอมรับการเป็นบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท มีความรักความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับและให้เกียรติในตัวผู้ป่วยจิตเภท การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ประเมินโดยใช้แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ซึ่งแปลมาจากแบบประเมิน

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้รับการดูแล (Family Caregiver Inventory: The Caregiver View) ของ Stewart and Archbold (1996) ของคมสัน แก้วระยะ (2540)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าจะได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองและสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมในระบบต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน การสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้องและความเชื่อทางศาสนา การสนับสนุนจากบุคลากรทางโรงพยาบาล การสนับสนุนจากกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวความคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) ที่พัฒนาโดย อุบลรัตน์ สิงห์เสนี (2552)

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความชำนาญ ความเชี่ยวชาญของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ และในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลในด้าน ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Appraisal of Self-Care Agency Scale: Form A) ที่สร้างตามแนวคิดของ Ever et al. (1985) แปลโดย Hanucharumkul (1986) พัฒนาโดยสกวรัตน์ พวงจันทร์ (2538)

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่มีความผูกพันกันทางสายเลือดโดยตรงที่เป็นมีความสัมพันธ์ในฐานะ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน เขย สะใภ้หรือญาติที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือสิ่งของใด ๆ จากการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิต และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมแพทยอเมริกัน (DSM-IV) หรือ ICD- 10 ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในด้านต่างๆที่จะช่วยให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความวารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
 - 1.3 ระบาดวิทยา
 - 1.4 อาการของโรค การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคจิตเภท
 - 1.5 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท
2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.1 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 แนวคิดทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
 - 3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.4 บทบาทของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
 - 3.5 การพัฒนาความสามารถในการดูแล
 - 3.6 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด เป็นโรคเรื้อรังเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด เกิดจากความผิดปกติของจิตใจ มีอัตราการป่วยซ้ำสูง โดยผู้ป่วยจิตเภทจะไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง (out of reality) อาการสำคัญ คือ มีความผิดปกติในการคิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ มีความ

ผิดปกติด้านพฤติกรรม การรับรู้ การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องทางหน้าที่การงาน และสังคม (Gubman & Tessler, 1987 อ้างในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.1 ความหมาย

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีอาการผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้พฤติกรรม และอารมณ์ ในขณะที่ความรู้สึกรู้ตัว และความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวมีอย่างน้อย 2 อาการ และปรากฏอาการชัดเจนอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน มีการเสื่อมหน้าที่ทางสังคม / การประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องกว่า 6 เดือน และไม่มีสาเหตุมาจากสารเสพติดหรือภาวะการเจ็บป่วยทางกาย (WHO, 2001)

มาโนช หล่อตระกูล (2544) ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยจะมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างระหว่างนั้น อาการช่วงกำเริบจะเป็นอาการด้านบวก

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2552) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมโดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึงผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางการรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆที่ไม่มีจริง ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยจะมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย และมีพฤติกรรมแปลกๆ

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ กระบวนการคิดเป็นอาการเด่น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากเดิม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมอง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท ปัจจุบันสาเหตุของโรคจิตเภทจะยังไม่ทราบแน่ชัด จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ เชื่อว่า โรคจิตมีสาเหตุหรือปัจจัยต่าง ๆ ของการเกิดโรค ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม

จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไปและถ้ามีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากก็จะมีโอกาสเป็นโรคนี้อีกสูงขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) ประชากรทั่วไปมีความเสี่ยง 1.0%, ลูกที่พ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีความเสี่ยง 12.0%, พี่น้องของผู้ป่วย มีความเสี่ยง 8.0%, ลูกที่พ่อและแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีความเสี่ยง 40.0% และ คู่ฝาแฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน) มีความเสี่ยง 47.0% และมีการศึกษาเพื่อหาชิ้นที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคยังไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจน เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจากความผิดปกติของยีนหลายแห่งร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.2.2 ปัจจัยทางชีวเคมี (Biological factors) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวิช, 2542) เช่น

1) สมมุติฐานโดพามีน (Dopamine hypothesis)

สมมุติฐานโดพามีน (Dopamine hypothesis) ความผิดปกติของชีวเคมีของสมอง ในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า มี Excessive transmission ของ Dopaminergic neuronal pathway ยา Antipsychotic ซึ่งใช้รักษาโรคจิตเภท ออกฤทธิ์ยับยั้งหรือลด Dopaminergic neurotransmission และยา Amphetamine ซึ่งเป็น Dopamine agonist ทำให้อาการของโรคนี้น่าขึ้น และทำให้คนปกติเกิดอาการคล้ายโรคจิตเภทได้ (พิเชษฐอุดมรัตน์ และสรยุทธวาทิกานนท์, 2552)

2) สมมุติฐานซีโรโตนิน (Serotonin hypothesis) สันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทมีความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่างซีโรโตนินกับโดพามีน พบว่า อาการชนิดบวกสัมพันธ์กับการทำงานมากเกินไปของโดพามีน ส่วนอาการชนิดลบ (negative symptoms) สัมพันธ์กับการทำงานน้อยลงของซีโรโตนิน

3) สมมุติฐานนอร์อีพิเนพริน (Norepineprine hypothesis) พบว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทจะมีสารนอร์อีพิเนพรินมากกว่าประชากรทั่วไป และโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง

4) ความผิดปกติของโครงสร้างสมอง พบว่า สมองส่วนลิมบิก (Limbic system) มีขนาดเล็กกว่าปกติ เซลล์ประสาทในฮิปโปแคมปัส (hippocampus) เรียงตัวไม่เป็นระเบียบ ส่วนของเวนติเคิล (lateral และ third ventricle) มีขนาดกว้างขึ้น ส่วนคอร์ติคอล (cortical volume) มีขนาดเล็กลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.2.3 สาเหตุทางจิตวิทยาและสังคม (Psychosocial factor)

1) ปัจจัยทางครอบครัว มีทฤษฎีกล่าวว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion :HEE) จะมีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีลักษณะการสื่อสารดังนี้ Criticism คำหิติดีเยน วิพากษ์วิจารณ์ มีความเกลียดชัง ไม่เป็นมิตร Over involvement ควบคุมผู้ป่วย และทำเหมือนกับว่าผู้ป่วยเป็นทารก (สุชาติ พหลภาคย์, 2547)

2) ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) พบความผิดปกติ เช่น ความผิดปกติของการเรียนรู้ และความผิดปกติของระบบครอบครัว เป็นต้น ในปัจจุบันปัจจัยทางจิตสังคมถูกนำมาใช้วางแผนการรักษาหลังจากป่วย มากกว่าที่จะคำนึงถึงในแง่ของสาเหตุ โดยในแง่ของครอบครัวพบว่าสภาพครอบครัวที่มีผลต่อการกำเริบของโรค ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบบ่อยๆนั้น ครอบครัวมีสัมพันธภาพไม่ดี มีการติดต่อสื่อสารที่ล้มเหลว แสดงบทบาทไม่เหมาะสม มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียในด้านการพัฒนาจิตใจ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; มานิช หล่อตระกูล, 2546)

3) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture factor) เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการหรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท การศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้

สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion;HEE) ได้แก่ การคำหิ วิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement)

ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมุติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรค จิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายๆสาเหตุ (multifactorial) แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าเกิดจากหลายปัจจัย แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือรูปแบบของความเครียด (Stress-diathesis model) ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.3 ระบาดวิทยา

ในประเทศไทยพบว่ามีความชุกของการเกิดโรคจิตเภทประมาณร้อยละ 0.7-0.9 (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) โรคจิตเภทมักเกิดในช่วงวัยรุ่นตอนปลายจนถึงในช่วงผู้ใหญ่ตอนต้น ระยะเวลาการเกิดในผู้ชายจะเร็วกว่าผู้หญิง ผู้ชายจะเกิดโรคจิตเภทมากที่สุดในช่วงอายุ 20 ปีตอนต้น ส่วนผู้หญิงจะเกิดโรคนี้ในระหว่างอายุ 20 ปีตอนปลายถึงอายุ 30 ปีตอนต้น และความชุกของการเกิดโรคจิตเภทในผู้ชายเท่ากับในผู้หญิง (Crismon & Buckle, 2005, Lacro, 2005) ส่วนในประเทศไทยมีรายงานการวิจัยของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขปี 2548 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ร้อยละ 74 (กรมสุขภาพจิต, 2549)

1.4 อาการของโรค การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคจิตเภท

1.4.1 ลักษณะอาการทางคลินิก อาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบรุนแรงหรือเฉียบพลัน อาจมีอาการนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ ซึ่งมีการแสดงออกทางพฤติกรรม การรับรู้ อารมณ์ที่ผิดปกติจากคนปกติทั่วไป อาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ (Boyd, 2005)

กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) จะแสดงออกความผิดปกติในด้านของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ลักษณะอาการด้านบวกที่สำคัญ ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) คือการมีการรับรู้ต่างๆที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นซึ่งเป็นที่ได้รับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส ชนิดที่พบบ่อย เช่น หลงผิดคิดว่าคนปองร้าย หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นใหญ่ เป็นโตและหลงผิดคิดว่าคนนิทาว่าร้ายตนเองอาการประสาทหลอนพบบ่อยส่วนมากเป็นประสาทหลอนทางหูเป็นเสียงคนพูดผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้

กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆอาการเหล่านี้ได้แก่ มีลักษณะการแสดงทางพฤติกรรมน้อยลง มีปัญหาในด้านการแสดงออกของอารมณ์ คือ มีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก ไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์ พูดน้อยลง ใช้เวลานานกว่าจะตอบ ขาดความกระตือรือร้น

เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออกเฉยเมย หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา

1.4.2 การดำเนินโรค ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป เกิดขึ้นอย่างช้าๆ และเป็นแบบเรื้อรัง โดยมีอาการนำมาก่อน เช่น แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียนและการทำงาน ไม่ดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก มีพฤติกรรมผิดปกติหรือแสดงอารมณ์โกรธที่รุนแรง จนในที่สุดผู้ป่วยจะแสดงอาการของโรคชัดเจน เช่น อาการหูแว่ว และอาการหลงผิด (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษวณิช, 2543; สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เมื่อเริ่มเป็นอาการอาจน้อยและไม่ชัดเจน การดำเนินโรคของโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1) ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านมากกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแปลก ๆ ออกกระแวงนิด ๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลเองเรื่อย ๆ

2) ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน หลังจากนั้นอาการจะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลายเดือนก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น สอบตก ถูกย้าย ดรงงาน สูญเสีย เป็นต้น ซึ่งอาการที่แสดงออกแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ อาการทางบวก และอาการทางลบ อาการส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยแสดงออกมักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3) ระยะอาการทุเลา (stabilization phase) หรือระยะอาการคงที่ (stable phase) ระยะนี้อาการต่าง ๆ เริ่มคงที่หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการในขณะที่บางรายอาการไม่ได้ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิดกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์หรือโชคกลาง อาการด้านลบพบบ่อยในระยะนี้

1.4.3 การพยากรณ์โรค

โรคจิตเภทมีผลลัพธ์ของการรักษาที่แตกต่างกันอย่างมาก คือมีตั้งแต่การฟื้นตัวกลับมาอย่างสมบูรณ์ไปจนถึงความเรื้อรังของอาการและภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ (ธวัชชัย ลิพหานาจ, 2552) ซึ่งการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552)

1.5 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรค ได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

1.5.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบเป็นการรักษาในระยะเวลาที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1) การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยารักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมองทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ถ้าคอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละราย

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาจะทำเป็นชุด ชุดหนึ่งประมาณ 6-12 ครั้ง โดยแบ่งทำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจจะทำวันละครั้ง หรือวันเว้นวันก็ได้ อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการมึนงง สับสนจะหายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม ซึ่งอาการนี้จะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ทำ เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อย ๆ ดีขึ้น และหายไปภายใน 3-6 เดือน

3) การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกมัดและจำกัดบริเวณหรือพิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระยษนี้ต้องดูแลใกล้ชิด

1.5.2 การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1) การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้นซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

2) การบำบัดทางพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การฝึกการแสดงออก การเสริมแรง การจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

3) การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่ม การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย ผู้รักษาต้องแนะนำวิธีการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ สอนวิธีลดความเครียด

1.5.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้ เน้นการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (rehospitalization)

ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์ยาว ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง ระยะเวลาในการรักษานั้นส่วนใหญ่เน้นในครั้งแรก หลังจากอาการทางจิตดีขึ้น แล้วให้ยาต่อเนื่อง ไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรรักษาต่อเนื่องไประยะยาว หากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ ยาต่อเนื่องตลอดไป

2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มากกว่าการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) การรักษา ตัวในโรงพยาบาลจึงเน้นให้การรักษาเฉพาะภาวะวิกฤติเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาลงจะ ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (สมคิด ตีรารักษ์, 2545; กรมสุขภาพจิต, 2547) จึงส่งผลให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กลับสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น โดยที่ผู้ป่วยยังมีความผิดปกติบางอย่างหลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิด ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชนตามมา (Buckwalter, 1991; Cunningham, 2007) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ยังมีปัญหาในการดูแลตนเองอย่างมาก (รัชนี้ ศรีหิรัญ, 2544) ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถ ประกอบอาชีพได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่นานก็จะมีการป่วยซ้ำต้องกลับเข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545) ซึ่งปัญหาที่พบประกอบด้วย

1) ปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ ะอะอะอาละวาด แสดงอาการโกรธหรือเกลียด รุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) ยืมหัวเราะคน เดียว หวาดระแวง หวาดกลัว เดินไปเดินมา ซึมเศร้า กลางคืนไม่นอน (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2547) ไม่สนใจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี (Gopinath & Chaturvedi, 1992 อ้างในสถิต วงศ์สุรประภิต, 2542) และ มีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่มากถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด ซึ่งการสูบบุหรี่จะทำให้ฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตลดลงและทำให้เกิดอาการของโรค Parkinsonism ได้ (Kaplan & Sadock, 1998 อ้างใน สุมิตรา ฤทธิสุนทร, 2548)

2) ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบและป่วยซ้ำ คือ ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเองเมื่อมี อาการดีขึ้นหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545; มารศรี ปาณีวัตร, 2548) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 60 ไม่ยอมรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (Velligan & Weiden, 2006)

อ้างใน Cunningham, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด มีการปรับขนาดยาโดยมีการปรับเพิ่มหรือปรับลดยาเอง ใช้จ่ายในเวลาที่ไม่มีเหมาะสมหรือมีการใช้จ่ายผิดวิธี (เพชร คันธสายบัว, 2548) และมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่เข้าใจถึงเหตุผลของการที่ต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลาสั้นหรือเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2547)

3) ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยมีการแยกตัวไม่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง ไม่กล้าพูดคุย ครอบครัวยังมองว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเฉพาะญาติผู้ดูแลใกล้ชิดเท่านั้น (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) จากการศึกษาของ จิตรัตน์ พิมพิต (2541) พบว่า ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในระดับปานกลาง โดยมีบางส่วนไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน (24.3%) ไม่พูดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิด (26.9%) เวลาอยู่คนเดียวในช่วงกลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมง หรือไม่ได้พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน (10.4%) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน บางส่วนเกิดความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว ญาติบางรายไม่ยอมรับผู้ป่วย และอยากให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีการรับรู้ตราบาปมากที่สุด ในบรรดาโรคจิตทั้งหมด (สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน, 2548) ทำให้รู้สึกทรมานต้องปิดบังการเจ็บป่วยไว้ (เพ็ญญา แดงต่อมยุทธ์และคณะ, 2547)

4) ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ จากการศึกษาของ จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้ประกอบอาชีพ 45.30% และไม่มียาได้ประจำ 59.50% และจากการศึกษาของ จิตรัตน์ พิมพิต (2541) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำงานได้ตามปกติแต่ความสามารถและความอดทนต่องานเริ่มเปลี่ยนไป เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบผู้ป่วยจะทำงานไม่ได้ เช่นเดิม ไม่มีสมาธิในการทำงาน และเกียจคร้าน

5) ปัญหาการขาดการดูแลและเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้านมักมีปัญหาการไม่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากญาติ ผู้ป่วยต้องอยู่ตามลำพัง ผู้ป่วยถูกปล่อยไว้ที่บ้านคนเดียว ไม่มีผู้ดูแลและให้ยา เนื่องจากญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย (วาสนา ปานดอก, 2545; มารศรี ปาณิวัตร, 2548; อรพรรณ ลีอนุชวิชัย, 2549) หรือเพื่อความสะดวกในการประกอบอาชีพของญาติ โดยผู้ป่วยบางรายอาจถูกญาติกักบริเวณหรือล่อขังไว้ (ไพรวลัย ร่มซ้ายและคณะ, 2544; สติต วงศ์สุรประภิต, 2542)

6) ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความเครียดจากการเจ็บป่วยของตนเอง เครียดจากการไม่มีงานทำหรือไม่มีรายได้และเครียดเนื่องจากความขัดแย้งในครอบครัว มีความคับข้องใจกับครอบครัวมีการทะเลาะวิวาทถกเถียงกันบ่อย(มารศรี ปาณีวัตร, 2548)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม ความรู้สึก อารมณ์ โดยไม่พบความผิดปกติโรคลทางกาย และโรคลทางสมอง พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ซึ่งเมื่อผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่วนมากมักพบปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น เอะอะไว้วายวาย ทำลายข้าวของ ไม่ยอมรับประทานยา แยกตัวออกจากสังคม ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติดูแลหรือญาติไม่สนใจที่จะดูแล ถูกปล่อยไว้คนเดียว เกิดความเครียดเนื่องจากความเจ็บป่วยของตนเองจากปัญหาครอบครัว จากการไม่มีงานทำขาดรายได้ ทำให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องมีความเข้าใจ และมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิดการรับรู้ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเน้นที่การรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่จากการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนนอกจากการรักษาด้วยยาแล้วยังต้องคำนึงถึงการดูแลทางจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเร็วกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะผู้ดูแลในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่จะเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การให้การดูแลโดยให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัว รูปแบบการดูแลต้องครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นการดูแลครบทั้ง 4 มิติ (ศิริวรรณ พอบนุญ, 2548) ซึ่งยาใจ สิทธิมงคล (2542) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

2.2.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Psychoeducation) เชื่อว่าสภาพครอบครัวทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต เน้นการรักษาจากบุคลากรในโรงพยาบาล การบำบัดรายบุคคลและการบำบัดรายครอบครัว บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วย จึงควรประกอบไปด้วยการสอนผู้ป่วย และครอบครัวให้มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการทางจิต การรักษา และการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ สอนครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาและกระบวนการการตัดสินใจ โดยคำแนะนำที่ให้จะเป็นคำแนะนำที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วยคำแนะนำด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวันด้านต่าง ๆ มีหลักที่สำคัญคือ ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจในกิจกรรมต่อไปนี้ คือ (ครุณี คชพรหม, 2543 อ้างใน สมคิด ตรีราภิ, 2545)

1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

2) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ให้ตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่อร่อยง่าย รับประทานผัก ผลไม้เพื่อช่วยในระบบขับถ่าย

3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน

4) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยในการทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้านเพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงานแม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนเลี้ยงตัว แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้อยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าแยกตัว ถ้าได้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ทำงานได้

5) การดูแลผู้ป่วยด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในด้าน การแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ดูแลต้องคอยแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนให้เหมาะสม

6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นรบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปปรับการรักษา

7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น

8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะขาดทักษะทางสังคม เช่น การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง

9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น

10) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตรรวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนและให้กำลังใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมถูกต้องเหมาะสม

2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ การดูแลด้านจิตใจที่ผู้ดูแลต้องกระทำคือ พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงมากที่สุด การปลอบโยนให้กำลังใจ ไม่ตำหนิติเตียน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3. การประสานงานกับองค์กรของรัฐ เพื่อขอความช่วยเหลือ

4. การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้ป่วย

2.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาระของครอบครัว (Family Burden Approach) แนวคิดเกี่ยวกับภาระของครอบครัว เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจมากในปัจจุบัน และจากการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าครอบครัวมีภาระการดูแลมากและก่อให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกันคือ ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ และผลกระทบด้านร่างกาย

2.2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาธรรมชาติที่แท้จริงของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลบทบาทของพยาบาลคือ การให้ความรู้และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาที่สมาชิกในครอบครัวซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก (Dunkin, 1998)

การดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันโรงพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพภายหลังการจำหน่ายจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย

ในชุมชนมีความต่อเนื่อง ส่วนการส่งต่อระดับบนลงสู่ระดับล่าง คือการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนอาการทุเลาแต่ยังต้องการการดูแลต่อเนื่อง จากหน่วยบริการตติยภูมิสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งรูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่การดูแลที่บ้าน มีแนวคิดในการดูแลดังนี้ (กัลยา โนอินทร์, 2542 อ้างใน ศิริวรรณ พอบุญ, 2548)

1. เป็นการบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทรมาน
2. เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายวิชาชีพร่วมกัน
3. เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้รับบริการแบบผสมผสาน 4 มิติ
4. เป็นการบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข
5. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
6. เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการ กับผู้ป่วยและครอบครัว
7. เป็นการบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จึงมีลักษณะดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1. การประเมินสภาวะผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
2. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน โดยมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจ การยอมรับและความเชื่อถือไว้วางใจ
3. การพัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจในกันและกันของสมาชิกในครอบครัว
4. สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพให้กับผู้ป่วยแลสมาชิกในครอบครัว
5. ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม ซึ่งสามารถกระทำได้ทั้งให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและการให้คำปรึกษาครอบครัว

6. การสนับสนุนให้กำลังใจ ในโอกาสที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

7. การเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัว ให้เข้าใจมั่นใจในบทบาท ความสามารถและความรับผิดชอบของตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

8. ประสานงานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นการสร้างความร่วมมือกับชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

9. ประเมินผล และปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้เหมาะสมตามความต้องการมากที่สุด

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล จะต้องคำนึงถึงการดูแลบุคคลแบบองค์รวมคือการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องร่วมประสานงานกันระหว่างผู้มารับบริการ ซึ่งก็คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาล และทีมผู้รักษาซึ่งเป็นผู้ให้บริการในทุกๆด้านทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูลการร่วมตัดสินใจและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาลนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน

3. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

3.1 ความหมาย

Horowitz (1985) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Give direct care) เน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง (Indirect care) เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน การจัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

Davis (1992) ให้ความหมายว่า เป็นญาติหรือบุคคลที่ให้คอยความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Orem (1995) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง ผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา โดยมี ส่วนส่งเสริมความอยู่รอด และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ดูแล ได้แก่ ภรรยา สามี หรือญาติ

อัมราภรณ์ ภูระย้า (2551) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงหรือเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งสายเลือดเดียวกันและไม่ใช้สายเลือดเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นสามี ภรรยา บุตร หลาน หรือสมาชิกในครอบครัว ร่วมกันแสดงออกถึงความใส่ใจในการดูแลโดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน และใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการมากกว่าคนอื่น มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลได้

จินตนา จักรปิง (2552) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยผู้ที่ให้การดูแลอาจเป็นสามี ภรรยา บุตรหลาน หรือผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน หรือคนละบ้านก็ได้ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่คิดค่าตอบแทนหรือรางวัลใด ๆ ทั้งสิ้น

ดังนั้น ผู้ดูแลคือผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การเลือกผู้ดูแลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวต้องพิจารณาหลายปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการดูแล รวมทั้งแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล และในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละคนทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีเข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทควรให้การดูแลผู้ป่วยตามความต้องการ และการดูแลที่ครอบคลุมเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย

3.2 แนวคิดทฤษฎีการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency)

Orem (2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ในการทำกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นมโนคติที่คล้ายคลึงกับความสามารถในการดูแลตนเอง โครงสร้างพื้นฐานเกิดมาจากความสามารถในการคาดการณ (Estimative) การปรับเปลี่ยน (Transitional) และลงมือปฏิบัติ (Productive) เพื่อที่จะ

ทราบและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลอื่น นอกจากนี้ยังมีส่วนของพลังความสามารถที่เฉพาะ (Power component specific) ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) ที่จะทำให้เข้าใจความต้องการการดูแลของบุคคลอื่น รวมถึงการให้การดูแลบุคคลอื่นด้วย

การที่บุคคลจะดูแลตนเองได้นั้นจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการที่บุคคลจะสามารถดูแลบุคคลอื่นได้นั้นบุคคลก็จะต้องมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นความสามารถที่เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่แตกต่างกันตรงที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลอีกบุคคลหนึ่ง

Orem (2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นญาติในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ที่เป็นโรค ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ความสามารถของญาติที่ต้องรับผิดชอบผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ต้องพึ่งพา เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่แตกต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น (Taylor, 1989) โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capabilities for dependent-operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1 ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimate) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบของตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำ เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components of care) เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแล โดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาญาติในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบต่อผู้ที่เป็โรครจิตเภทต้องสนใจและเอาใจใส่สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ที่เป็โรครจิตเภทสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับริเริ่มในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอย่างต่อเนื่องเป็นความสามารถที่จะควบคุม พลังงานทางด้านร่างกายให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้น ๆ

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยมีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายที่ส่งผลดีต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ ญาติผู้ดูแลต้องมีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และสามารถปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ ต้องทราบถึงอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ที่เป็โรครจิตเภท และมีความสามารถในการควบคุม ดูแล และตัดสินใจพาผู้ที่เป็โรครจิตเภท ไปพบแพทย์โดยเร็ว

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา จากผู้ที่เหมาะสม ผู้ชำนาญ ผู้รู้ และเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สติปัญญาการรับรู้ การจัดการระทำการติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเองในการให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2.9 มีความสามารถในการจัดลำดับกิจกรรมการดูแลหรือระบบการดูแลโดยเรียงลำดับความสำคัญก่อนหลังเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลอย่างต่อเนื่อง และผสมผสานการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ทั้งในส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล (Foundation capabilities and

dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ โดยทั่วไปแบ่งออกเป็นความสามารถที่รู้เกี่ยวกับความสามารถที่จะกระทำ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข ความจำ รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาท สำหรับความรู้สึก (sensation) รวมทั้งการสัมผัส การได้ยิน มองเห็น การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความหวังใยในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญรู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรม

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

อย่างไรก็ตามโอเร็ม (2001) เน้นว่า พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาบุคคลที่มีความเหมาะสมและมีความเต็มใจที่จะเป็นผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว และช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพาให้สามารถดูแลและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของตนเองของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องใช้ความสามารถในการดูแลเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลต้องใช้พลังความสามารถ 10 ประการซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลโดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ได้แก่

1. ความสามารถของผู้ดูแลที่จะสนใจเอาใจใส่ในบุคคลที่ต้องพึ่งพาในฐานะของผู้ดูแล รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
2. ความสามารถของผู้ดูแลที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ

สำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลต้องมีความเอาใจใส่เรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนในเวลากลางคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อดูแลตนเองให้ร่างกายแข็งแรง กระฉับกระเฉง ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดจากการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

3. ความสามารถของผู้ดูแลที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายของตนเอง เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการที่จะริเริ่มและประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ เพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

4. ความสามารถของผู้ดูแลที่จะใช้เหตุผล เพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา โดยใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้นๆ

5. ความสามารถของผู้ดูแลในการจูงใจที่จะกระทำในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยมีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายที่ส่งผลดีต่อชีวิต สุขภาพและความผาสุก

6. ความสามารถของผู้ดูแลที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

7. ความสามารถของผู้ดูแลในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา จากผู้รู้ ผู้ชำนาญ การคงไว้ซึ่งความรู้ และการนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติได้

8. ความสามารถของผู้ดูแลในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเองในการให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

9. ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดลำดับกิจกรรมการดูแล หรือระบบการดูแลโดยเรียงลำดับความสำคัญก่อนและหลัง เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

10. ความสามารถของผู้ดูแลที่จะปฏิบัติการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และผสมผสานการดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ทั้งในส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Orem (2001) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาว่า ความสามารถในการดูแลมีปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลสำคัญต่อความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย

1. อายุ (Age) บุคคลจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปลี่ยนไปตามอายุซึ่งมีการพัฒนาไปตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาที่ยาวนานจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล

2. เพศ (Gender) เป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของบุคคล เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระ ซึ่งอาจส่งผลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดได้
3. ระยะเวลาการ (Development state) บุคคลจะมีการพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลตนเองตามเหตุการณ์ที่ประสบตามระยะเวลาพัฒนาการของชีวิต ทั้งนี้เนื่องมาจากผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยความสามารถในการดูแลตนเองจะเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก การพัฒนาจะสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
4. ภาวะสุขภาพ (Health state) หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ตลอดจนการวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Dynamic state)
5. สังคมวัฒนธรรม (Sociocultural orientation) การศึกษาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานด้านนี้ โดยกล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
6. ระบบบริการสุขภาพ (Health care system factors) หมายถึง ระบบการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนครบกระบวนการรักษาพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้
7. ระบบครอบครัว (Family system factors) ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เมื่อมีผู้ที่เจ็บป่วยในครอบครัวผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพทำให้ระบบการดูแลในครอบครัวประสบผลสำเร็จ
8. แบบแผนการดำเนินชีวิต (Pattern of living) เป็นแบบแผนที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรซึ่งเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล
9. สิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ได้แก่ ที่อยู่อาศัย และภูมิประเทศที่อยู่โดยรอบของตัวบุคคล (Orem, 2001) ทั้งนี้ Orem ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดไว้ชัดเจนนักเกี่ยวกับปัจจัยด้านนี้
10. แหล่งประโยชน์ (Resource availability and adequacy) หมายถึงสิ่งที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยการเพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ และยังส่งเสริมให้บุคคลไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

Orem (2001) กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานไม่ได้มีอิทธิพลแต่เฉพาะคุณค่าของความเป็นบุคคล ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเอง/บุคคลที่ต้องพึ่งพา ของบุคคลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ปัจจัยพื้นฐานยังเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อพยาบาลในการที่จะใช้ปัจจัยพื้นฐานเป็นสิ่งที่ค้นพบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล และสามารถที่จะดูแลและพัฒนาบุคคลให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาเพิ่มขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัย ที่นำมาศึกษา คือ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม

อายุ เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 2001) เป็นตัวบ่งชี้ที่เกี่ยวกับการรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ การตัดสินใจในการดูแลตนเอง และการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา นอกจากนี้ยังเป็นตัวกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลหรือความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ซึ่งความสามารถนี้จะเพิ่มขึ้นตามลำดับของวัยซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในผู้ใหญ่และค่อยๆ ลดลง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 2001) เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง เมื่อบุคคลสามารถดูแลตนเองได้ดีเมื่ออายุมากขึ้น การดูแลบุคคลที่อยู่ในความดูแลของตนเองก็น่าจะดีขึ้นตามอายุ เช่นเดียวกัน Mercer (1981) พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จะเริ่มมีวุฒิภาวะทางด้านจิตใจพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร และผู้ดูแลที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป มีวุฒิภาวะเหมาะสมที่จะ ได้รับความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรมากที่สุด อารี ปุณณะตระกูล (2533) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจที่มารับการรักษา ณ เด็กผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุแตกต่างกันมีการดูแลบุตรที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Moore and Mosher (1997) ศึกษาการตอบสนองของเด็กและผู้ดูแลต่อโรคมะเร็ง ผลการศึกษา พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกรดูแลเด็ก เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมป์โฟบลาส ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กได้ ส่วนการศึกษาของ เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ

พบว่าอายุของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็ก
สมองพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพศ Orem (2001) กล่าวว่าเพศเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระภาพ
ระหว่างเพศชายและเพศหญิง อีกทั้งยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน
สังคม ซึ่งลักษณะของสังคมไทยในอดีตกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว เพศหญิงเป็นผู้ดูแล
ครอบครัวและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การทํานายผลลัพธ์
ทางด้านสุขภาพต่างกัน ในด้านของสังคม ที่อยู่อาศัย พฤติกรรมการใช้ชีวิต พบว่าเพศชายมีปัญหา
ด้านสุขภาพน้อยกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิงพบอัตราความชุกของการเกิดโรคเรื้อรังมากกว่าเพศ
ชาย ส่งผลให้เพศหญิงสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าเพศชาย จึงทำให้การรับรู้สุขภาพ
หรือการดูแลตนเองด้วยกว่าเพศชาย (Clipp and Steinha user, 2003)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแล Orem (1995) กล่าวว่า การใช้ความรู้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
นอกจากจะใช้ในการคิดตัดสินใจแล้วยังใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุคคลที่ต้อง
พึ่งพาอีกด้วย และจากการศึกษาของ ปรีดีหทัย แก้วฉวีรัตน์ (2534) ได้ศึกษาบทบาทของสมาชิกใน
ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคทางจิตเวช
ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชต่างกัน จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

การมีโรคประจำตัว ผู้ที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีย่อมมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการ
ตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้อื่น ในสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลต้อง
คอยช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล งานบ้าน และการ
จัดเตรียมอาหาร จึงกล่าวได้ว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลน่าจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลของ
ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545)

ระยะเวลาในการดูแล Orem (2001) กล่าวว่า บุคคลที่มีความสามารถในการดูแลบุคคลที่
ต้องพึ่งพาเปลี่ยนไปตามอายุซึ่งมีการพัฒนาไปตามสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาที่
ยาวนานจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทใน
การดูแลและสั่งสมความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ทั้งนี้ Orem เน้นว่าในภาวะปกติ
บุคคลที่เป็นผู้ใหญ่จะเข้าถึงความต้องการการดูแลตนเองจากประสบการณ์ที่สะสมในแต่ละวัน
ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์ในการดูแลในระยะสั้นจะเรียนรู้วิธีการดูแลได้น้อยกว่า
ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตามระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานจะมีผลต่อ
ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลและอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และเพิ่มความยากลำบากใน
การดูแล ส่งผลถึงความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลได้ (Schott-Bear, 1993)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการดูแลภายในระบบครอบครัวที่ผู้ดูแลจะต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อช่วยให้การดูแลในระบบครอบครัวประสบความสำเร็จ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นทักษะทางสังคมที่สำคัญของมนุษย์ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดูแล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534; Gay , 1961; Schutz, 1976) Orem (2001) กล่าวว่าเมื่อมีผู้เจ็บป่วยในครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของระบบครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวประสบความสำเร็จ ระบบครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา Phillips & Rempusheski (1986) ได้อธิบายแนวคิดในระบบการดูแลหรือผลของสัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลว่า ความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลเป็นมาตรฐานค่านิยมที่ผู้ดูแลยึดถือ และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล หากสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ต้องการการดูแลดี สัมพันธภาพนั้นก็จะเป็นไปในลักษณะของความสนิทสนม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับบทบาทการดูแลว่าเป็นพฤติกรรมปกป้อง ช่วยเหลือ และกระทำกิจกรรมต่าง ๆ แทนผู้ต้องการการดูแล หากสัมพันธภาพไม่ดี ผู้ดูแลจะเกิดการรับรู้บทบาทว่าการดูแลนั้นเป็นการถูกทำโทษ เป็นการกระทำการดูแลเพียงเพื่อการยอมรับจากสังคมเท่านั้น และสะท้อนความเชื่อออกมาสู่การปฏิบัติ Peplau (1962 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2528) กล่าวว่าตลอดเวลาที่มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่จำเป็นต้องมีสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน และกับสิ่งแวดล้อม โดยที่สิ่งแวดล้อมนี้รวมถึงบุคคลและสภาพการณ์ต่างๆ ซึ่งผลของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้เป็นไปเพื่อให้ชีวิตมีความสุขและประโยชน์ บุคคลมีความต้องการเฉพาะตน เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองจะเป็นผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และยังต้องสร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม Orem (2001) กล่าวว่า แหล่งประโยชน์ทางสังคมมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยจะเพิ่มแรงจูงใจที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบและส่งเสริมให้บุคคลคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ทั้งนี้ Orem กล่าวว่า แหล่งประโยชน์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความรู้ เกิดความรู้สึกรักคุณค่า ความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์และได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุประสงค์ต่างๆ Cobb (1976) ได้ให้ความหมาย

ของการสนับสนุนทางสังคมว่าการสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรัก เอาใจใส่ สนใจ ยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นถึงระดับประคองจิตใจของบุคคลในสังคมเมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญความเครียดในชีวิต ส่วน Brandt and Weinert (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือ ความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา เห็นคุณค่าในตนเองและได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งหรือหลายคน ซึ่งเป็นที่ไว้วางใจเป็นที่พึ่งได้ เชื่อถือได้ ให้การดูแล และทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่ายังมีผู้ที่จะให้การดูแลตน และทำให้รู้สึกว่าตนเองมีค่า ตนเองเป็นคนคนหนึ่ง

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมควรมีการประเมินถึงปริมาณ หรือคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เพราะเครือข่ายทางสังคมทั้งหมดไม่ได้เป็นแหล่งให้แรงสนับสนุนที่ดีกับผู้ดูแล ผู้ดูแลอาจมีจำนวนเครือข่ายทางสังคมมากแต่ไม่ได้เป็นประโยชน์ของผู้ดูแลก็ได้ (Robinson, 1990)

1. เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่เรียกว่า แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (The Personal Resource Questionnaire) สร้างโดย Brandt and Winert (1981) ซึ่งจะสอบถามถึงความเพียงพอของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและความพึงพอใจของบุคคล แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1.1 แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 1 (The Personal Resource Questionnaire Part I) เป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลซึ่งระบุสถานการณ์ที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เป็นแหล่งที่บุคคลสามารถขอความช่วยเหลือได้และความพึงพอใจที่ได้รับการช่วยเหลือ

1.2 แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire Part II) เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านคือ การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความรักใคร่ผูกพัน การมีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของภัทรภร วิริยวงศ์ (2551) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb (1996) และ Jacobson (1986) ที่สร้างขึ้นโดย

การปรับข้อคำถามให้ตอบสนองความต้องการแรงสนับสนุนในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด 37 ข้อ ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการที่ได้รับมี 5 ด้าน คือ การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ 6 ข้อ การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 8 ข้อ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 10 ข้อ และการตอบสนองความต้องการการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า 8 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .95 และได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาคในกลุ่มผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลเลิศสิน จำนวน 30 คน

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ เตือนใจ ภักดีพรหม (2548) ที่สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ Brandt and Winert(1985) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามด้านบวก 13 ข้อ คือ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 และเป็นข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ คือ 7 และ 15

ประไพ ทายุทธ (2545) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรา ประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของศิริภา นันทพงษ์ (2542) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ของ Brandt and Weinert (1981) ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 20 ข้อ และมีความหมายทางลบ 5 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์แหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยกำหนด 11 แหล่ง ได้แก่ บิดา มารดา บุตร คู่สมรส ญาติ มิตร เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน พระ บุคลากรทางด้านสุขภาพ หน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน ผู้ที่มีปัญหาคล้ายกัน และอื่นๆ ซึ่งสามารถเลือกแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้มากกว่า 1 แหล่ง และตรวจสอบได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 10 คน เท่ากับ 0.86

จิราพร รักการ (2549) ศึกษาเป็นเครื่องมือที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) ซึ่งใช้แนวคิดของ House (1980) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คืออาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .84 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้

สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .79

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของอูบลรัตน์สิงห์เสณี (2552) เป็นแบบประเมินที่บุญพา ณ นคร(2538) สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 25 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มี 5 ข้อคือ ข้อ 1-5 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 5 ข้อคือข้อ 6-10 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมี 5 ข้อ คือข้อ 11-15 การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของมี 5 ข้อ คือข้อ 16 – 20 การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารมี 5 ข้อ คือข้อ 21- 25 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้เท่ากับ 1.0 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ(reliability)เท่ากับ.95

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแล เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่เกิดจากการมีติดต่อกันระหว่างบุคคล ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลสามารถที่จะเผชิญความเครียดได้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Wortman, 1984) Pender (1996) ได้อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับความรัก การยอมรับนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลหนึ่ง แต่ไม่รวมถึงการที่บุคคลจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อบุคคลอื่น การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นตัวช่วยลดความเครียดหรือส่งเสริมให้ผู้ดูแลเผชิญความเครียดได้ดียิ่งขึ้น ช่วยลดภาวะวิกฤตในชีวิตได้ (Caplan, 1974) ซึ่งสอดคล้องกับโอเร็ม (2001) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม จะทำให้บุคคลได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวัง ปลอดภัย มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ขนบธรรมเนียมประเพณีซึ่งกันและกัน รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ

การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งอธิบายปัจจัยพื้นฐานด้านแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 2001) ซึ่งจากการศึกษาของ เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ จำนวน 80 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมอง

พิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสามารถของ ผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ ได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกาญญา เอกศิริ ไตรรัตน์ (2543) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของมารดาในการ ดูแลบุตร โรคหอบหืด จำนวน 101 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ ความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถของมารดา ในการดูแลบุตรโรคหอบหืดได้

3.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยบุคคลที่ต้องพึ่งพา การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยครอบครัวเป็น กระบวนการที่สำคัญและควรให้ความสนใจเพราะ โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะที่รุนแรงและเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนดิษฐ์, 2548) บทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นหน้าที่ ของครอบครัวที่จะต้องดูแลและประคับประคองให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติให้นานที่สุด โดยมี รายละเอียดดังต่อไปนี้

3.4.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันด้านต่าง ๆ มีหลักสำคัญคือ ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเอง ไม่ได้หรือทำ ได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจในกิจกรรมต่อไปนี้ คือ

- 1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย
- 2) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร
- 3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา
- 4) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยในการทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน
- 5) การดูแลผู้ป่วยด้านการแต่งกายผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ดูแลต้องคอยแนะนำผู้ป่วย
- 6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของ ผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นรบกวนการนอน
- 7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- 8) การฝึกทักษะทางสังคม การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น
- 9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ แนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น
- 10) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนและให้กำลังใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมถูกต้องเหมาะสม

3.4.2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ(Emotional and psychological support) การดูแลด้านจิตใจที่ผู้ดูแลต้องกระทำคือ พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงมากที่สุด การปลอบโยนให้กำลังใจ ไม่ตำหนิ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.4.3 การประสานงานกับองค์กรของรัฐ เพื่อขอความช่วยเหลือ

3.4.4 การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้ป่วย

3.5 การพัฒนาความสามารถในการดูแล

เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับ คือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล พลังความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 10 ประการ ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป ดังนั้นการที่พยาบาลจะพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นส่วนประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาของบุคคล

การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล เป็นแนวคิดของการพยาบาลที่ต้องการให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัย ระบบทางสังคม ระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ระบบวิชาชีพและการปฏิบัติ คือ การสร้างสัมพันธ์ภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อประโยชน์ในการแลกเปลี่ยน แบ่งปันแหล่งประโยชน์ และเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน (Orem, 2001) การพยาบาลเป็นการสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมและตัดสินใจในแผนการดูแล ได้เรียนรู้ที่จะนำการดูแลผู้ป่วยเข้าไปในชีวิต โดยมีภาพลักษณ์ที่ดีต่อตนเอง เป็นที่พึ่งพาของตนเองและผู้ที่ต้องการพึ่งพาได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล นอกจากการสอนความรู้และการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ดูแลแล้ว จะต้องพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธ์ภาพ และการคงไว้ซึ่งความตั้งใจในการให้การดูแลผู้ป่วยอีกด้วย การตัดสินใจของพยาบาลแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจะไม่เกิดประโยชน์ ต้องเป็นการตกลงใจภายใน

ครอบครัว (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ดังนั้น การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จึงต้องมีองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย ได้แก่การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การสร้างแรงจูงใจ การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดำเนินไปในแต่ละขั้นต่อนั้น ต้องใช้ระยะเวลาและเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมผู้ดูแลให้เกิดการเรียนรู้ ดังมีรายละเอียด ดังนี้

การสอนความรู้และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ต้องใช้ระยะเวลานาน มีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การรักษาและการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คิดว่าจะก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย ดังนั้นการสอน การให้ความรู้และเพิ่มเติมความรู้ในสิ่งที่ผู้ดูแลไม่เคยทราบมาก่อน หรือทราบอยู่แล้วแต่ไม่ครบถ้วนหรือมีข้อสงสัย รวมทั้งแก้ไขความเข้าใจผิดให้แก่ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญและจำเป็นที่จะช่วยให้คงไว้ซึ่งความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย

การสอนความรู้และการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน การสอนความรู้และการฝึกทักษะจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญมากในการพัฒนาความสามารถของบุคคลที่รับผิดชอบผู้ที่ต้องพึ่งพา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ซึ่งสามารถพัฒนาได้ ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นสัมพันธภาพที่มีลักษณะของการช่วยเหลือ เป็นระบบที่มีความสำคัญในการเอื้ออำนวยให้พยาบาลสามารถพัฒนาความสามารถของญาติหรือผู้ที่รับผิดชอบ ให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดสามารถกระทำได้ ดังนี้

- 1.1 มีการตกลงร่วมกันเมื่อพยาบาลติดต่อกับผู้ป่วยและญาติในครั้งแรก โดยพยาบาลตกลงกับผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาล

- 1.2 สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ ให้เกียรติในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแล การแสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอและยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ ยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาล เป็นแรงจูงใจให้ผู้ดูแลต้องการการเรียนรู้

2. การสร้างแรงจูงใจ เป็นปัจจัยพื้นฐานเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากผู้เรียนรู้มองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดจากการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะทำให้ผู้เรียนมีความต้องการและพร้อมที่จะเรียนรู้ (Whitman, et al., 1986) การกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งที่พึงพอใจจากการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

3. การส่งเสริมความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเอง ที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง มีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมความเชื่อในสมรรถนะของผู้ดูแล ทำได้โดยมีแนวทางดังนี้

3.1 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ระหว่างที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกรับผิดชอบยิ่งขึ้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแล และจูงใจให้หาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้น

3.2 การประเมินผลงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ให้ผู้ดูแลได้รับทราบในสิ่งที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยการกล่าวชมให้กำลังใจ และแนะนำข้อควรแก้ไขปรับปรุงเมื่อพบความบกพร่อง ประเมินผลความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยให้ผู้ดูแลได้รับทราบเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการคงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อไป

4. การใช้ระยะเวลา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการได้รับประสบการณ์หรือการฝึกฝน การเกิดพฤติกรรมหรือความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลจึงต้องใช้ระยะเวลาและกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการคิด การตัดสินใจ เพื่อปรับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม

3.6 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแล

ในความหมายของการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาที่มีความใกล้เคียงกันมาก จึงมีนักวิจัยหลายท่านที่พยายามสร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง กับกลุ่มที่วัดความสามารถในเชิงปฏิบัติการ

1. กลุ่มที่วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่

Denyes (1980) สร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Denyes Self-care Agency Instrument: DSCAI) ซึ่งได้สร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นก่อน เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น และต่อมา Filday (1986) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ Denyes (The

Denyes Self-care Agency Instrument: DSCAI) โดยปรับเปลี่ยนจากการดูแลตนเองเป็นการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ (The Denyes/Filday Dependent - care Agency Instrument) ซึ่งเป็นการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่ง Filday (1986) ได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ของเครื่องมือชิ้นนี้โดยการหาความสัมพันธ์ของความสามารถในการดูแลเด็กกับทักษะการแก้ปัญหาในผู้ปกครองของเด็กทารกที่จำหน่ายจากหน่วยบำบัดพิเศษ พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับทักษะในการแก้ปัญหาซึ่งไม่เป็นไปตามทฤษฎีที่คาดไว้

ส่วนเครื่องมือวัดการรับรู้ในความสามารถในการดูแลตนเอง (The perception of self-care agency questionnaire) ของ Hanson & Bickel (1985) เป็นการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ ตามทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1985) เมื่อนำไปทดสอบความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพปกติ จำนวน 456 คน พบว่า เครื่องมือนี้สามารถวัดพลังความสามารถได้เพียง 8 ประการ Weaver (1987) ได้ทำการทดสอบความตรงตามโครงสร้างของเครื่องมือโดยวิธีวิเคราะห์ตัวประกอบ ผลการวิเคราะห์พบว่า ไม่สามารถยืนยันองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองในแง่ของพลังความสามารถ 8 ประการได้ จึงสรุปว่า เครื่องมือนี้มีความคลุมเครือในความตรงตามโครงสร้างในการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Cleveland (1989) ด้วย

Moore (1993) ได้ศึกษาตัวชี้วัดการปฏิบัติการดูแลตนเองของเด็ก ทดสอบทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (1985) เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติการดูแลตนเองของเด็ก ปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก และความสามารถในการดูแลของมารดา โดยการวิจัยเชิงบรรยาย แบบการหาความสัมพันธ์ การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้หลักความน่าจะเป็น เป็นนักเรียนจำนวน 414 คน การศึกษาอย่างต่ำเกรดสี่ เป็นมารดาจำนวน 50 คน มีค่าอำนาจจำแนก .09 ปัจจัยพื้นฐานประกอบด้วย อายุเด็ก เพศ การศึกษา ปัจจัยครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สถานะทางครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ เชื้อชาติ ภาวะสุขภาพ สถานะทางสังคม สำหรับการวัดพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กความสามารถในการดูแลของมารดา ใช้เครื่องมือ The Dependent Care Agent Questionnaire (DCA) ที่สร้างขึ้นโดย Moore & Gaffney (1989) ผลการศึกษพบว่า ปัจจัยพื้นฐานเป็นตัวชี้พฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กได้ 19% และปัจจัยแต่ละตัวไม่ได้เป็นตัวชี้พฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กยกเว้น อายุ และภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองและเป็นตัวที่สามารถทำนายได้ ความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็ก

2. กลุ่มที่วัดความสามารถในเชิงปฏิบัติการ ได้แก่

Ever et. al.(1985) ได้สร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Appraisal of Self-Care Agency Scale : Form A) เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลทั่ว ๆ ไป ทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยนำไปทดสอบความเที่ยงระหว่างบุคคล (Instersubjectivity) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักในสถานพยาบาล โดยให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองคู่กับพยาบาล จากเครื่องมือเดียวกันพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน และผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งพักอยู่ที่บ้านได้ประเมินตนเองคู่กับผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ ผลการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุมีการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ดูแล นอกจากนี้ Evers et al. (1985) ได้ศึกษาความคงที่ของเครื่องมือ (Stability) โดยศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อเส้นเลือดแดงโคโรนารี 6 เดือน และ 12 เดือน ตามลำดับ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาภายหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= 0.56, p < .001$) ส่วนความตรงของเครื่องมือ นั้น เอเวอร์และคณะได้ศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญในมโนมติทฤษฎีการพยาบาลของ Orem ซึ่งจบปริญญาเอก จำนวน 8 ท่าน ร่วมกับผู้สร้างทฤษฎี คือ โอเรม (Orem) เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับจำนวนข้อเหลือเพียง 24 ข้อ และนำไปหาความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) โดยวิธี Known group technique ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานพยาบาลและกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอยู่ที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่พักอยู่ที่บ้านมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่พักในสถานพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญตามที่คาดหวังไว้ นอกจากนี้ ผู้สร้างเครื่องมือได้วัดความตรงตามการทำนาย (Predictive Validity) ในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังทำการผ่าตัดต่อเส้นเลือดแดงโคโรนารี 6 เดือน และวัดระดับการรับรู้ถึงการมีภาวะสุขภาพและการมีสวัสดิภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงการมีสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

Hanucharurnkul (1986) กล่าวว่า การวัดความสามารถในเชิงปฏิบัติการจะบ่งบอกถึงการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาหรือการดูแลตนเองได้ชัดเจนกว่าและยังสะท้อนให้เห็นถึงพลังความสามารถอีกด้วย ซึ่ง Weaver (1987) กล่าวว่า การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่มีความเชื่อถือและเชื่อมั่นได้จะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อไป ดังนั้นการวัดพลังความสามารถเชิงปฏิบัติการน่าจะสะท้อนให้เห็นความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าการวัดพลังความสามารถ

การวัดความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาโดยใช้เครื่องมือของ เคนนิส-ฟิลเดย์ นั้นเป็นเพียงการวัดพลังความสามารถเท่านั้น ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะทำนายการปฏิบัติได้

เพราะถึงแม้ว่าบุคคลที่มีพลังความสามารถแต่ไม่สามารถนำพลังความสามารถนั้นออกมาใช้ หรือนำออกมาใช้ได้เพียงบางส่วน (Hanucharumkul, 1986) ในขณะที่การวัดความสามารถในเชิงปฏิบัติการจะบ่งบอกถึงการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาหรือดูแลตนเองได้ชัดเจนกว่า ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Weaver (1987) ที่ว่า การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่มีความเชื่อถือและเชื่อมั่นได้ จะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยคัดแปลงแบบวัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของสกาเวิร์ตน์ พวงจันทร์ (2538) ที่สร้างตามแนวคิดของ Ever et al. (1985) แปลโดย Hanucharumkul (1986) มาใช้เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินความสามารถในการดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงข้อคำถามบางส่วนให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโพลาส โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานด้านอายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ครอบครัว จำนวนบุตร ระยะเวลาในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กที่เลือกแบบเจาะจงจำนวน 100 ราย แบบสอบถามความสามารถในการดูแลใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Fildey (1986) ผลการศึกษาพบว่า อายุ ระยะเวลาในการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการดูแล ระยะเวลาในการศึกษา และอายุ สามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด

สกาเวิร์ตน์ พวงจันทร์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานผลกระทบต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาเด็กที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 120 คน ความสามารถในการดูแลบุตรของมารดาใช้เครื่องมือของ Evers, et al. (1985) ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดา และเป็นตัวทำนายได้ร้อยละ 8.38

เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กสมอง

พิการ จำนวน 80 ราย ความสามารถของผู้ดูแลใช้แบบความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ของ Fildey (1986) ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ระดับความรุนแรงของความพิการ ของเด็ก อายุของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล และพบว่า การสนับสนุน ทางสังคมและระดับความรุนแรงของความพิการ สามารถร่วมทำนายความสามารถของผู้ดูแลใน การดูแลเด็กสมองพิการได้

วันดี โดสุขศรี (2539) ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาระในการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ดึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง จำนวน 100 ราย พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความเครียด และภาระใน การดูแลผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.14, 1.94 และ 2.24 และพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลกับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างไม่ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.0807, p > .05$) และความเครียดกับภาระในการดูแลผู้ป่วยมี ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .5918, p < .01$)

สุทิสรา ล่ามช้าง และ โปรงนภา อัครชิโนเรศ (2541) ศึกษาบทบาทผู้ปกครองในการดูแล เด็กดัดจริตชื่อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็ก จำนวน 111 ราย แบบสัมภาษณ์บทบาทของ ผู้ปกครอง แบ่งพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กทั่วไป และพฤติกรรมดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วย ผล การศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของ ผู้ปกครอง

ศิริกาญจนา เอกสิริไตรรัตน์ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถ การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของ มารดาในการดูแลบุตรอายุ 0-6 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วยโรคหอบหืดจำนวน 101 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุตร คือ รายได้ของ ครอบครัว ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และการสนับสนุนทาง สังคม ปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด คือ ความรู้เรื่อง โรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมอธิบายความสามารถของมารดาในการ ดูแลบุตรได้ร้อยละ 32.0

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ต่อ ภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบ

องค์รวม จากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วย จิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน พบว่า คะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าคะแนนความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวันกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05

นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า คะแนน ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จินตนา จักรปิง (2552) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองของผู้ดูแล โรงพยาบาลน่าน พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยรวมหลังการได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการ ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

Postrado & Lehman (1995) ศึกษาคุณภาพชีวิตและตัวทำนายทางคลินิกของการกลับเข้า รักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิต จำนวน 559 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า ความไม่พอใจในสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัว เป็นปัจจัยด้านครอบครัว ที่สามารถทำนายการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยได้

Razali & Yahua (1995) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 225 คน พบว่า การที่มีผู้ดูแลช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยา มีความ สัมพันธ์กับการร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยารักษาโรคจิต

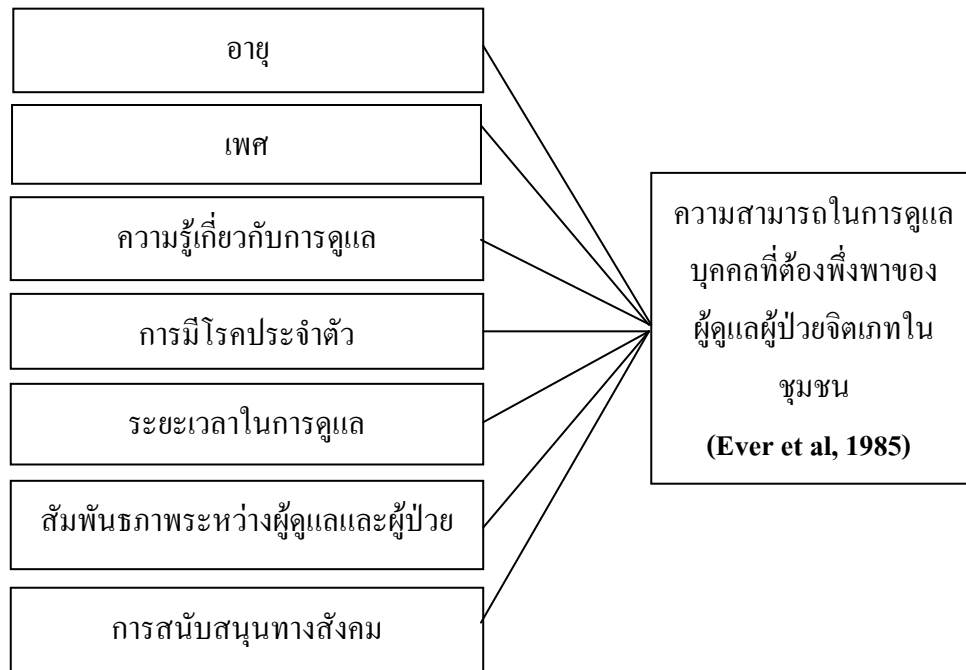
Yamashita (1996) ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 14 คน ในญี่ปุ่นตอนใต้ โดยมีสาระ 5 ประเด็น คือ มีการรับฟัง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปรียบเทียบปัญหา ทำความเข้าใจ

ซึ่งกันและกัน ให้ข้อเสนอแนะ และแสดงความรู้สึกที่จริงใจต่อกันทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลมากขึ้น

Robinson et al. (2001) ศึกษาปัญหาพฤติกรรมและผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 30 คน พบว่า ปัญหาด้านพฤติกรรมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่าการดูแลในกิจกรรมอื่น ๆ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลต้องการความรู้และการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอีกด้วย

จากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งกล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่พัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ซึ่งหากผู้ดูแลมีความสามารถที่เพียงพอจะทำให้ผู้ที่ต้องการพึ่งพาได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าวและจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีมีความสุข การที่ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการให้การดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาตามแนวคิดของ Orem (2001) ผู้ดูแลต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ซึ่งเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม วัฒนธรรมนิยมประเพณี ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม แบบแผนการดำเนินชีวิต และแหล่งประโยชน์ การที่จะพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลจำเป็นต้องทราบว่าปัจจัยพื้นฐานใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบว่ามิผู้ใดศึกษาในเรื่องนี้มาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการศึกษาว่าปัจจัยพื้นฐานใดบ้างที่จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยพิจารณาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องในการศึกษา ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท

กลุ่มตัวในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2554 ถึงเดือน สิงหาคม 2554 โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. มีความสัมพันธ์ในฐานะ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน เขย สะใภ้หรือญาติที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือสิ่งของใด ๆ จากการดูแลผู้ป่วย
4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่า 6 เดือน
5. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

โดยมีวิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N = 10k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง } k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N = (10 \times 8) + 50$$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 130 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 10 % ของการคำนวณ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงได้ประชากร จำนวน 143 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสาธารณสุขภาคกลาง ซึ่งพบว่าทั้งหมด 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลอยุธยา และโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี จากนั้นทำการสุ่มโรงพยาบาลโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) ด้วยการจับฉลากโรงพยาบาลได้ 3 แห่งแบบไม่แทนที่ จากโรงพยาบาลทั้งหมด 5 แห่ง ซึ่งผลการสุ่มได้โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

2. แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากประชากรของแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่าเทียมกัน จากการสำรวจประชากรของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี มีจำนวนผู้ป่วยในปี 2553 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล ดังนี้

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลราชบุรี	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท 1,749 คน	จำนวน 85 คน
โรงพยาบาลนครปฐม	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท 846 คน	จำนวน 43 คน
โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท 350 คน	จำนวน 15 คน
รวม	จำนวน 2,945 คน	จำนวน 143 คน

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยกำหนดเกณฑ์สัมภาษณ์ผู้ดูแลทุกรายที่มารับบริการในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลจนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งจำนวนรวมทั้งหมด คือ 143 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามรายละเอียด ดังนี้

โรงพยาบาลราชบุรี ในวันที่ 24, 25, 26, 31 พฤษภาคม 2554 วันที่ 1, 7, 8, 9, 14, 16, 28, 29 มิถุนายน 2554 วันที่ 19, 20 กรกฎาคม 2554 วันที่ 2, 3, 4 สิงหาคม 2554 เวลา 08.00-12.00 น.

โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ในวันที่ 20, 22 มิถุนายน 2554 วันที่ 29 กรกฎาคม 2554

โรงพยาบาลนครปฐม ในวันที่ 24, 27 มิถุนายน 2554 วันที่ 1, 4, 6, 8, 13, 25 กรกฎาคม 2554 วันที่ 8 สิงหาคม 2554

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) พัฒนาโดย สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) จำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 16 ข้อ (ข้อ 1,2,4,5,6,7,8,10,11,12,15,17,18,22,24,25) เป็นข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ (3,9,13,14,16,19, 20,21,23,26)

ความหมายของโรคจิต	จำนวน 1 ข้อ
สาเหตุของโรคจิต	จำนวน 6 ข้อ
อาการของโรคจิต	จำนวน 6 ข้อ
การดำเนินของโรคจิต	จำนวน 2 ข้อ
การรักษาโรคจิต	จำนวน 3 ข้อ
การดูแลผู้ป่วยโรคจิต	จำนวน 8 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช่เกณฑ์ตามระดับคะแนนซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ของสมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และอุษาวดี จันทร์สนธิ (2537: 46-47) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80	มีความรู้ในระดับสูง
ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 51-79	มีความรู้ในระดับปานกลาง
ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50	มีความรู้ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้มีการดัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำการตรวจสอบว่าข้อความเหล่านั้นสามารถวัดตามเนื้อหาต่าง ๆ ที่กำหนดได้หรือไม่ จากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการ

สุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง(APN) จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษานักป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2547) โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Beck, 2004) โดยคำนวณจากสูตร

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

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โดยรวมได้เท่ากับ .85 ซึ่งในประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยตัดข้อคำถามบางข้อออกเนื่องจากมีความหมายที่ซ้ำซ้อนกัน ได้แก่ข้อ 13, 19 และปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 6 “ความผิดหวังจากการเรียน การทำงาน ความรัก อาจทำให้ป่วยเป็นโรคจิตได้” แก้เป็น “ความผิดหวังในชีวิต เช่น จากการเรียน การทำงาน ความรัก เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ป่วยเป็นโรคจิตได้”

ข้อ 7 “ความขัดสน ขาดเงิน และสภาพสังคมที่บีบคั้นอาจทำให้ป่วยเป็นโรคจิตได้” แก้เป็น “ความขัดสน ขาดเงิน และสภาพสังคมที่บีบคั้น เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ป่วยเป็นโรคจิตได้”

ข้อ 8 “ผู้ป่วยโรคจิตอาจมีอาการงุนงง สับสน ไม่ค่อยรู้สึกตัว” แก้เป็น “ผู้ป่วยโรคจิตจะมมีอาการเฉื่อยชาลง ขาดความกระตือรือร้น และไม่สนใจสิ่งแวดล้อม”

ข้อ 10 “ผู้ป่วยโรคจิตอาจมีอาการงุนงง สับสน ไม่ค่อยรู้สึกตัว” แก้เป็น “ผู้ป่วยโรคจิตจะมีอาการเฉื่อยชาลง ขาดความกระตือรือร้น และไม่สนใจสิ่งแวดล้อม”

ข้อ 11 “ผู้ป่วยโรคจิตอาจมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่วได้ยินเสียงแปลก ๆ เป็นต้น” แก้เป็น “ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริงหรือมีอาการหูแว่วได้ยินเสียงแปลก ๆ”

ข้อ 21 “ถ้าผู้ป่วยอะอะอาละวาด ทำลายข้าวของควรพูดเสียงดัง และใช้กำลังเพื่อให้ผู้ป่วยไม่กล้าทำ” แต่เป็น “ถ้าผู้ป่วยอะอะอาละวาด ตาขวาง ทำลายข้าวของ ผู้ดูแลควรพูดเสียงดัง และใช้กำลังเพื่อให้ผู้ป่วยหยุดพฤติกรรมนั้น”

ข้อ 22 “ถ้าผู้ป่วยแยกตัวเอง ไม่สังคมกับใคร ไม่ควรเข้าไปรบกวนผู้ป่วย” แต่เป็น “ถ้าผู้ป่วยแยกตัวเอง ไม่สังคมกับใคร ควรให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวไม่ควรให้ใครเข้าไปรบกวน”

ข้อ 22 “ถ้าผู้ป่วยแยกตัวเอง ไม่สังคมกับใคร ไม่ควรเข้าไปรบกวนผู้ป่วย” แต่เป็น “ถ้าผู้ป่วยแยกตัวเอง ไม่สังคมกับใคร ควรให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวไม่ควรให้ใครเข้าไปรบกวน”

ข้อ 23 “การพูดกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นอีก” แต่เป็น “การพูดคุยกับผู้ป่วยบ่อย ๆ จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้น”

ข้อ 24 “ควรให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ กินข้าว ชักเสื้อผ้า” แต่เป็น “ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ กินข้าว ชักเสื้อผ้า”

ข้อ 25 “ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ควรให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเฉย ๆ เพื่อจะได้ไม่รบกวนผู้อื่น” แต่เป็น “ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ควรให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเฉย ๆ โดยไม่ต้องทำอะไรเลย เพื่อจะได้ไม่รบกวนผู้อื่น”

ข้อ 26 “ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พูดคนเดียว มีที่ทำไมไว้ใจใครควรรอดูอาการไปก่อน ถ้าเป็นมากจึงมาพบแพทย์” แต่เป็น “ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พูดคนเดียว มีที่ทำไมไว้ใจใคร ควรรอดูอาการไปก่อน จนถึงวันนัดจึงมาพบแพทย์”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR20) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Dixon, 2001) สำหรับแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

ส่วนที่ 3 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้รับการดูแล (Family Caregiver Inventory: The Caregiver View) ของ Stewart and Archbold (1996) โดยคมสัน แก้วระยะ (2540) ลักษณะแบบประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ เนื้อหาของแบบสอบถามครอบคลุมเกี่ยวกับ 2 องค์ประกอบของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1. ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9
2. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-20

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากจริงมากที่สุด จริงค่อนข้างมาก
จริงบ้างเล็กน้อย ไม่จริงเลย โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

จริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกละและสภาพความจริงมากที่สุด

จริงค่อนข้างมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกละและสภาพความจริงมาก

จริงบ้างเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกละและสภาพความจริงน้อย

ไม่จริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกละและสภาพความจริงเลย

แบบสอบถามทั้งหมดรวม 20 ข้อ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง ข้อละ 1 คำตอบ โดย
กำหนดเกณฑ์การพิจารณาคะแนนดังนี้

จริงมากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน

จริงค่อนข้างมาก เท่ากับ 3 คะแนน

จริงบ้างเล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่จริงเลย เท่ากับ 1 คะแนน

คะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเป็นคะแนนรวมจากการตอบแบบสอบถาม
ทั้งหมดมีค่าต่ำสุด 20 คะแนน และมีค่าสูงสุด 80 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน คะแนนต่ำแสดงว่าผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย
คะแนนสูงแสดงว่าผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย

เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนใช้เกณฑ์จากคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 20 - 39.99 หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 40 - 59.99 หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 60 - 80 หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับดี

เมื่อจำแนกเป็นรายด้านของคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีเกณฑ์การแบ่ง
ระดับคะแนนจากคะแนนเฉลี่ยดังนี้

ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

คะแนนเฉลี่ย 9 - 17.99 หมายถึง การยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 18 - 26.99 หมายถึง การยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 27 - 36 หมายถึง การยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับดี

ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

คะแนนเฉลี่ย 11 - 21.99 หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 22 - 32.99 หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 33 - 44 หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยนี้ผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำการตรวจสอบว่าข้อความเหล่านั้นสามารถวัดตามเนื้อหาด้านต่าง ๆ ที่กำหนดได้หรือไม่ จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง(APN) จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2547) โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยรวมได้เท่ากับ 1.0 ซึ่งในประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น

ซึ่งผู้วิจัยได้ได้ปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 4 “ท่านไม่ถือเป็นอารมณ์เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิต” แก้เป็น “ท่านไม่รู้สึกโกรธหรือหงุดหงิดเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ”

ข้อ 6 “ท่านให้เกียรติผู้ป่วยในฐานะบุคคลภายในครอบครัว” แก้เป็น “ท่านให้เกียรติผู้ป่วยในฐานะเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัว”

ข้อ 7 “ท่านรับฟังข้อคิดเห็นต่างๆ จากผู้ป่วย” แก้เป็น “ท่านยินดีรับฟังข้อคิดเห็นทุกเรื่องของผู้ป่วย”

ข้อ 9 “ท่านและผู้ป่วยตัดสินใจแก้ปัญหาาร่วมกัน” แก้เป็น “เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัวทุกครั้ง ท่านและผู้ป่วยจะร่วมกันตัดสินใจแก้ปัญหา”

ข้อ 11 “ท่านพอใจในสภาพที่มีผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมกับท่าน” แก้เป็น “ท่านพอใจในสภาพที่มีผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมบ้านกับท่าน”

ข้อ 12 “ท่านชอบพูดคุยกับผู้ป่วยที่ท่านดูแล” แก่เป็น “ท่านเต็มใจพูดคุยกับผู้ป่วยที่ท่านดูแล”

ข้อ 13 “ท่านรับฟังเรื่องราวต่างๆที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟังด้วยความเต็มใจ” แก่เป็น “ท่านเต็มใจรับฟังเรื่องราวต่างๆที่ผู้ป่วยเล่าให้ฟัง”

ข้อ 14 “เมื่อท่านมีความขัดแย้งกับผู้ป่วยจะปรับความเข้าใจกันได้” แก่เป็น “เมื่อมีความขัดแย้งกันเกิดขึ้น ท่านและผู้ป่วยสามารถปรับความเข้าใจกันได้”

ข้อ 15 “ท่านแสดงออกถึงความเอื้ออาทร ความรัก ความอบอุ่นกับผู้ป่วย” แก่เป็น “ท่านมักจะแสดงออกถึงความเอื้ออาทร ความรัก ความห่วงใยผู้ป่วย”

ข้อ 16 “ท่านมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจร่วมกับผู้ป่วย เช่น ดูทีวี พุดคุยกัน ทำงานบ้าน” แก่เป็น “ท่านมีเวลาพักผ่อนร่วมกับผู้ป่วยอยู่เสมอ เช่น ดูทีวี พุดคุยกัน ทำงานบ้านร่วมกัน”

ข้อ 17 “ท่านมอบสิ่งของให้ผู้ป่วยในโอกาสพิเศษ เช่น วันเกิด วันปีใหม่” แก่เป็น “ท่านให้สิ่งของกับผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจและชมเชยผู้ป่วย”

ข้อ 17 “ท่านมอบสิ่งของให้ผู้ป่วยในโอกาสพิเศษ เช่น วันเกิด วันปีใหม่” แก่เป็น “ท่านให้สิ่งของกับผู้ป่วยเพื่อให้กำลังใจและชมเชยผู้ป่วย”

ข้อ 18 “ท่านไม่เคยบ่นหรือดูว่าผู้ป่วย” แก่เป็น “ท่านไม่เคยบ่นหรือดูว่าผู้ป่วยให้เสียใจ”

ข้อ 19 “ท่านเต็มใจรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย” แก่เป็น “ท่านเต็มใจรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยทุกครั้งที่มีโอกาส”

ข้อ 20 “ท่านเต็มใจทำตามที่คุณป่วยขอให้ท่าน” แก่เป็น “ท่านเต็มใจทำตามที่คุณป่วยขอให้ท่านช่วยเหลือทุกเรื่อง”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Dixon, 2001) สำหรับแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) พัฒนาโดยอุบลรัตน์ สิงหเสนี (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มี 5 ข้อคือ ข้อ 1-5 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 5 ข้อคือข้อ 6-10 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมี 5 ข้อ คือข้อ 11-15 การได้รับการช่วยเหลือ

ด้านการเงิน สิ่งของมี 5 ข้อ คือข้อ 16 – 20 การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารมี 4 ข้อ คือข้อ 21- 24

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

การหาความเชื่อมั่นโดย อุลลรัตน์ สิงห์เสนี (2552) นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่สถาบันเวชศาสตร์การบิณ ในช่วงวันที่ 1-31 กรกฎาคม 2552 แล้วนำไปหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .95

การแปลผลคะแนนโดยการหาคะแนนรวมของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างแล้วประเมินคะแนนรวมกับเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 24-55 หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
คะแนน 56-88 หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
คะแนน 89-120 หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมนี้ ผู้วิจัยได้มีการตัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำการตรวจสอบว่าข้อความเหล่านั้นสามารถวัดตามเนื้อหาต่าง ๆ ที่กำหนดได้หรือไม่ จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษานักป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2547) โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมได้เท่ากับ .92 ซึ่งในประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น

ซึ่งผู้วิจัยได้ได้ปรับแก้ข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 1 “มีคนที่ท่านไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆได้” แก่เป็น “ท่านมีคนที่จะไว้วางใจและสามารถพูดคุยปรึกษาปัญหาต่างๆได้”

ข้อ 3 “ท่านได้รับความรักความอบอุ่น จากครอบครัวของท่าน” แก่เป็น “ท่านได้รับความรัก ความอบอุ่น กำลังใจ จากครอบครัวของท่าน”

ข้อ 6 “มีคนรอบข้างให้ความเคารพนับถือท่าน” แก่เป็น “คนในครอบครัวและชุมชนให้ความเคารพนับถือท่าน”

ข้อ 8 “ท่านเคยช่วยเหลือดูแลผู้อื่น เพื่อให้เขาได้รับความสุขสบาย” แก่เป็น “ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่นทั้งในครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ท่านได้รับความสุข”

ข้อ 9 “ท่านสามารถทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี” แก่เป็น “ท่านสามารถทำประโยชน์ให้กับครอบครัว ชุมชนของท่านได้เป็นอย่างดี”

ข้อ 10 “ท่านเป็นคนที่จะไว้วางใจได้เสมอ เมื่อท่านทำงานร่วมกับผู้อื่น” แก่เป็น “ท่านคิดว่าเมื่อทำงานร่วมกับผู้อื่นท่านเป็นคนที่จะได้รับความไว้วางใจเสมอ”

ข้อ 11 “ท่านมีการติดต่อไปมาหาสู่กับผู้อื่นบ้างเป็นครั้งคราว” แก่เป็น “ท่านมีการติดต่อไปเยี่ยมเยียนผู้อื่นบ้างเป็นครั้งคราว”

ข้อ 20 “ท่านได้รับความสะดวกสบายในการบริการจากผู้อื่น เมื่อท่านต้องการทำสิ่งต่างๆ” แก่เป็น “เมื่อท่านต้องการทำสิ่งต่างๆ ท่านได้รับความสะดวกสบายและความช่วยเหลือจากผู้อื่นเสมอ”

ข้อ 21 “เมื่อท่านต้องการทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ มีคนสามารถอธิบายให้ท่านเข้าใจ” แก่เป็น “เมื่อท่านต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในชีวิตประจำวันต่างๆมีคนบอกเล่าให้ท่านทราบ”

ข้อ 22 “เมื่อท่านทำบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง มีคนให้คำแนะนำ” แก่เป็น “เมื่อท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ท่านสามารถปรึกษาเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้ เช่น ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา คอแข็ง เป็นต้น”

ข้อ 23 “มีคนดักเตือน เมื่อท่านไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ” แก่เป็น “มีคนคอยให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เหมือนเดิม เช่น ทำงานบ้าน ดูแลผู้ป่วย ทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น”

ข้อ 24 “มีคนให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทาง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน” แก่เป็น “มีคนให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการการดำเนินชีวิตของท่าน”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

(Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Dixon, 2001) สำหรับแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Appraisal of Self-Care Agency Scale: Form A) ที่สร้างตามแนวคิดของ Ever et al. (1985) แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามด้านบวก 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่ตรงกับตัวท่านเลย ตรงกับตัวท่านปานกลาง ตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพื่อให้มีความละเอียดของความสามารถมากขึ้น โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบเลย
ตรงกับตัวท่านน้อย	หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบน้อย
ตรงกับตัวท่านปานกลาง	หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบเพียงครั้งหนึ่ง
ตรงกับตัวท่านมาก	หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบมาก
ตรงกับตัวท่านมากที่สุด	หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ตอบมากที่สุด
เกณฑ์การให้คะแนน	
ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	1 คะแนน
ตรงกับตัวท่านน้อย	2 คะแนน
ตรงกับตัวท่านปานกลาง	3 คะแนน
ตรงกับตัวท่านมาก	4 คะแนน
ตรงกับตัวท่านมากที่สุด	5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์ตามระดับคะแนนซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม จากสมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และอุษาวดี จันทรสนธิ (2537: 46-47) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80	มีความสามารถในระดับสูง
ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 51-79	มีความสามารถในระดับปานกลาง

ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50

มีความสามารถในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหาแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนี้ผู้วิจัยได้มีการตัดแปลงเนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำการตรวจสอบว่าข้อความเหล่านั้นสามารถวัดตามเนื้อหาต่าง ๆ ที่กำหนดได้หรือไม่ จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง(APN) จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้องของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2547) โดยใช้เกณฑ์ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหาตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมได้เท่ากับ .95 ซึ่งในประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น

ซึ่งผู้วิจัยได้ได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยเพิ่มคำว่าท่านหน้าข้อคำถามทุกข้อและปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 5 “การปรับปรุงการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ ไม่ว่าจะมียะไรเกิดขึ้นก็ตาม” แก้เป็น “ท่านปรับปรุงวิธีการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ”

ข้อ 6 “การดูแลหรือจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยอยู่เสมอ” แก้เป็น “ท่านดูแลหรือจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยอยู่เสมอ เช่น เก็บของมีคม จัดห้องให้เป็นระเบียบเรียบร้อย เป็นต้น”

ข้อ 9 “ท่านสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบหรือก่อปัญหา” แก้เป็น “ท่านตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบหรือก่อปัญหาหากวน”

ข้อ 11 “การตรวจสอบสิ่งที่ปฏิบัติเป็นประจำเพื่อรักษาสุขภาพของผู้ป่วย” แก้เป็น “ท่านได้ตรวจสอบสิ่งที่ปฏิบัติเป็นประจำเพื่อรักษาสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น”

ข้อ 21 “การขอความช่วยเหลือหรือปรึกษาคนอื่นๆ เมื่อไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามต้องการ” แก่เป็น “ท่านขอคำปรึกษาจากผู้อื่น เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เช่น ญาติพี่น้อง เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เป็นต้น”

ข้อ 24 “การถามเกี่ยวกับผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยา เมื่อแพทย์ให้ยาชนิดใหม่ในการรักษาผู้ป่วย” แก่เป็น “ท่านสอบถามแพทย์เกี่ยวกับผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยได้รับยาชนิดใหม่”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดไปทดลองใช้จริงกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 (Dixon, 2001) สำหรับแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสังเขปถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาตชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และได้รับอนุมัติจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในวันที่ 27 เมษายน 2554 โรงพยาบาลราชบุรี ในวันที่ 19 พฤษภาคม 2554 และโรงพยาบาลนครปฐม ในวันที่ 13 มิถุนายน 2554

3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดต่อและเข้าพบหัวหน้าคลินิกจิตเวชในการเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ตามวันและเวลาที่ทางโรงพยาบาลมีคลินิกจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลหมุนเวียนกันไปดังนี้

โรงพยาบาลราชบุรี	วันอังคารถึงวันพฤหัสบดี	เวลา 08.00-12.00 น.
โรงพยาบาลนครปฐม	วันจันทร์ วันพุธและวันศุกร์	เวลา 08.00-12.00 น.
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	วันจันทร์ วันพุธและวันศุกร์	เวลา 08.00-12.00 น.

เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 24 พฤษภาคม 2554 ถึงวันที่ 8 สิงหาคม 2554 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 11 สัปดาห์ ตามรายละเอียดดังนี้

โรงพยาบาลราชบุรี ในวันที่ 24, 25, 26, 31 พฤษภาคม 2554 วันที่ 1, 7, 8, 9, 14, 16, 28, 29 มิถุนายน 2554 วันที่ 19, 20 กรกฎาคม 2554 วันที่ 2, 3, 4 สิงหาคม 2554 เวลา 08.00-12.00 น.

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ในวันที่ 20, 22 มิถุนายน 2554 วันที่ 29 กรกฎาคม 2554

โรงพยาบาลนครปฐม ในวันที่ 24, 27 มิถุนายน 2554 วันที่ 1, 4, 6, 8, 13, 25 กรกฎาคม 2554 วันที่ 8 สิงหาคม 2554

4. นำแบบประเมินไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามคุณสมบัติและสถานที่ที่กำหนด โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ผู้ดูแลทำแบบประเมินด้วยตนเอง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้เวลาประมาณคนละ 30 – 40 นาที ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในกรณีที่ผู้ดูแลมองเห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบประเมิน ผู้วิจัยเป็นผู้ซักถามผู้ดูแลด้วยตนเอง

5. นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมดจากผู้ดูแล 143 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของทั้งสามโรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูล เกี่ยวกับโครงร่างของงานวิจัยและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ ความยุติธรรม การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล แล้วให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่ม

ตัวอย่าง เมื่อผู้ดูแลยินยอมให้เซ็นชื่อยินยอม คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

หลังจากรวบรวมข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ทำการลงรหัสข้อมูล นำข้อมูลไปลงในโปรแกรม และดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแล การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษา และอาชีพ โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ และการมีโรคประจำตัว กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียัล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติวิเคราะห์คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product - Moment Correlation Coefficient)

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเปรียบเทียบค่า r โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

(อวยพร เรืองตระกูล, 2551)

เมื่อ r มีค่า .80 -1.0	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูงมาก
เมื่อ r มีค่า .60-.79	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูง
เมื่อ r มีค่า .40-.59	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ปานกลาง
เมื่อ r มีค่า .20-.39	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำ
เมื่อ r มีค่า 0-.19	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินทั้ง 5 ส่วน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 143 คน จากแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 85 คน โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 43 คน และโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 15 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติค่าความถี่และร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 2

ตอนที่ 2 ศึกษา อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3

ตอนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4 ถึง 7

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว (n= 143)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	57	39.9
หญิง	86	60.1
อายุ ($\bar{X} = 49.89$, $SD = 14.640$)		
20-29 ปี	14	9.8
30-39 ปี	23	16.1
40-49 ปี	28	19.6
50-59 ปี	40	28.0
60 ปีขึ้นไป	38	26.6
ระยะเวลาในการดูแล (ปี) ($\bar{X} = 10.59$, $SD = 7.716$)		
1-5 ปี	48	33.6
6-10 ปี	38	26.6
11-15ปี	23	16.1
16-20 ปี	22	15.4
20 ปีขึ้นไป	12	8.4
สถานภาพสมรส		
โสด	31	21.7
คู่	88	61.5
หม้าย	14	9.8
หย่า	5	3.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
แยก	5	3.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	3.5
ประถมศึกษา	84	58.7
มัธยมศึกษา	36	22.4
อนุปริญญา	6	4.2
ปริญญาตรี	16	11.2
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	4.2
รับจ้าง	48	33.6
เกษตรกร	20	14.0
ค้าขาย	17	11.9
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	23	16.1
อื่น ๆ	29	20.3
รายได้		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,500 บาท	17	11.9
2,501-5,000 บาท	49	34.3
5,501-7,500 บาท	31	21.7
7,501-10,000 บาท	27	18.9
มากกว่า 10,000 บาท	19	13.3
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	75	52.4
มีโรคประจำตัว	68	47.6

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีจำนวน 143 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 86 คิดเป็นร้อยละ 60.1 มีอายุเฉลี่ย 49.89 ปี ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มีจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉลี่ย 10.59 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 48 คิดเป็นร้อยละ 33.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 58.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 33.6 ส่วนใหญ่มีรายได้ 2,501-5,000 บาท/เดือน จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4

ตอนที่ 2 ศึกษา อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

ผลการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล นำเสนอตาราง 3 ถึงตาราง 7

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 143 คน)

ระดับความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ระดับต่ำ	21-53	1	0.7	31	-
ระดับปานกลาง	54-83	62	43.4	72.12	8.74
ระดับมาก	84-105	80	55.9	93.33	5.06
รวม		143	100	79.76	12.69

จากตารางที่ 3 พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 43.4 และระดับต่ำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

(n= 143 คน)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแล	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
ระดับต่ำ	1-12	28	19.6	11	.82
ระดับปานกลาง	13-20	105	73.4	17.41	2.03
ระดับสูง	21-26	10	7.0	22.68	1.25
รวม		143	100	19.66	3.43

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 73.4 รองลงมาคือ ระดับต่ำ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 และระดับสูง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 7.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

(n=143 คน)

สัมพันธภาพของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท	ช่วงคะแนน	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท	9-36	29.34	4.61	ดี
ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท	11-44	35.59	5.70	ดี
รวม		64.94	9.77	ดี

จากตารางที่ 5 พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 64.94$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 29.34$) และด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 35.59$)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ และระดับของการสนับสนุนทางสังคม (n= 143 คน)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	24-55	4	2.8	47.25	2.63
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	56-88	64	44.8	74.62	8.74
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	89-120	75	52.4	100.38	7.76
รวม				87.37	16.54

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 52.4

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกรายด้าน

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ช่วงคะแนน	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์	5-25	19.18	4.27	สูง
ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า	5-25	18.74	3.80	สูง
ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	5-25	17.87	3.78	สูง
ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ	5-25	17.28	4.50	สูง
ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	4-20	14.28	3.38	สูง
รวม		87.37	16.54	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมในด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าสูงกว่าด้านอื่น ๆ ($\bar{X} = 19.18$, $SD = 4.27$ และ $\bar{X} = 18.74$, $SD = 3.80$ ตามลำดับ) การสนับสนุนทางด้านสังคมที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ ($\bar{X} = 17.28$, $SD = 4.50$)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ การมีโรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และค่าสหสัมพันธ์พอย์ไบซีเรียล ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างอายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
1. อายุ	.230**	ต่ำ
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแล	-.020	-
3. ระยะเวลาในการดูแล	.286**	ต่ำ
4. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย	.561**	ปานกลาง
5. การสนับสนุนทางสังคม	.624**	สูง
6. การมีโรคประจำตัว	-.297**	ต่ำ
7. เพศ	-.098	-

**p < .01

จากตารางที่ 8 พบว่า

1) อายุ ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์สูงสุด รองลงมาคือสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

2) การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่เพศไม่มีความสัมพันธ์กับในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแล การมีโรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

มีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. อายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมแพทยอเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition [DSM-IV]) หรือการใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD- 10)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างคือ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค โดยการใช้อ้างอิงรหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD- 10)และมารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลศูนย์เขตสาธารณสุขภาคกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2554 ถึงเดือน สิงหาคม 2554 จำนวน 143 ราย โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. มีความสัมพันธ์ในฐานะ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน เขย สะใภ้หรือญาติที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือสิ่งของใด ๆ จากการดูแลผู้ป่วย
4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่า 6 เดือน
5. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี สามารถพูดคุยสื่อสารได้ตอบได้ดี
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 16 ข้อ (ข้อ 1,2,4,5,6,7,8,10,11,12,15,17,18,22,24,25) เป็นข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ (3,9,13,14,16,19,20,21,23,26)

ส่วนที่ 3 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ เนื้อหาของแบบสอบถามครอบคลุมเกี่ยวกับ 2 องค์ประกอบของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1. ด้านการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-9
2. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10-20

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มี 5 ข้อคือ ข้อ 1-5 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 5 ข้อ คือข้อ 6-10 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมี 5 ข้อ คือข้อ 11-15 การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของมี 5 ข้อ คือข้อ 16 – 20 การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารมี 4 ข้อ คือข้อ 21- 24

ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ

โดยแบบประเมินส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าความตรง(Content validity) ส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.83, ส่วนที่ 3 เท่ากับ 1.0, ส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.93 และส่วนที่ 5 เท่ากับ 0.97 แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และหาค่าความเที่ยงด้วยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน พร้อมทั้งนำแบบประเมินส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ความเที่ยงโดยหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kudre-Richardson 20: KR20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 แบบประเมินส่วนที่ 3, 4 และ 5 นำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินดังนี้ ส่วนที่ 3 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเท่ากับ .90 ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .90 และส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพความสามารถของผู้ดูแลเท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ระหว่างวันที่ ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2554 ถึงเดือน สิงหาคม 2554 รวมระยะเวลา 11 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยทำการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแล การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษา และอาชีพ โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ และการมีโรคประจำตัว กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product - Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวจำนวน 143 คน เป็นเพศหญิง 86 คิดเป็นร้อยละ 60.1 เป็นเพศชาย 57 คน คิดเป็นร้อยละ 39.9 โดยมีอายุเฉลี่ย 49.89 ปี (S.D.= 14.64) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี มีจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉลี่ย 10.59 ปี (S.D.= 7.72) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 33.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ มีจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 58.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 33.6 ส่วนใหญ่มีรายได้ 2,501-5,000 บาท/เดือน จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4
2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.68 คะแนน (S.D.=3.43) ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 71 คนคิดเป็นร้อยละ 49.7 คะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.94 คะแนน (S.D.= 9.80) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 82.5 คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 87.37 คะแนน (S.D.= 16.54) คะแนนอยู่ในระดับสูง จำนวน 75 คน คิด

เป็นร้อยละ 52.4 และคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับคะแนน 79.76 (S.D.= 12.69) คะแนนอยู่ในระดับสูง จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับต่ำ ($r=.230, p<.05$)

2. เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ($r_{pb}=-.098, p<.246$)

3. การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับต่ำ ($r_{pb}=-.364, p<.05$)

4. ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ ($r=.286, p<.05$)

5. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

6. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง ($r=.561, p<.05$)

7. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง ($r=.624, p<.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.9 (จำนวน 80 คน จาก 143 คน) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการวิจัยของ เตื่อนใจ ภักดีพรหม (2548) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยรวมอยู่ในระดับสูง โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษา และใช้เวลาในการดูแล

รักษาที่ยาวนาน (Sadock & Sadock, 1998) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่หลังจากอาการทุเลาลง จะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างและมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นเรื่อยๆ บางคนเป็นๆหายๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง (Kaplan & sadock, 1998) จากร่องรอยของโรคที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เช่น หย่อนความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน ความปลอดภัยของตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นบกพร่อง มีความทนต่อความตึงเครียดได้น้อย และใช้สิ่งเสพติด (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545) โดยเฉพาะเรื่องการเจ็บป่วยและการรับประทานยา เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผลข้างเคียงของการรักษา นอกจากนี้ พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางส่วนมีอาการรุนแรงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม น่ากลัว แปลกประหลาด และคุกคามต่อบุคคลในชุมชนได้ (Tammiga as cited in Anders, 2000 อ้างในสุมณฑา บุญชัย, 2545) ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความสามารถในการจัดการกับอาการเหล่านี้จากแนวคิดของ Orem (2001) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ในการกระทำกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองอันเนื่องจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นมโนคติที่คล้ายคลึงกับความสามารถในการดูแลตนเอง การที่บุคคลจะดูแลตนเองได้นั้นจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการที่บุคคลจะสามารถดูแลบุคคลอื่นได้นั้นบุคคลก็จะต้องมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นความสามารถที่เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่แตกต่างกันตรงที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ดูแลในการกระทำกิจกรรม เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ (Orem, 2001)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

อายุของผู้ดูแล การศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับต่ำ ($r=.230, p<.05$) แสดงว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอายุมากสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ดีกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลอื่น เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต โดยความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1991: 239-246) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ (อายุ 40-59 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่สามารถทำงานได้เต็มที่ มีการเรียนรู้ได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพสามารถเข้าใจปัญหาได้ตรงตามความเป็นจริง มีความอดทน (สุชา จันทน์เอม, 2536: 167-174) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของเฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r= .2396$)

เพศ จากการศึกษาพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ($r_{pb} = -.098, p<.246$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศหญิงและเพศชายมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ไม่แตกต่างกัน อีกทั้งในสังคมปัจจุบันเพศหญิงและเพศชายมีสิทธิเท่าเทียมกันในด้านของกฎหมาย การศึกษา อาชีพ สังคม (Muulder, 1990; Rajiadhon, 1998 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2534) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย โสมนรินทร์ (2538) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หรือกล่าวได้ว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสามารถในการเรียนรู้เท่ากัน (อนุกุล กริแสง, 2526 อ้างใน จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วันดี โดสุขศรี (2539), Schott-Baer (1993), Schott-Baer, Fesher and Gregory (1995) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล ซึ่งจากการศึกษาของเตือนใจ ภักดีพรหม (2548) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.80 แสดงว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ยังเป็นเพศหญิง ซึ่งปรากฏการณ์สากลทั้งในและต่างประเทศ

ทั้งนี้อาจเกิดจากวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือกันมานานว่า เพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ ($r = .286, p < .05$) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาจะแปรเปลี่ยนไปตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น การใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล (Orem, 2001) จากการศึกษาของ อรทัย โสมนรินทร์ (2538) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐาน กับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแล และจากการศึกษาของ Zarit and Todd (1986) ซึ่งได้ศึกษาภาระการดูแลในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส พบว่า การดูแลเป็นระยะเวลานานจะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการได้เรียนรู้สถานการณ์การดูแลได้มากขึ้นตลอดจนสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนใจ ภักดีพรหม (2548) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การมีโรคประจำตัว จากการศึกษาพบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในระดับต่ำ ($r = -.364, p < .05$) กล่าวได้ว่าผู้ดูแลมีโรคประจำตัวมากก็จะทำให้ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาลดลง ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลและส่งผลถึงความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) ความสามารถของร่างกายช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ (ทูลภาณุผาสังข์, 2545; ธนาภรณ์ ใจมา, 2550) เนื่องจากภาวะสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความสามารถของร่างกาย ที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาโดยผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ถ้าผู้ดูแลมีสุขภาพที่ไม่ดีย่อมจะมีข้อจำกัดในด้านความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้อื่น การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในกิจกรรมทุกด้าน เช่นงานบ้าน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดเตรียมอาหาร ถ้าผู้ดูแลมีสุขภาพที่ไม่ดี ทำให้

ศักยภาพลดลง จากการศึกษาณัฐยา พรหมบุตร(2545) เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า มีแนวโน้มการเกิดความผิดปกติทางจิตเวชถึงร้อยละ 31.16

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.7 โดยที่การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) และกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยทำให้มีความรู้สึกที่ผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญ มีค่ามีความหมายกับตนเอง ทำให้มีความพยายามในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาหรือสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ ซึ่งผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) ซึ่งพบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ รุ่งโรจน์ พุ่มริ้วและคณะ (2540) พบว่าการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีผลต่อการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล เนื่องจากผู้ดูแลที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุนั้นใช้ความรู้มาเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง ($r=.561, p<.05$) สัมพันธภาพเป็นปัจจัยด้านระบบครอบครัวเป็นระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัวผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของระบบครอบครัว (Orem, 2001) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ระบบการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2546) ซึ่งได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของผู้ดูแลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของผู้ป่วย รวมทั้งความผูกพันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ดูแลจะต้องมีสภาพร่างกายสมบูรณ์ มีความรัก มีความผูกพันต่อผู้ป่วย จึงสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีและจากการศึกษาของเดือนใจ ภัคดีพรหม (2548) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประกอบพร ทิมทอง (2550) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง ($r = .624, p < .05$) แสดงว่า หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมแล้วจะมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ดีด้วย คือการที่ผู้ดูแลได้รับความรักใคร่ผูกพันจากบุคคลรอบข้าง รับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ได้อยู่เพียงลำพัง มีโอกาสได้ช่วยเหลือบุคคลรอบข้างตามโอกาส รับรู้ถึงคุณค่าในตนเองอย่างเพียงพอ และได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ที่ดีในการที่จะดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลนั้นเปรียบเสมือนการเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ดูแลกระทำกิจกรรมการดูแลและยังส่งเสริมให้ผู้ดูแลคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย (Orem, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของรัชฎา รักรขนาม (2543) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นสถาบันครอบครัวหรือบุคลากรด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่อง โรคตลอดจนวิธีการดูแล และการได้รับการช่วยเหลือเรื่องวัสดุสิ่งของที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาของ เตื่อนใจ ภักดีพรหม (2548) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนควรมีการสนับสนุนให้ความรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร และตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลให้ครอบคลุมในด้านอารมณ์ การยอมรับและเห็นคุณค่า การรู้สึกที่ผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งในสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ในชุมชน

2. จัดกิจกรรมพยาบาลที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ โดยจัดให้มีกลุ่มส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เน้นให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการรับรู้ปัญหา ขอมรับสภาพการเจ็บป่วย และมีความเต็มใจในการให้การดูแลต่อไป

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนส่งเสริมความสามารถในการดูแลที่มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้นเพิ่มเติมจากปัจจัยที่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ เช่น ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ช่วยพัฒนาศักยภาพความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เช่น กลุ่มจิตบำบัดครอบครัว หรือ กลุ่มบำบัดที่เน้นการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เครื่องมือที่นำมาใช้ในงานวิจัย ควรพิจารณารายละเอียดให้มีความเหมาะสมกับบริบทในการประเมินตัวแปรที่ต้องการศึกษา เช่น แบบประเมินภาวะสุขภาพควรให้รายละเอียดของภาวะการเจ็บป่วยของผู้ดูแลมากกว่าการถามเพียงการมีโรคประจำตัวหรือไม่เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านสุขภาพที่แท้จริง
2. การวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยควรกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายของระดับการศึกษามากกว่าจะจำกัดอยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพียงกลุ่มเดียวเพื่อให้คะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมในทุกระดับการศึกษาและได้ผลคะแนนที่เป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กชพงศ์ สารการ. (2542). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากร
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรรณิกา คงหอม. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล
สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว
กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยาณี โนนินทร์. (2542). การดำเนินสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดน่าน. การศึกษา
ค้นคว้าแบบอิสระสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กนิษฐา ถนัดกิจ. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของผู้ดูแลในการ
ดูแลเด็กก่อนเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิตติวรรณ เทียมแก้ว. (2544). เอกสารประกอบการสอนวิชาการประเมินปัญหาเพื่อการ
บำบัดทางการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- คมสัน แก้วระยะ. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนิน
ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ และความเครียดใน
ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2528). การพยาบาลจิตเวช เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

- จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ. (2540). ผลการสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จริยา วิฑะศุกร. (2539). แบบจำลองเชิงสาเหตุของภาวะการดูแลในบิดามารดาฐานะผู้รับผิดชอบดูแลบุตรที่ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิตวิทยาลัย สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยวัตร คมพักษณ์. (2531). แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์. 6(เมษายน-มิถุนายน): 96-105.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เฉลิม วงษ์จันทร์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชฎาดา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ : กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช : วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. 14 (2) ม (ก.ค. – ธ.ค.) : 30-39.
- ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. (2552). ปกิณกะ จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 17(3), 208-210.
- ชูศรี ด้วงสกุล. (2539). พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่พบบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิรภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนมาภรณ์ พงษ์จันทร์เสถียร. (2549). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหาสารคาม สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. (2552). จำนวนผู้ป่วยในจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย; 17 (3): 208-210.
- ณัฐยา พรหมบุตร. (2545). สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การ
สนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว
ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนใจ ภักดีพรหม. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษา
ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนาภรณ์ ใจมา. (2550). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถใน
การดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเมืองปาน
จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทิกา ทวีชาชาติ. (2548). การดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม. เอกสารประกอบการประชุมเชิง
ปฏิบัติการ เรื่อง โรคสมองเสื่อมและการใช้แบบประเมิน ADAS โรงแรมแชนกรีล่า
กรุงเทพมหานคร.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและ
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในไข้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ณ
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก
ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นิตสาร แก้วพิลา. (2545). ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติ
มีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร:
ยูเอเนคไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: คำนสุทธาการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและ
แบบสอบถาม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ปานิสรา เกษมสุข. (2551). ผลของโปรแกรมกลุ่มระดับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะ
ซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. (2534). การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหา
บัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พจนันท์ กาศสกุล. (2550). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความร่วมมือ
ในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์. การค้นคว้าแบบ
อิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พริยาภรณ์ เชื้อหอม. (2548). พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่
กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. พิมพ์ครั้งที่ 1 สงขลา: ชาน
เมืองการพิมพ์.
- พรทิพย์ วชิรดิถก. (2546). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่
บ้าน กรณีศึกษา: โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์กลุ่มเครือข่าย 6/2. 11(1): 1-13.

- ไพรินทร์ กันทนະ. (2543). **ภาวะของผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไพรวลัย ร่มซ้าย, วัชณี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ, เอกอุมา วิเชียรทอง, และคณะ. (2544). รายงาน
การวิจัยเรื่องการประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบ
ครบวงจร อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- ไพรัตน์ พลฤทธาติคุณากร. (2542). **จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน**. เชียงใหม่:
โรงพิมพ์นันทพันธ์.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่
ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. (2548). การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.
20 (1): 1-9.
- ภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ. (2547). **การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: รูปแบบและโปรแกรมการ
พัฒนาทักษะของผู้ดูแล**. ภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2544). **รูปแบบการทำนายภาวะของผู้ดูแล: การทดสอบเชิงประจักษ์ใน
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาตรี, สาขาวิชาสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มัลลิกา สิงหสุริยะ. (2547). **การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล: กรณีศึกษา**.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วย
จิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9(3ฉ) : 11-127.
- มารศรี ปาณีวัตร. (2548). **บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน**.
รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์. (2546). **จิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ:
สวิตาการพิมพ์.

- มานิช หล่อตระกูล. (2548). โรคจิตเภท. ในมานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (บรรณาธิการ). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:ชวนพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2552). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิชชวณิช. (2542). **โรคจิตเวชและโรคอื่น ๆ: ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่. โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิริพิมพ์. (2539). แนวคิดในการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล**. 14: 43-52.
- วันดี ไตสุขศรี. (2539). **ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาระในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรภรณ์ ลือไชยวงศ์. (2541). **ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท : กรณีศึกษา**. กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.
- วนาลักษณ์ เมืองมลณีรัตน์. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชฎา รักขนาม. (2543). **สถานะของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). **การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, ชาญชัย ยามะรัตน์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2540). การศึกษาบทบาทของญาติในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ. วารสารสุขภาพศึกษา. 20(75): 40-53.
- วาสนา ปานดอก. (2545). กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ, ติวรรณ อุณาภิรักษ์ และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี. (2546). รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 1: 10-19.
- ศรสวาท ชัยครุณ. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของอาจารย์กับนักศึกษา กับประสพการณ์การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันศึกษาเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). โรคจิตเภท (Schizophrenia) : ระบาดวิทยาและการรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 54 (ฉบับผนวก 1): 21S-37S.
- ศิริเนตร สุขดี. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี. โครงการศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิรินภา นันทพงษ์. (2542). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สกาวัฒน์ พวงจันทร์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต, (2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: องค์การทหารผ่านศึก.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2550). สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.

- สุขภาพจิต,กรม. (2540). **แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ด้านสาธารณสุข.** นนทบุรี: สยามอินสริท มาเก็ตติ้ง.
- สุขภาพจิต, กรม. (2549). **รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.**
- สุขภาพจิต, กรม. (2552). **รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.**
- สาริณี โต๊ะทอง. (2548). **ผลของการให้คำปรึกษารอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถิต วงศ์สุระประภิต. (2542). **ความต้องการที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมคิด ตีร์ราที. (2545). **ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5.** กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). **ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). **พยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท.** ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2547). **รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน.** สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมัย กาญจนมบุตร. (2533). **องค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). **ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุมิตรา ฤทธิสุนทร. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. โครงการศึกษาอิสระปริญญาโท มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2545). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : วี.พรีนท์ (1991) จำกัด.
- อรรถัย โสมนรินทร์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรอนงค์ สาระท่า. (2551). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของเด็กวัยเรียนที่ติดเชื้อเอชไอวี. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : วี.พรีนท์ (1991) จำกัด.
- อัจฉริยา ปทุมวัน. (2534). แรงแสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพวรรณ ธาภาศ. (2548). การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบลรัตน์ สิงหเสนี. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ. เพื่อฟ้าพรินติ้ง.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : เพื่อฟ้าพรินติ้ง.

เอื้ออารีย์ สาทิกา. (2543). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder.** 4th ed. Printice Hall.

Brandt, P. A. and Weinert, C. (1985). The PRO-85A Social support measure. *Nursing Research.* 30-272-280.

Boyd, M. A. (2005). **Psychiatric Nursing Contemporary practice.** 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.

Buchanan, R. W., and Carpenter, W. T. (2005). Concept of schizophrenia. In B. J. Sadock, and V. A. Sadock (Eds.), **Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry** (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Buckwalter, K. C. (1991). Community mental health and home care. In G.K. Mcfarland & M. D. Thomas (Eds.), **Psychiatric Mental Health Nursing: Application of the Nursing Process.** Philadelphia: J.B. Lippincott.

Caplan, G. (1974). **Support Systems and Community Mental Health.** New York: Behavioral publications.

Clipp, E.C. and Steinhauser, K.E. (2003). Psychosocial influences on health in later life. In Cassel, C.K. eds. **Geriatric Medicine: an evidence-based approach.** 4th ed. New York: Springer-Verlag.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator for life stress. **Psycho matrix Medicine.** 38: 300 - 312.

Cunningham, P. A. (2007). The role of the psychiatric nurse in home care. **Home Healthcare Nurse,** 25(10), 645-652.

Dangdomyouth, P. (2006). **Family caregiving process for a person with schizophrenia.** Doctoral dissertation. Nursing Science, Faculty of Nursing, Graduate school, Chulalongkorn University.

- David W. et al. (1992). **Measurement of need and outcome for primary health care.**
Oxford: Bookcraft.
- Denyes, M. J. (1980). **Development of an Instrument to measure self-care agency in adolescents.** Doctoral dissertation. College of Nursing the University of Michigan.
- Ever, G et al. (1985). **Development of the Appraisal of Self-Care Agency Scale.** Papers presented at International Research Conference Edmonton: Canada.
- Evers, G., et al. (1985). **Development of the Appraisal of Self-Care Agency Scale.** Paper Presented at International Research Conference. Edmonton : Canada.
- Gay, J. A. (1961). Conceptual framework of bonding. **JOGN Nursing.** 26: 440-444.
- Glasscock, R. (2000). Practice applications of research A phenomenological study of the experience of being a mother of child with cerebral palsy. **Pediatric Nursing.** 26(4): 407-416.
- Hanson, B. and Bickel, L. (1985). Development and testing of the questionnaire on perception on self-care agency in Riehl-Sisca J. (ed) **The Science and art if self-care.** Norwalk, conn. Appleton-Crofts, pp. 271-278.
- Hanucharunkul, S. (1988). **Social support, self care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand.** Doctoral Dissertation of Nursing Graduate School, Wayne State University.
- House, J. S. et al. (1980). Social support occupational stress and health. **Journal of Health and Social Behavior.** 21: 202-218.
- Jackson, H. J., Smith, N., and Mcgorry, P. (1990). Relationship between expressed emotion And 12 family burden in psychotic disorder: an exploration study. **Acta Psychiatric Scandinavia,** 82, 243-249.
- Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (1985). **Kaplan's sunopsis of psychiatry: behavioral sciences andclinical psychistry.** 4th ed. Baltimore: Williams & wilkins.
- Kaplan, H. I. (1995). **Comprehensive text book of psychiatry.** 5th ed. Baltimore: Williams & wilkins.
- Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (1998). **Kaplan & Sadock'synopsis of psychiatry : behavioral sciences and clinical psychiatry.** 9 ed. Baltimore. Williams & Wilkins.

- Lakshika Tennakoon, Dominic Fannon, Victor Doku, Seamus O’Ceallaigh, William Soni, Mar Santamaria, Elizabeth Kuipers and Tonmoy Sharma. (2000). Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. **British Journal of Psychiatry.** 177: 529-533.
- Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. **Hospital & Community Psychiatry.** 38(10): 1063-1070.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness of mental health professionals. **Journal of Nervous and Mental Disease** 175 : 613-619.
- Moore, J. B. (1993). Predictors of Children’s self-care performance: Testing the theory of self-care deficit. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal.** 7(3): 199-212.
- Moore, J. B., and Gaffney, K. F. (1989). Development of an instrument to measure mothers’ performance of self-care activities for children. **Advanced in Nursing Science.** 12(1): 76-84.
- Moore, J. B., and Mosher, R. (1997). Adjustment Response of Children and Their Mother to Cancer: Self care and Anxiety. **Oncology Nursing Forum.** 24(3): 519-525.
- Norton, N., Williams, H.Y. and Owen, M.J. (2006). An update on the genetics of schizophrenia. **Current Opinion in psychiatry.** 19 (March 2006): 158-164.
- Orem, D. E. (1985). **Nursing Concept of Practice.** 3th edition. New York: McGraw Hill Book Company.
- Orem, D. E. (1991). **Nursing Concept of Practice.** 4th edition. St Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D. E. (1995). **Nursing Concept of Practice.** 5th edition. St Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D. E. (2001). **Nursing Concept of Practice.** 6th edition. St Louis: Mosby Year Book.
- Pender, N. J. (1996). **Health promotion in nursing practice.** (3rd ed.). U.S.A.: Appleton and Lange. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Phillips, L. R. and Rempusheski, V. F. (1986). Caring for the frail elderly at home: toward A theoretical explanation of the dynamics of poor quality family caring. **Advance in Nursing Science.** 8(4): 62-84.

- Razali, M. S. and Yahya, H. (1995). Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing country. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 91: 331-335.
- Robinson, K. M. (1990). The relationships between social skills, social support, self-esteem and burden in adult caregivers. **Journal of Advanced Nursing**. 15: 788-795.
- Robinson, K. M., et al. (2001). Problem behavior caregiver reaction and impact among caregivers persons with Alzheimer's disease. **Journal in Advance Nursing**. 15: 788-795.
- Rose, L. E. (1996). Families of psychiatric patients: A critical review and future research direction. **Archives of Psychiatric Nursing** x: 67-76.
- Sadock, J. B. & Sadock, A. V. (2005). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 8th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Sasat, S. (1998). **Caring for dementia in Thailand: A study a family care for demented elderly relatives in Thai Buddhist Society**. Unpublished Ph.D. Thesis. University of Hall: UK.
- Schaefer, C., Coyne, J. C. and Lazarus, R. (1981). The health-related function of social support. **Journal of Behavioral Medicine**. 4: 381-406.
- Schott-Bear, D. (1993). Dependent care, caregiver burden and self-care agency of spouse caregiver. **Cancer Nursing**. 16(3): 230-236.
- Schott-Baer, D., Fisher, L. and Gregory, C. (1995). Dependent care, caregiver burden, hardiness, and self-care agency of caregivers. **Cancer Nursing**. 18(4): 299-305.
- Schutz, W. C. (1976). **Joy: Expanding Human Awerness**. New York: Grove Press.
- Stewart, B. J. and Archbold, P. G. (1996). **Family caregiver inventory: The caregiver's view**. Portland, OR: Oregon Health Sciences University, School of Nursing.
- Taylor, S. G. (1989). An interpretation of family within Orem's general theory of nursing. **Nursing Science Quarterly**. 2: 131-137.
- The World Health Report 2001: **Mental Health - New Understanding, New Hope**. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/whr/2001/chapter3/en/index1.html>, accessed January 6, 2006.

- Thompson, E. H., Futterman, A. M., Gallagher-Thompson, D., Rose, J. M. and Lovett, S. B. (1993). Social Support and Caregiving Burden in Family Caregivers of Frail Elders. **Journals of Gerontology**. 48: 245-254.
- Thorndike, R. M. (1978). **Correlational procedures for research**. New York: Garder Press.
- World Health Organization. (1992). **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**. Switzerland: World Health Organization.
- Wortman, C. B. (1984). "Social Support and the Cancer Patient Conceptual and Methodologie Issues." **Cancer**. 53 (May 15 Supplement 1984): 2339-2364.
- Yamashita, M. (1996). **Study of how families care for mental ill relatives in Japan**. **ICN**. International Nursing Review. 43(4): 121-125.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., and Zarit, J. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregiver: A longitudinal study. **The Gerontologist** 26: 260-266

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นายแพทย์สมนึก หลิมศิริโรรัตน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช) โรงพยาบาลราชบุรี
นางสาวสมลักษณ์ เขียวสด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(APN) โรงพยาบาลราชบุรี
ดร.ชุติมา มาลัย	อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
นางชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางอำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(APN) โรงพยาบาลสามชุก

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/0599

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวแก้วตา มีศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมีอาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์สมนึก หลิมศิริโรจน์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช)
2. นางสาวสมลักษณ์ เขียวสศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(APN)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์สมนึก หลิมศิริโรจน์ และนางสาวสมลักษณ์ เขียวสศ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1137, 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวแก้วตา มีศรี โทร. 08-5182-2287

ที่ ศธ 0512.11/0599

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวแก้วตา มีศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมีอาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร.ชุตินา มาลัย อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร. ชุตินา มาลัย

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1137, 0-2218-1152

ชื่อนิสิต นางสาวแก้วตา มีศรี โทร. 08-5182-2287

ที่ ศธ 0512.11/0599

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวแก้วตา มีศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมีอาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางชุศรี เกิดพงษ์บุญโชติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางชุศรี เกิดพงษ์บุญโชติ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1137, 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวแก้วตา มีศรี โทร. 08-5182-2287

ที่ ศธ 0512.11/0599

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มีนาคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสามชุก

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวแก้วตา มีศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมีอาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอำพัน หิรัญอุทก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางอำพัน หิรัญอุทก

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ โทร. 0-2218-1137, 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวแก้วตา มีศรี โทร. 08-5182-2287

ที่ ศธ 0512.11/0755

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 มีนาคม 2554

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลราชบุรี

เนื่องด้วย นางสาวแก้วตา มีศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคกลาง จำนวน 85 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ แบบสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพความสามารถของผู้ดูแล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวแก้วตา มีศรี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1137, 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวแก้วตา มีศรี โทร. 08-5182-2287

ที่ ศธ 0512.11/0755

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 มีนาคม 2554

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

เนื่องด้วย นางสาวแก้วตา มีศรี นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคกลาง จำนวน 15 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ แบบสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพความสามารถของผู้ดูแล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวแก้วตา มีศรี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1137, 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวแก้วตา มีศรี โทร. 08-5182-2287

ที่ ศธ 0512.11/0755

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 มีนาคม 2554

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

เนื่องด้วย นางสาวแก้วตา มีศรี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคกลาง จำนวน 43 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ แบบสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และสัมภาษณ์ความสามารถของผู้ดูแล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวแก้วตา มีศรี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1137, 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวแก้วตา มีศรี โทร. 08-5182-2287

ภาคผนวก ก
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ

$$CVI = \frac{22}{26} = 0.85$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

$$CVI = \frac{20}{20} = 1.00$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

$$CVI = \frac{22}{24} = 0.92$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

$$CVI = \frac{20}{21} = 0.95$$

ภาคผนวก ง

สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม

แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	71.30	139.666	.649	.925
VAR00002	71.43	142.461	.566	.926
VAR00003	71.50	140.190	.506	.927
VAR00004	71.47	136.602	.645	.925
VAR00005	71.53	138.947	.669	.924
VAR00006	71.47	137.430	.658	.924
VAR00007	71.63	139.344	.517	.927
VAR00008	71.50	133.845	.792	.922
VAR00009	71.47	138.326	.644	.925
VAR00010	71.27	141.444	.602	.926
VAR00011	71.50	139.707	.428	.930
VAR00012	71.73	138.202	.707	.924
VAR00013	71.57	136.737	.781	.922
VAR00014	71.57	140.599	.613	.925
VAR00015	72.00	139.103	.548	.927
VAR00016	71.77	142.668	.581	.926
VAR00017	71.53	140.809	.643	.925
VAR00018	71.50	144.052	.498	.927
VAR00019	71.50	139.914	.564	.926
VAR00020	71.87	145.913	.278	.932
VAR00021	71.57	131.633	.801	.921

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.929	21

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	20.0333	17.137	.000	.818
VAR00002	20.3667	15.275	.436	.806
VAR00003	20.1667	16.764	.089	.820
VAR00004	20.2333	15.702	.394	.808
VAR00005	20.3333	16.092	.221	.817
VAR00006	20.1667	15.592	.522	.804
VAR00007	20.3333	14.299	.743	.789
VAR00008	20.1667	16.282	.264	.814
VAR00009	20.4667	15.844	.259	.816
VAR00010	20.1333	17.085	-.016	.823
VAR00011	20.1000	16.507	.274	.813
VAR00012	20.1000	16.024	.516	.806
VAR00013	20.5000	15.224	.418	.807
VAR00014	20.1333	16.326	.291	.813
VAR00015	20.3000	15.941	.277	.814
VAR00016	20.1000	16.783	.139	.817
VAR00017	20.2333	15.013	.621	.798
VAR00018	20.1000	16.093	.481	.807
VAR00019	20.3000	15.872	.296	.813
VAR00020	20.3667	15.275	.436	.806
VAR00021	20.1333	15.568	.613	.801
VAR00022	20.0667	16.685	.281	.814
VAR00023	20.3667	15.206	.455	.805
VAR00024	20.0333	17.137	.000	.818
VAR00025	20.2000	16.166	.272	.814
VAR00026	20.4000	15.076	.478	.804

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.816	26

แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	56.67	70.161	.620	.889
VAR00002	56.60	73.903	.442	.894
VAR00003	56.97	75.895	.266	.898
VAR00004	57.13	77.637	.080	.905
VAR00005	56.50	72.534	.582	.890
VAR00006	56.50	72.879	.606	.890
VAR00007	56.67	70.161	.704	.887
VAR00008	56.63	70.585	.613	.889
VAR00009	57.17	71.730	.605	.890
VAR00010	56.83	73.316	.481	.893
VAR00011	56.97	72.516	.428	.895
VAR00012	56.70	72.286	.640	.889
VAR00013	56.87	70.533	.654	.888
VAR00014	56.97	71.206	.683	.888
VAR00015	56.53	72.257	.618	.890
VAR00016	57.10	70.024	.602	.889
VAR00017	57.43	71.771	.397	.897
VAR00018	57.07	74.685	.295	.898
VAR00019	56.70	68.079	.683	.886
VAR00020	56.83	71.040	.633	.889

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.897	20

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	79.37	98.516	.189	.871
VAR00002	79.43	92.323	.514	.860
VAR00003	78.83	96.971	.334	.866
VAR00004	79.67	92.161	.461	.862
VAR00005	78.73	98.547	.296	.866
VAR00006	79.20	95.752	.492	.862
VAR00007	79.40	96.041	.524	.861
VAR00008	79.57	91.771	.719	.855
VAR00009	79.23	94.668	.525	.860
VAR00010	79.30	100.976	.124	.870
VAR00011	79.77	92.599	.635	.857
VAR00012	79.23	97.357	.364	.865
VAR00013	79.57	93.082	.457	.862
VAR00014	79.30	92.424	.720	.855
VAR00015	79.33	93.471	.636	.858
VAR00016	80.03	93.964	.532	.860
VAR00017	79.60	96.041	.350	.865
VAR00018	79.20	93.614	.507	.860
VAR00019	79.70	98.148	.270	.867
VAR00020	79.53	95.292	.501	.861
VAR00021	79.83	93.937	.413	.864
VAR00022	79.67	98.920	.124	.876
VAR00023	80.07	92.823	.448	.863
VAR00024	79.90	91.541	.520	.860

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.868	24

ภาคผนวก จ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อ

คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ระดับการศึกษา และอาชีพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน และเติมคำในช่องว่างที่กำหนดไว้

1. เพศ

[] หญิง

[] ชาย

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ..... ปี

3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี

4. สถานภาพสมรส

[] โสด

[] คู่

[] หม้าย

[] หย่าร้าง

[] แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

[] สูงกว่าปริญญาตรี

[] ปริญญาตรี

[] อนุปริญญา

[] มัธยมศึกษา

[] ประถมศึกษา

[] ไม่ได้เรียน

6. อาชีพ

[] ข้าราชการ , รัฐวิสาหกิจ

[] พนักงานบริษัท

[] รับจ้าง

[] ไม่ได้ประกอบอาชีพ

[] อื่นๆ ระบุ

7. รายได้

ปัจจุบันท่านมีรายได้ บาท /เดือน/วัน

8. ภาวะสุขภาพ

โรคประจำตัว [] ไม่มี

[] มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิต

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภทหมายถึง โรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป		
2. สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง		
3. โรคจิตอาจเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า โคนของ		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
26. ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พุดคนเดียว มีที่ทำไม่ว่างใจใคร ควรรอดูอาการไปก่อน ถ้าเป็นมากจึงมาพบแพทย์		

ส่วนที่ 3 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงสัมพันธภาพระหว่างท่านกับผู้ป่วยจิตเภทในช่วงนี้ โปรดพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกตรงกับข้อคำถามในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใดโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

จริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและสภาพความจริงมากที่สุด

จริงค่อนข้างมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและสภาพความจริงมาก

จริงบ้างเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและสภาพความจริงน้อย

ไม่จริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและสภาพความจริงเลย

ข้อความ	ไม่จริง เลย	จริงบ้าง เล็กน้อย	จริงค่อนข้าง มาก	จริง มากที่สุด
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตของท่าน				
2. ท่านยอมรับผู้ป่วยตามสภาพที่ผู้ป่วยเป็น				
3. ท่านอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
20. ท่านเต็มใจทำตามที่คุณป่วยขอให้ท่านช่วยเหลือ				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ให้กาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงช่องเดียว

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.มีคนที่ท่านไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆได้					
2.คนรอบตัวท่านไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้ท่านรู้สึกหมกมุ่นใจ					
3.ท่านได้รับความรักความอบอุ่น จากครอบครัวของท่าน					
4.ท่านไม่เคยรู้สึกเหงา ว้าเหว่ แม้ต้องอยู่ตามลำพัง					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
24.มีคนให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทาง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน					

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย หรือตรงกับความรู้สึก หรือลักษณะของผู้ดูแล ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ดังนั้นขอให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามการกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะ ที่ผู้ดูแลคิดว่าตรงกับตนเองมากที่สุด

การให้ความหมายของข้อความที่เลือกมีดังนี้

ไม่ตรงกับตัวท่านเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับการกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะของท่านเลย

ตรงกับตัวท่านน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะของท่านน้อย

ตรงกับตัวท่านปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะของท่านปานกลาง

ตรงกับตัวท่านมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะของท่านมาก

ตรงกับตัวท่านมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	ตรงกับตัวท่านน้อย	ตรงกับตัวท่านปานกลาง	ตรงกับตัวท่านมาก	ตรงกับตัวท่านมากที่สุด
1. ท่านดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประจำสม่ำเสมอ					
2. ท่านพยายามให้การดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองมากที่สุด					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
21. ท่านสอบถามแพทย์เกี่ยวกับผลและฤทธิ์ข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยได้รับยาชนิดใหม่					

ภาคผนวก จ

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวแก้วตา มีศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) สถานีอนามัยตำบลบ้านปราโมทย์ อ.บางคนที จ.สมุทรสงคราม
(ที่บ้าน) 28 หมู่ 5 ต.บ้านปราโมทย์ อ.บางคนที จ.สมุทรสงคราม

E-mail: degsab77@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำ
อย่างไร รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้
อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการ
ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทาง
สังคม กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ที่ไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ครั้งนี้ในการตอบแบบสอบถามผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุลลงใน แบบสอบถาม จะ
ใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลศูนย์ในเขตสาธารณสุขภาคกลาง โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ

1. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. อายุระหว่าง 20- 59 ปี
3. มีความสัมพันธ์ในฐานะ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หลาน เขย สะใภ้หรือญาติที่อยู่

ร่วมกับผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับ
ค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือสิ่งของใดๆจากการดูแลผู้ป่วย

4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านติดต่อกันไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
5. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี สามารถพูดคุยสื่อสาร ได้ตอบได้ดี อ่านและเขียนภาษาไทยได้
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
7. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 143 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยสำรวจโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสาธารณสุขภาคกลาง ซึ่งพบว่ามีทั้งหมด 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลอยุธยา และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี จากนั้นทำการสุ่มโรงพยาบาลโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากโรงพยาบาลได้ 3 แห่งแบบไม่แทนที่ จากโรงพยาบาลทั้งหมด 5 โรงพยาบาล ซึ่งผลการสุ่มได้โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี และเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยใช้วิธีคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในแต่ละวันที่มารับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ผู้ป่วยทุกรายจนครบ 143 ราย
8. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้ คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแล ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ และอาชีพ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ส่วนที่ 3 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และ ส่วนที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย
9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เพื่อเป็นแนวทางส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในด้านต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถและศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป
10. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 085-1822287
11. ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษา

12. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจาก
การวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

13. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วน
ร่วมในการวิจัย

14. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน
2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22188147

โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า.....ได้รับทราบจากผู้วิจัยซึ่งนางสาวแก้วตา มีศรี สถานที่ติดต่อ
สะดวกที่สุดระหว่างทำการวิจัย สถานีอนามัยตำบลบ้านปราโมทย์ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ 08-5182-2287 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ และ
แนวทางการศึกษาวิจัย ระยะเวลาในการศึกษา ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจและอาจถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้
โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล พร้อมทั้งยอมรับผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยจะปฏิบัติตาม
ตามคำแนะนำของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้
ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และข้าพเจ้าจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที ในกรณีที่มิได้แจ้งให้
ผู้ทำการวิจัยทราบในทันทีถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น จะถือว่าข้าพเจ้าทำให้การคุ้มครองความปลอดภัย
ของข้าพเจ้าเป็น โมงะ (ตามที่กฎหมายกำหนด)

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย
ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุก
ประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

.....
วันที่ / เดือน / ปี

.....
ผู้ร่วมวิจัย

.....
วันที่ / เดือน / ปี

.....
(นางสาวแก้วตา มีศรี)

.....
ผู้วิจัยหลัก

.....
วันที่ / เดือน / ปี

.....
(.....)

.....
พยาน

ภาคผนวก ข
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล (กรุงเทพมหานคร) โทร. ๐๒-๒๕๕๔-๖๖๖๖
 โทร. ๐๒-๒๕๕๓-๖๐๖๖/๖๖๖๖ วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๔
 เรื่อง อนุญาตการดำเนินงานวิจัยในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

เรียน นางสาวแก้วดา มีศรี

สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นการประชุมประจำปีประมาณ ๒๕๕๔ ครั้งที่ ๔ วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๔ ณ ห้องประชุมศูนย์พัฒนาคุณภาพ ชั้น ๒ อาคารศูนย์พัฒนาคุณภาพ หัวข้อพิจารณาครั้งที่ ๒ เรื่องวิจัย "ปัจจัยที่ควรพิจารณาสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ด้อยเพื่อพหุวัฒนธรรมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน" ผู้วิจัยหลัก นางสาวแก้วดา มีศรี มีมติเห็นชอบรายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการมีมติ อนุมัติ ให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลโดยโครงการวิจัยที่เสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายสุพจน์ จิระราชวง)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลนครปฐม โทร. ๐๓๔๔๕

ที่ นฐ ๐๐๒๙.๑๐๖/๓๖๕

วันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง รับรองโครงการวิจัยในคน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

ตามที่ นางสาวแก้วดา มีศรี ได้เสนอโครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน" โดยผ่านการพิจารณารับรองของคณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐมแล้ว

ในการนี้ คณะกรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม ได้พิจารณาและมีมติเห็นชอบให้รับรองโครงการวิจัย ดังกล่าวตามหนังสือที่เรียนเสนอมานี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและลงนามในเอกสารคำรับรองต่อไปด้วย

(แพทย์หญิงสุจิตต์ญา บรรจงภาค)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลนครปฐม

ชพ

(นางจันทา แอนกอร)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยราชา สุพรรณบุรี
 930 ถนนพระพิทราชา ตำบลท่าพี่เลี้ยง
 อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
 72000



โทร. 0-3852-1555
 โทรสาร 0-3551-1738

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยราชา จังหวัดสุพรรณบุรี
 เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข YM 011/2554

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสนใจในการดูแลบุคคลที่ดื้อรังที่หาซอร์สผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : Selected factors related to dependent care agency among caregivers of schizophrenic patients in community

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวแก้วตา มีศรี

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยราชา สุพรรณบุรี

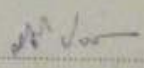
เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. ใต้วางการวิจัย
3. แบบสอบถาม
4. ประวัติผู้วิจัย

ค่าตอบแทนที่ (...) : _____

วันหมดอายุ : 21 เมษายน 2555

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยราชา จังหวัดสุพรรณบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม
 แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

ลงนาม  _____

(นายแพทย์นิธิ ประจงการ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

๒๒ (๒๐๑๑) ๐๓ ๒๕๕๕

วันที่

ลงนาม  _____

(นายแพทย์จิวิวัฒน์ ปิ่นสุวรรณ)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยราชา

๒๗ ๒๕๕๕

วันที่

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวแก้วตา มีศรี เกิดวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2521 ที่จังหวัดสมุทรสงคราม สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เมื่อ พ.ศ. 2544 และเข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2552 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปราโมทย์ ตำบลบ้านปราโมทย์ อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม
โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 0-3476-8283 (มือถือ) 08-2387-2939
ที่อยู่ 28 หมู่ 5 ต.โรงหีบ อ.บางคนที จ.สมุทรสงคราม 75120