

ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแล
ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



นางนภภรณ์ พึ่งเกษสุนทร

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF FAMILY INTERVENTIONS PROGRAM ON BURDEN AMONG
FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY



Mrs. Napaporn Puengkatesoontorn

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อการดูแลใน
ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดย

นางนภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร

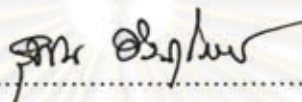
สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

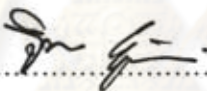
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถีอนุญชวัชชัย

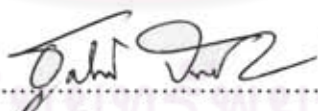
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถีอนุญชวัชชัย)


.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ขัมภลิจิต)

ศูนย์วิจัยสุขภาพจิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นภาพรณี พึ่งเกษมสุนทร : ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF FAMILY INTERVENTIONS PROGRAM ON BURDEN AMONG FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ. ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 172 หน้า

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัว และเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวในชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสมุทรปราการ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ครอบครัว ด้วยการจับคู่ (matched pair) ด้วยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมบำบัดครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมบำบัดครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงของแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's Alpha coefficients) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

- 1) ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัว ต่ำกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2) ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา..2553.....

ลายมือชื่อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277807536 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING
KEYWORDS: CAREGIVING BURDEN / SCHIZOPHRENIC FAMILY CAREGIVERS /
CAREGIVER / SCHIZOPHRENIC PATIENT IN COMMUNITY/ FAMILY INTERVENTIONS
PROGRAM

NAPAPORN PUENKATESOONTORN : THE EFFECT OF FAMILY
INTERVENTIONS PROGRAM ON BURDEN AMONG FAMILY CAREGIVERS OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY. THESIS ADVISOR : ASSOC.
PROF. ORAPHUN LEUBOONTHAVATCHAI, Ph.D., 172 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare the burden among family caregivers of schizophrenic patients before and after received family Interventions program and compare the burden among family caregivers of schizophrenic patients who received family Interventions program, and those who received regular caring activities. The 30 families of schizophrenic patients under responsibility of Samutprakarn Provincial Hospital Network Health Center were purposively selected based on the inclusion criteria . These samples were matched pair by income sufficiency of caregiver and duration responsibility of caring to experimental group and control group, 15 subjects in each group. The experimental group received family Interventions program, whereas the control group received regular caring activities . Research instruments were family Interventions program and the caregiver burden scale. These instruments were examined for content validity by 5 psychiatric experts. The reliability of the scales by Chronbach's Alpha coefficients were .94. Statistical techniques utilized in data analysis were percentage, mean, standard deviation and t-test. Major results of this study were:

1. The burden among family caregivers of schizophrenic patients who received family interventions program after the experiment was significantly lower than that before at the .05 level.

2. Burden among family caregivers of schizophrenic patients who received family interventions program was significantly lower than those who received regular caring activities at the .05 level.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Nursing.
Academic Year : ...2010.....

Student's Signature.....
Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร. อรรถพรณ ลีอนุญชวิชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย และเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นและเกิดพลังที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงได้ ตลอดจนให้ความเมตตา เอาใจใส่และให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความเมตตา ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความรู้ คำแนะนำ ให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจให้เป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษาจนจบหลักสูตรนี้ ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม หัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หัวหน้างานส่งเสริมสุขภาพและเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคมทุกท่านที่ส่งเสริมให้ผู้วิจัยได้รับ โอกาสอันดีนี้ และขอขอบพระคุณสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตจังหวัดสมุทรปราการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือจังหวัดอยุธยา สาธารณสุขอำเภอเมืองสระบุรี และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์กับผู้วิจัยในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นนิติปรัชญาโททุกท่านที่ให้กำลังใจ ห่วงใยและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณ ครอบครัวพี่געศสุนทรทุกท่าน ที่ให้กำลังใจ ห่วงใย ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

ท้ายนี้ ขอขอบคุณพี่ เพื่อนและน้องๆ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่คอยช่วยเหลือแนะนำอย่างดียิ่งต่อผู้วิจัย คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ผู้วิจัยขอมอบให้แด่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททุกๆ ท่าน ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่เข้มแข็งตลอดไป

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฅ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 9 |
| แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... | 9 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 12 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... | 12 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 15 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 16 |
| ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท..... | 17 |
| การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน..... | 23 |
| ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท..... | 28 |
| การให้การบำบัดครอบครัว..... | 38 |
| โปรแกรมการบำบัดครอบครัวเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน..... | 43 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมบำบัดครอบครัว..... | 44 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 48 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 49 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 49 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย..... | 51 |
| การดำเนินการทดลอง..... | 65 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 88 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 90 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... | 97 |

หน้า

| | |
|---|-----|
| รายการอ้างอิง..... | 107 |
| ภาคผนวก..... | 117 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ..... | 118 |
| ภาคผนวก ข รายนามผู้ช่วยวิจัย..... | 120 |
| ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา..... | 122 |
| ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 124 |
| ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย..... | 156 |
| หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย..... | 158 |
| ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย..... | 159 |
| ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย..... | 161 |
| ภาคผนวก ฉ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 164 |
| ภาคผนวก ช การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ..... | 168 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... | 172 |

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | หน้า |
|----------|---|
| 1 | คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว.....84 |
| 2 | คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว .....85 |
| 3 | คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว.....86 |
| 4 | จำนวน และร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....91 |
| 5 | จำนวน และร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....92 |
| 6 | คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....93 |
| 7 | คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....94 |
| 8 | เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว.....95 |
| 9 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....96 |
| 10 | การกำหนดขนาดของตัวอย่างด้วยการคำนวณขนาดตัวอย่างจาก Power analysis.....165 |
| 11 | การทดสอบการแจกแจงของคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01.....166 |
| 12 | การทดสอบการแจกแจงของคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01.....167 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคของความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ความเจ็บป่วยนี้ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคมเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน เพราะสังคมรังเกียจ ได้รับการดูแลไม่ดี ซึ่งความชุกของผู้ป่วยจิตเภทพบได้ในประชากรทั่วไป ร้อยละ 1 (Sadock and Sadock, 2007) ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลก เพิ่มขึ้นถึง 2 ล้านคน/ปี (Sadock and Sadock, 2005) สอดคล้องกับการสำรวจทางระบาดวิทยา พบ อัตราความชุกของภาวะประสาทหลอน และอาการหลงผิดในคนทั่วไปร้อยละ 10 และร้อยละ 15 ตามลำดับ (Johns and Van Os, 2001 cited in Rössler et al., 2005) อาการนี้ไม่เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด แต่เป็นอาการเริ่มต้นของความผิดปกติทางจิตในเวลาต่อมา (Poulton et al., 2000 cited in Rössler et al., 2005) มักพบในเพศชายที่มีอายุ 18-25 ปี และพบในเพศหญิงน้อยกว่าเพศชาย โดยพบในอายุ 25-35 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไปรับการรักษาในตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2548 มีจำนวนทั้งสิ้น 335,202 คนคิดเป็นอัตรา 537.03 คน ต่อประชากร 100,000 คน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

ผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่กับสมาชิกของครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ (Addington J., McCleery and Addington D., 2005) ได้แก่ บิดา มารดา สามิ ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้องของผู้ป่วยที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงอย่างใกล้ชิด (สกวรัตน์ ภูผา, 2543; สมคิด ตรีราภิ, 2545) จากการศึกษาของ Li and D. G. A. (2006); Ganguly et al., (2010); Hanzawa et al., (2010) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 90 สอดคล้องกับการศึกษาของ Grandón, Jenaro and Lemos (2008) พบว่าในประเทศชิลีมีผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 91.1 และพบว่าร้อยละ 54.5 ของผู้ดูแลเป็นมารดาของผู้ป่วย และจากการศึกษาของ Yeh et al. (2008) พบว่าในประเทศไต้หวัน มีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 90 อาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งพบว่าร้อยละ 70.1 ของผู้ดูแลคือพ่อแม่ที่รับบทบาทหนักมากในชีวิตประจำวันในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวเช่นกัน พบว่าผู้ดูแลเป็นบิดาหรือมารดาร้อยละ 70 พบภาวะเชิงอัตรานัยมากที่สุดคือความรู้สึกเป็นห่วงว่าจะเกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย และภาวะเชิงปรณัยมากที่สุดคือ ความรับผิดชอบต่องานหรือกิจกรรมมากขึ้น (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544) จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ทำให้ครอบครัว

ต้องรับภาระเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544; ทูลกา นุปผาสังข์, 2545; สมคิด ตริราภิ, 2545; จิราพร รักการ, 2549; รจนา ปุณ โภทก, 2550)

จากนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกสู่ครอบครัว (De-institutionalization) มุ่งเน้นให้มีการเพิ่มบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2541; Gutiérrez-Maldonado et al., 2005) เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ครอบครัวจะมีความสำคัญและเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่ (WuCC, 1993; Chou et al., 1992 cited in Hou et al., 2008) จากการศึกษาของ McDonell et al. (2003 cited in Hou et al., 2008) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องลาออกจากการมาดูแลผู้ป่วยร้อยละ 36.9 และพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถอยู่บ้านคนเดียวได้มากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 57.4 ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระหนักมากจากการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว เกิดปัญหา อาการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำได้ โดยพบว่าร้อยละ 50-70 จะกลับมามีอาการกำเริบของโรคได้อีกภายใน 1 ปี หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) จากการศึกษาของ Grandón, Jenaro and Lemos (2008) พบตัวแปรที่ทำนายภาระการดูแล คือความถี่ของอาการกำเริบ อาการด้านบวก และการพึ่งพาของผู้ป่วยคิดเป็น ร้อยละ 59.8 และพบว่าค่าเฉลี่ยการเกิดอาการกำเริบ 7.2 ครั้งต่อคน ค่าเฉลี่ยการนอนโรงพยาบาล 2.5 ครั้งต่อคน ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 3.5 วันต่อคน สอดคล้องกับการศึกษาของ Provencher and Mueser (1997) พบว่าภาระเชิงอัตนัยมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการด้านบวกและด้านลบ และภาระเชิงปรนัยมีความสัมพันธ์กับอาการด้านลบเพียงอย่างเดียว ซึ่งจะทำให้เกิดภาระการดูแลมากขึ้น หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ปัญหาและสามารถประเมินความรับผิดชอบที่เป็นภาระเพิ่มขึ้นนี้ได้ ก็จะรับมือกับอาการเหล่านี้ได้ ดังนั้นเพื่อให้เกิดผลดีต่อการดูแลรักษาและการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขของผู้ป่วยจิตเภท ลดการเกิดอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังกล่าว

ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ 1) บทบาทในการดูแลผู้ป่วย (Ganguly, 2010; Chien et al., 2004; รัชนิกร อุปเสน, 2541) เป็นบทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อสนองตอบต่อความต้องการของผู้ป่วยที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการของโรค และการดูแลที่จำเป็นเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งภาวะปกติและลดการกลับเป็นซ้ำ เช่นการให้การดูแลตามแผนการรักษา การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติ และภาพลักษณ์ที่ดีต่อตนเอง เป็นต้น ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541) 2) ความสัมพันธ์ในครอบครัว จากการศึกษาของ Shelves (1986) พบว่า ความสัมพันธ์ของผู้ป่วย และบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง

ได้แก่ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น ส่วนความสัมพันธ์กับผู้ใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคยเป็นต้น จะเห็นได้ว่ามีความสัมพันธ์ต่อกันในหลายรูปแบบ ซึ่งจะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูงในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยได้ 3) การติดต่อสื่อสารในครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ โดยเฉพาะการอยู่ร่วมกันของคนในครอบครัว พบว่าการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนและไม่เหมาะสมในครอบครัว เป็นสาเหตุให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (พิริยาภรณ์ เชื้อหอม, 2548) 4) ความเครียด ทัศนคติและการตอบสนองต่อความเครียด การแสดงออกทางอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคม (Möller-Leimkühler, 2005; Rössler et al. 2005) ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน ดังการศึกษาของ Wai-Tong et al. (2007) พบว่าครอบครัวมักจะมีพฤติกรรมความเครียดจากพฤติกรรมที่แปลกประหลาดและไม่คาดฝันของผู้ป่วย ความเครียดภายนอกจากตราบาป และครอบครัวแยกตัวจากสังคม เกิดความสับสนทางอารมณ์ และความขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Deborah et al. (2006) พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาด้านอารมณ์ คุณภาพชีวิต ความเจ็บป่วย การเงินและปัญหาสุขภาพร้อยละ 93 และจากการศึกษาของ Magliano et al. (2006) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านสุขภาพจิตร้อยละ 83 และมีความรู้สึกสูญเสียร้อยละ 62

Möller-Leimkühler (2005) ศึกษาทัศนคติความเครียดในผู้ดูแล พบว่าเกิดจากสถานการณ์อาการป่วยที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย การรับรู้ต่ออาการของผู้ป่วย รูปแบบการรับรู้และการตอบสนองของผู้ดูแล การประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น ภาระในการดูแลผู้ป่วยทุกวันๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Addington et al. (2005) พบว่าครอบครัวมีค่าเฉลี่ยความเครียดระดับรุนแรงร้อยละ 24 ระดับปานกลางร้อยละ 23 และส่วนที่เหลือพบว่ามียกระดับความเครียดที่เพิ่มจากคนปกติ จากการศึกษาของ Lataster et al. (2010) พบว่าในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิตหากครอบครัวมีปฏิริยาความเครียดสูง จะส่งผลกระทบต่ออาการเกิดอาการด้านบวกของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Addington et al. (2005) พบว่าภาวะความตึงเครียดของครอบครัวทำให้มีการใช้การแสดงอารมณ์ต่อกันสูง ซึ่งมีผลต่อการทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ และมีผลเพิ่มภาระการดูแลของผู้ดูแล จากการศึกษาของ Raune et al. (2004) พบว่าผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงถึงร้อยละ 44 มีการวิพากษ์วิจารณ์ร้อยละ 33 แสดงความไม่เป็นมิตรร้อยละ 30 และมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไปร้อยละ 22 ในกลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ส่งผลให้ภาระทางอัตนัยเพิ่มขึ้น และมีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Magliano et al. (2005) พบร้อยละ 17 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกว่าเป็นการยากที่จะเชิญคนมาที่บ้าน จากสาเหตุที่ผู้ดูแลมีเครือข่ายทางสังคมน้อย ทำให้เกิดภาระการดูแลสูงและอาจเชื่อมโยงไปถึงตราบาป ดังการศึกษาของ Chang (2006 cited in Hanzawa et al., 2010) พบว่าตราบาปมีผลกระทบ

ต่อผู้ดูแลมาก และผู้ดูแลจะเลี่ยงการพูดถึงผู้ป่วยต่อญาติหรือเพื่อน เพราะรู้สึกเสียหน้า จากการศึกษาของ Magliano et al. (2006) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องทิ้งการทำงานอดิเรกร้อยละ 45 มีความยากลำบากในการพักผ่อนร้อยละ 47 ออกไปนอกบ้านวันอาทิตย์ร้อยละ 38 ผู้ดูแลบอกว่ามี ความยากลำบากในการหาความบันเทิง ความเพลิดเพลินที่บ้านร้อยละ 31 สอดคล้องกับการศึกษา ของ Magliano et al. (2005) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัยสูง เนื่องจากได้รับการสนับสนุนทางสังคมและจากเจ้าหน้าที่น้อย ส่งผลให้มีภาวะเปราะบางและ กลายเป็นโรคจิตได้ (Hou et al., 2008)

จากการศึกษาเชิงวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ของ Pitschel-Walz et al. (2001) ใน 25 งานวิจัย พบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงอารมณ์รุนแรง และมีความตึงเครียดจากภาวะเศรษฐกิจ ปัญหา สุขภาพมากมาย มีความทุกข์ทรมานจากอาการที่รุนแรงของผู้ป่วย และต้องการความช่วยเหลือ ดัง การศึกษาของ Yeh et al. (2008) พบว่าความต้องการ การช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ ต้องการให้ช่วยเหลือในด้านการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 77.6 การสนับสนุนทางสังคมร้อยละ 66.1 การ ได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 68.2 การแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยในด้าน ความบกพร่องในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ด้านความรู้สึกลดเดี๋ยวทางสังคมและอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 27.2 การยอมรับจากสังคมร้อยละ 62.7 ความรู้ด้านกฎหมายสุขภาพจิตร้อยละ 70.1 และต้องการความรู้จากทีมรักษาพยาบาล เรื่องโรคและการรักษา ลักษณะอาการกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 58.1 -74.9

ปัจจัยด้านผู้ดูแลได้แก่ 1) การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค (นิสากร แก้วพิลา, 2545; Lim and Ahn, 2003) พบว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะเชิงอัตนัย 2) รายได้ของครอบครัว จากการศึกษาของ Montgomery et al. (1985) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล 3) อายุของผู้ดูแล ผู้มีอายุ มากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้มีภาระในการดูแลน้อยกว่า (Montgomery et al., 1985) 4) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง จะมีเหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Gutiérrez-Maldonado et al., 2005) 5) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ ภาระการดูแล ดังการศึกษาของ Doornbos (2002) พบว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและพักผ่อนน้อยลง เกิดปัญหาด้ว การเงิน และมีคุณภาพชีวิตลดลง

จะเห็นได้ว่าภาระของผู้ดูแลเกิดจากผลกระทบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษา ของ Thornicroft et al. (2004 cited in Kuipers, 2006) พบว่าค่าเฉลี่ยภาระการดูแล มีภาวะระดับสูง มากร้อยละ 90.2 และมีภาระเล็กน้อยร้อยละ 9.8 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความวิตกกังวล และความ

ดึงเครียดเพิ่มขึ้น มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น เครือข่ายทางสังคมลดลง และมีการแยกตัวเพิ่มขึ้น เกิดการสูญเสียศักยภาพในการทำงานหาเงิน ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ (Addington et al., 2005) ด้านอารมณ์ สุขภาพกาย สุขภาพจิตแก่ผู้ดูแล (Awad and Voruganti, 2008)

ภาระในการดูแลหมายถึง การรับรู้และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความกดดัน และความเดือดร้อนของผู้ดูแลซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องจ่ายเงินมากขึ้น มีความเป็นอิสระลดลง สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวลดลง และมีเวลาทำกิจกรรมในวันหยุดพักผ่อนหรือการมีกิจกรรมในสังคมลดลง ปัญหาหน้าที่การงาน และปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทักษะคิด ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ (Montgomery et al., 1985 อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) จากภาระทั้งสองประเภท ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกรับภาระหนัก ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การเงินและเศรษฐกิจ (Gutiérrez-Maldonado et al., 2005; Perlick et al., 2006; Ganguly, 2010.) ผลกระทบด้านร่างกายได้แก่การพักผ่อนไม่เพียงพอและไม่มีเวลาออกกำลังกาย เนื่องจากต้องคอยดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้ร่างกายทรุดโทรมลง ผลกระทบด้านจิตใจได้แก่ ความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ความรู้สึกเป็นภาระ (ทูลลา บุญผาสังข์, 2545) พบว่าการแสดงออกด้านลบของผู้ดูแลส่งผลเสียมากกว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้ (เพชร คันธสายบัว, 2544) ด้านสังคมพบว่า การดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมได้อย่างที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ งานประเพณีต่างๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน เกิดการห่างเหินกับชุมชน (ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) ในด้านการเงินและเศรษฐกิจ พบว่าผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ค่าเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 88.3 ไม่มีรายได้ และผู้ดูแลร้อยละ 58.6 ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (รจนา ปุณโณทก, 2550) ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจำนวนมากในการดูแลผู้ป่วย ดังการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการบริการของสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 17 แห่งพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีจำนวนวัน Admitted เฉลี่ย 43 วัน/ ราย/ปี คิดเป็นต้นทุนรวมเฉลี่ยรายละ 28,230 บาท/ปี (อนก สุภีรนนท์ และคณะ, 2550)

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาในเรื่องภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผ่านมา ได้แก่ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในจังหวัด

สุราษฎร์ธานี พบว่า ภายหลังจากได้รับการดูแลแบบองค์รวม มีผลทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สมคิด ตรีราภิ (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ภาระการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลจิตเวชหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าภาระในการดูแลของผู้ดูแลจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งพบว่าสามารถแก้ปัญหาได้ แต่ยังคงพบปัญหาได้อีกทั่วไปในชีวิตประจำวัน และยังไม่มีการนำรูปแบบโปรแกรมบำบัดครอบครัวมาใช้ในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จะเห็นได้ว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้ภาระการดูแลสูงจะมีบทบาทการทำหน้าที่ไม่ดี สถานะทางสุขภาพแย่ มีความพึงพอใจและมีการสนับสนุนทางสังคมน้อย (Hanzawa et al., 2010) การรักษาควรมุ่งไปที่การลดความตึงเครียดในสังคม สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เช่นการแสดงอารมณ์สูงในผู้ดูแล พบว่า โปรแกรมบำบัดครอบครัวมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการลดความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Kuipers et al., 2006; Lataster et al., 2010) ทำให้ผู้ดูแลมีทัศนคติด้านบวกในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย เกิดความร่วมมือในการกินยา การทำหน้าที่ทางสังคมและการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม (Leff J., 1944; Pilling S et al., 2002 cited in Lataster et al., 2010)

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่า การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) เป็นการจัดการกระทำกับสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่มีส่วนร่วมในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเพื่อให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเข้าใจ ยอมรับสถานการณ์ปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่การมีครอบครัวที่อบอุ่น เข้าใจซึ่งกันและกัน ดำรงความเป็นครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และมีสุขภาพจิตที่ดี การบำบัดครอบครัวจัดการกระทำได้ในลักษณะต่างๆ กัน เช่น การทำจิตบำบัดครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว การสอน และให้ความรู้รวมถึงสนับสนุนด้านสุขภาพจิตแก่ครอบครัว เป็นต้น

จากการศึกษาเชิงวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ของ Pharoah et al. (2010) ซึ่งศึกษาข้อมูลปี ค.ศ. 2005-2006 โดยศึกษางานวิจัย จำนวน 15 งาน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,765 คนพบว่า การบำบัดครอบครัวสามารถลดการป่วยซ้ำได้ร้อยละ 43 อีกทั้งยังสามารถลดจำนวนครั้งและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทลงได้ ช่วยปรับบทบาททางสังคมและพัฒนาความบกพร่องทางสังคมให้ดีขึ้น ลดความเครียดและการแสดงอารมณ์ในครอบครัว เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม โดยเพิ่มทัศนคติและความเข้าใจของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ลดอัตราการป่วยและลดภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้ ดังการศึกษาเชิงวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ของ Pitschel-Walz et al. (2001) ใน 25งานวิจัย พบว่า ถ้าผู้ดูแลมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัว จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำลดลงร้อยละ 20 สอดคล้องกับการศึกษาของ Addington et al. (2005) พบว่า การบำบัดครอบครัวลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ลดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ และจากการศึกษาของ Pharoah et al. (2010); NICE (2003 cited in Kuipers, 2006) พบว่าการบำบัดครอบครัวเป็นการเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแล เพิ่มความร่วมมือในการกินยา และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลได้ ส่งผลให้ลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้ (Solomon, 2000; Hegde, R. S. L. and Raguram, 2007; NICE, 2003 cited in Kuipers, 2006)

จากการศึกษาวิเคราะห์เชิงอภิมาณ สำหรับ NICE Guidelines ใน 18 งานวิจัย ของ Kuipers (2006) ซึ่งศึกษาเรื่องความสามารถและกลไกการเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการบำบัดครอบครัว โดยทบทวนจากข้อมูลผลลัพธ์หลักฐานเชิงประจักษ์ ของ NICE (2003) พบว่า การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ ทั้งในขณะที่รักษา และขณะติดตามนัด สามารถลดการนอนโรงพยาบาลระหว่างรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบอื่น หรือการรักษาตามปกติ และลดภาระการดูแลผู้ป่วยได้ เกิดการพัฒนาทัศนคติ และความเชื่อมั่นในตัวเองของผู้ดูแล การทดแทนความเครียดความวิตกกังวล การวิพากษ์ วิเคราะห์ด้วยความสงบและอดทน สอดคล้องกับการศึกษาของ Murphy (2007) ซึ่งศึกษาการพัฒนาการบำบัดครอบครัวในระยะเวลา 9 เดือน ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 18 ครอบครัว โดยมีหลักสำคัญประกอบด้วย การส่งเสริมให้กำลังใจ การประเมิน การให้ความรู้สุขภาพจิต การจัดการกับความเครียด การฝึกทักษะการสื่อสาร การแก้ปัญหา และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่า การบำบัดครอบครัวสามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์ได้ และยังสามารถพัฒนาความรู้ปรับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เน้นการดูแลของผู้ดูแลและครอบครัวเป็นสำคัญ พบว่า โปรแกรมบำบัดครอบครัว(Family

Intervention) มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Solomon, 2000; Montero et al., 2001; Pitschel-Walz et al., 2001; Wuerker et al., 2001; Addington et al., 2005; Kuipers, 2006; Murphy, 2007; Absalom et al., 2010; Pharoah et al., 2010) และสามารถลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้ว จากการศึกษาของ Hegde et al. (2007). พบว่า การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) มีลักษณะบูรณาการ ทั้งการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้สุขภาพจิตศึกษา กิจกรรมการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยให้เข้าสู่การปฏิบัติเป็นประจำ การพัฒนาทักษะการจัดการลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา บทบาทครอบครัว รวมถึงการเพิ่มระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถอดทนต่อปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีความคาดหวังในการทำหน้าที่การงาน และหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยตามความเป็นจริง สามารถลดความเครียด ลดภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective Burden) ภาระเชิงปรนัย (Objective Berden) ได้ ทำให้ครอบครัวมีความเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ลดการวิพากษ์วิจารณ์ ลดการก้าวร้าวต่อผู้ป่วยและลดการแสดงอารมณ์มากเกินไประหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้มีความอดทนต่อภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย สนับสนุนให้เกิดสิ่งแวดล้อมทางบวกในครอบครัว และให้กำลังใจในการพัฒนาการทำหน้าที่ของผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมบำบัดครอบครัว (Family Intervention) ตามแนวคิดของ Hegde et al. (2007) มาใช้ในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เกิดความรักความเข้าใจและยอมรับในครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ลดอาการกำเริบ และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้นานขึ้น และผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข อีกทั้งยังเป็นการสร้างเสริมกำลังใจและลดภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอีกด้วย และจากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าการบำบัดครอบครัวถือว่าเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุดเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งพบว่าการบำบัดครอบครัวจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นหากนำไปปฏิบัติในชุมชน (DOH, 1999, 2002; NICE, 2003, 2009 cited in Absalom et al., 2010)

คำถามการวิจัย

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวมีความแตกต่างกันหรือไม่
2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ครอบครัวจะมีความสำคัญและเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย (WuCC, 1993; Chou et al., 1992 cited in Hou et al., 2008) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกไร้ภาระหนัก ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การเงินและเศรษฐกิจ (Gutiérrez-Maldonado et al., 2005; Perlick et al., 2006; Ganguly, 2010) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า หดแรงแรง มีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เกิดภาระการดูแลแก่ผู้ดูแล (Gutiérrez-Maldonado et al., 2005) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดต่างๆ ที่จะช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าโปรแกรมบำบัดครอบครัว (Family Intervention) มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Solomon, 2000; Montero et al., 2001; Pitschel-Walz et al., 2001; Wuerker et al., 2001; Addington et al., 2005; Kuipers, 2006; Murphy, 2007; Absalom et al., 2010; Pharoah et al., 2010) และสามารถลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้การบำบัดครอบครัว (family Intervention) ของ Hegde et al. (2007) ซึ่งได้ศึกษาการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) โดยมีลักษณะ การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้สุขภาพจิตศึกษา กิจกรรมการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยให้เข้าสู่การปฏิบัติเป็นประจำ การพัฒนาทักษะการจัดการลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา บทบาทครอบครัว รวมถึงการเพิ่มระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถอดทนต่อปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีความคาดหวังในการทำหน้าที่การทำงาน และหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยตามความเป็นจริง สามารถลดความเครียด ลดภาระ

การดูแลเชิงอัตนัย (Subjective Burden) ภาระเชิงปรนัย (Objective Berden) ได้ โดยมีรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การประเมินบทบาทและประสบการณ์ที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย (Assessment of current functioning and difficulties experienced by the caregivers) ระยะที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท (Focused on psychoeducation about the illness) ระยะที่ 3 การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การลดการแสดงออกทางอารมณ์ ต่อผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ (Caregivers were helped to normalize the family routines and the need to lower expressed emotions) ระยะที่ 4 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแก้ปัญหา ของสมาชิกครอบครัว ในด้านการทำบทบาทหน้าที่ในเครือข่ายสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุดท้ายคือการเตรียมยุติการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ซักถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆ ชัดแจ้ง (Improving the communication and problem solving skills ,social network and support system) และจากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็น โปรแกรมบำบัดครอบครัว ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 45 นาที โดยดำเนินการในกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว วันละ 3 ครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เป็น กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยให้ ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อทำความรู้จักซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดรู้สึกความอบอุ่น ไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เพื่อสร้างความพร้อมและแรงจูงใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มากขึ้น ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยการพูดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคย เปิดโอกาสให้ระบายปัญหาและความรู้สึกต่างๆ วิเคราะห์และประเมินปัญหาของผู้ดูแลและผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้แสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ด้วยการพูดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ ชักจูงให้เกิดแรงจูงใจ จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้แสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังการศึกษาของ Solomon (2000) พบว่าการพัฒนาบทบาท สามารถลดพฤติกรรมทางลบของครอบครัวได้ และส่งผลให้ลดภาระการดูแลได้

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็น กิจกรรมที่จัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา วิธีการบริหารจัดการเรื่องยาและอาการข้างเคียงส่งผลกระทบต่ออาการของผู้ป่วยและลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้

(Magliano and Fiorillo, 2007)

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้น โดยให้ผู้ดูแลจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง สอนวิธีผ่อนคลายและการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้อง การทดแทนความเครียดความวิตกกังวล การวิพากษ์ วิเคราะห์ด้วยความสงบและอดทน เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การจัดการกับความเศร้าและความรู้สึกสูญเสีย จากการศึกษาพบว่า การลดการแสดงออกทางอารมณ์ (Solomon, 2000; Pharoah et al., 2010) การทดแทนความเครียดความวิตกกังวล การวิพากษ์ วิเคราะห์ด้วยความสงบและอดทน (NICE, 2003 cited in Kuipers, 2006) จะส่งผลให้ลดภาวะการดูแลผู้ป่วยได้ (Solomon, 2000; Hegde et al., 2007; 2009; NICE, 2003 cited in Kuipers, 2006) ดั้งการศึกษาของ (Wuerker et al. 2001) พบว่าคนที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำกว่า จะสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นได้ และในคนที่แสดงอารมณ์สูงจะมีรูปแบบการควบคุมที่แข็งแกร่งกว่าไม่ยืดหยุ่นทำให้เกิดความสับสนอันตึงเครียดในครอบครัว สมาชิกครอบครัวรู้สึกหมกมุ่นกันและติดต่อกันน้อยลง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย ด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย จะส่งผลให้เกิดการจัดการกับอาการของโรคและการบริหารยาสำหรับผู้ป่วย พบว่าในผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลสูง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีจำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลต่อการลดภาระเชิงประนีได้ (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ด้วยการให้ผู้ดูแลจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการให้ความรู้ และการฝึกทักษะเรื่องการสื่อสารทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด การร่วมกันแก้ปัญหา การเพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อให้มีความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถฟังและสื่อสารถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ลดอัตราการป่วยซ้ำได้ ทำให้เพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารสามารถลดภาวะการดูแลได้ (Cohen et al., 2009)

กิจกรรมที่ 6 การสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนทางสังคม ด้วยการร่วมกันค้นหาข้อมูลแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ดูแล สามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการแนะนำให้รู้จักกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ส่งผลให้ลดภาวะการดูแลได้ (Hanzawa et al., 2010)

จะเห็นได้ว่า การบำบัดครอบครัว เป็นกิจกรรมหนึ่งในการจัดการเพื่อมุ่งช่วยเหลือครอบครัว เป้าหมายมิใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ แต่มุ่งให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปอย่างสอดคล้องกลมกลืน เน้นสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวมากกว่าการมุ่งกระบวนการลดความขัดแย้งในครอบครัว การขัดแย้งในครอบครัวอาจเกิดขึ้นได้แต่สมาชิกจะต้องเข้าใจ และยอมรับในความแตกต่าง และพยายามทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน การปฏิบัติการให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึกและติดต่อสื่อสารกัน ได้ด้วยดี

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัว
2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

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

1. ประชากรในการวิจัยคือ ผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลในครอบครัว และสมาชิกใน ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนจังหวัดสมุทรปราการ
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คัดเลือกจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและสมาชิกที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดสมุทรปราการ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดได้แก่ บิดามารดา สามี ภรรยา บุตรหรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยรับผิดชอบ และได้รับการยอมรับว่าปฏิบัติกิจกรรมเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน
3. ตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่
 - ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมบำบัดครอบครัว
 - ตัวแปรตาม คือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. สถานที่ทำการทดลอง บ้านผู้ป่วยจิตเภท ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมบำบัดครอบครัว หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Hegde et al. (2007) เพื่อนำไปใช้ในการลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เกิดความรักความเข้าใจและยอมรับในครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้นานขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข ซึ่งมีรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดครอบครัว สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 3 ครั้งๆ ละ 2 กิจกรรมๆ ละ 45 นาที ดำเนินการในกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว วันละ 3 ครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและการประเมินบทบาทในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อทำความรู้จักซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดรู้สึกความอบอุ่น ไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เพื่อสร้างความพร้อมและแรงจูงใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มากขึ้น ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยการพูดคุยเพื่อสร้าง ความคุ้นเคย เปิดโอกาสให้ระบายปัญหาและความรู้สึกต่างๆ วิเคราะห์และประเมินปัญหาของผู้ดูแลและผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้แสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา วิธีการบริหารจัดการเรื่องยาและอาการข้างเคียง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการฝึกทักษะการแสดงออกอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง สอนวิธีผ่อนคลายและการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้อง การทดแทนความเครียดความวิตกกังวล การวิพากษ์ วิจารณ์ด้วยความสงบและอดทน เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การจัดการกับความเศร้าและความรู้สึกสูญเสีย

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้

เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการจัดการกับอาการของโรคและการบริหารยาสำหรับผู้ป่วย ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสูง จะส่งผลให้ลดการกลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยมีจำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการให้ความรู้ และฝึกทักษะเรื่องการสื่อสารทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสาร ความรู้สึกนึกคิด การร่วมกันแก้ปัญหา การเพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อให้มีความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถตั้งเฝ้าอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถฟังและสื่อสารถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 6 การสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกันด้วยการร่วมกันค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม และสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ พร้อมทั้งแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์บริการสุขภาพชุมชนในเครือข่ายบริการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ภาระของผู้ดูแล หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ภายในบ้าน รวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเคียดแค้น ความยากลำบากในการกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้ศึกษาตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยภาระการดูแล 2 ประเภท ได้แก่

1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

ในงานวิจัยนี้ ประเมินภาระของผู้ดูแลโดยแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบสัมภาษณ์ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985)

ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หรือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV และ ICD 10 และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน

สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ในปัจจุบัน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งมีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถรับรู้ เข้าใจปัญหาและจัดการกับปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้าใจ และมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดอาการกำเริบ การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และลดภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อเป็นแนวทางการจัดรูปแบบการบริการพยาบาล สำหรับพยาบาลวิชาชีพในชุมชน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโดยการใช้กระบวนการบำบัดครอบครัว

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัย นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค
 - 1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก
 - 1.3 การดำเนินโรค
 - 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.6 ปัญหาและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.3 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 ความหมายของภาวะการดูแล
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.3 การประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.4 การพยาบาลเพื่อลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. การให้การบำบัดครอบครัว
 - 4.1 ความหมายของการบำบัดครอบครัว
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัว
 - 4.3 ขั้นตอนการบำบัดครอบครัว
5. โปรแกรมการบำบัดครอบครัวเพื่อลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมบำบัดครอบครัว
 - 6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

6.2 งานวิจัยและแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัว (Family intervention)

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย (2545) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

Sadock and Sadock (2007) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรม ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้มีสาเหตุมาจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือพิษของยาที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว

1.2 ลักษณะอาการทางคลินิก แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทยอเมริกัน (American psychiatric association, 1994 ; Boyd, 2005; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) มีดังนี้

1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) ลักษณะอาการด้านบวกที่สำคัญ ได้แก่ มีการแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิดและความผิดปกติ (Disorganized thought and speech) คือ ผู้ป่วยมีความคิดลักษณะแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผล มีอาการ หลงผิด (Delusion) คือ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริงและเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น มีอาการประสาทหลอน (Auditory hallucination) ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และ สัมผัส

1.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) คือลักษณะอาการ ด้านลบที่สำคัญ ได้แก่ มีลักษณะการแสดงพฤติกรรมน้อยลง มีปัญหาในด้านการแสดงออกของอารมณ์ (Affective flattening) พูดน้อยลง (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เรื่องเรียน เก็บตัว ไม่แสดงออกเฉยเมย

1.3 การดำเนินโรค

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนิน

โรคจะเกิดขึ้นช้า ๆ แรก ๆ อาการจะน้อยและไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลไม่สังเกตเห็นความสำคัญ และเมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธี การดำเนิน โรคจึงเปลี่ยนไป ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนิน โรคที่เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบ ดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

1.3.1 หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก

1.3.2 หายโดยกลับเป็นอีก

1.3.3 หายโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องใน

บุคลิกภาพจะต้องได้รับการช่วยเหลือ

1.3.4 เรื้อรังแต่ไม่รุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี บ่งบอกอาการเรื้อรังของผู้ป่วย

1.3.5 มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

การดำเนิน โรคของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 3 ระยะ (American Psychiatric Association, 1994)

1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบมักจะมีอาการนำมาก่อน เป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิตเช่นนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดีและอยู่ไม่สุขเป็นต้น (Herz et al., 1989)

2) ระยะแสดงอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงเป็นพัก ๆ จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมาร่วมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา

3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) จะลดความรุนแรงลง ในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) จะมีมากขึ้น เช่น อารมณ์เฉยเมย แยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ จะเกิดระหว่าง 5 ปีแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง มีปัญหาการดำรงชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย บางครั้งจะมีอาการซึมเศร้า เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม

1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรคได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546)

1.4.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1.4.1.1 การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยารักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ถ้าคบคิดไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยากับผู้ป่วย

1.4.1.2 การรักษาทางจิตสังคม การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การใช้อย่างเดียวจะไม่ได้ผลดีนัก จึงใช้ร่วมกับการรักษาทางจิตใจและสังคมได้แก่

1) จิตบำบัดประคับประคองทั้งรายบุคคลและเป็นรายกลุ่ม การทำจิตบำบัดมีจุดมุ่งหมาย เพื่อส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาของตนเองอย่างเหมาะสม และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมดีขึ้น รวมทั้งแก้ไขสาเหตุของปัญหา (สมภพ เรืองตระกูล, 2544)

2) พฤติกรรมบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยผู้รักษาจะให้ แรงจูงใจ และเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ (วิวัฒน์ ขณานันทน์และคณะ, 2536)

3) ครอบครัวบำบัดการทำมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง (high expressed emotional หรือ high EE) ของสมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งจะลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วย (วิวัฒน์ ขณานันทน์ และ คณะ, 2536) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากขาดความคิดริเริ่มไม่สนใจในการทำกิจกรรมใดๆ รวมทั้งขาดมนุษยสัมพันธ์ แยกตัวตามลำพัง ดังนั้นจึงเป็นภาระของครอบครัวอย่างมากและมักก่อให้เกิดปฏิกิริยาที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลเกิดความเครียดและเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลรักษา ดังนั้นในการทำครอบครัวบำบัดจะช่วยให้ครอบครัวได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ และปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว เพื่อช่วยให้ครอบครัว คลายความเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป (สมภพ เรืองตระกูล, 2544)

1.4.2 การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1.4.2.1 การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุดแต่ต่างกันว่าจิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้นซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

1.4.2.2 การบำบัดทางพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเองไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้าเป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การเสริมแรงการฝึกการแสดงออกการขจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบและการเรียนรู้จากตัวแบบ

1.4.2.3 การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มี ลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายนความรู้สึกร่วมกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย ผู้รักษาต้องแนะนำวิธีการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ สอนวิธีลดความเครียด

1.4.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับ ยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเองโดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (rehospitalization) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์ยาว (long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง ระยะเวลาในการรักษานั้นส่วนใหญ่เน้นในครั้งแรก หลังจากอาการทางจิตดีขึ้น แล้วให้ยาต่อเนื่องไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว หากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ยาต่อเนื่องตลอดไป

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีลักษณะตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม การพูดคุยทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนและทำให้เกิดการตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้นและสิ่งสำคัญคือ เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2547)

1.5.1 การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพสะอาดและ ด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านสุขอนามัยของตนเอง

1.5.2 การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่ผู้ให้การพยาบาลควรทำคือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วย จะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมา ทางด้านพฤติกรรม (search of meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือทำให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.5.2.1 การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้าน ความคิด ความคิดหลาย ๆ ความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้น สิ่งแรกที่พยาบาลจะต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือการหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

1.5.2.2 การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นภาพบางภาพขณะที่พยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็นขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้นเป็นต้น

1.5.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์คือมีอารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าทีนิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และ

พยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.5.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคมและการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าจะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับคนอื่นๆ โดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วย ความหวาดระแวงและการหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลกๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขันและเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางด้านสังคมพื้นฐานที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

1.6 ปัญหาและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรม ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ความเจ็บป่วยนี้ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคมเป็นเวลานาน (Sadock and Sadock, 2007) และจากนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกสู่ครอบครัว (De-institutionalization) มุ่งเน้นให้มีการเพิ่มบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2541; Gutiérrez-Maldonado et al., 2005) ทำให้มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีสภาพปัญหาของการดำเนินชีวิตในขณะที่อาศัยอยู่ในชุมชนดังนี้

จากการศึกษาของ สุวิมล สมิตตะ (2541) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยมักไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากครอบครัว และเป็นภาระที่หนักใจของครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบงการามีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงหนึ่งหรือสองคนเท่านั้น มักเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัว จากการที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถจัดการตามคำแนะนำ

ที่ได้รับได้ และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดภาระการดูแลเพิ่มขึ้นใน ด้านค่าใช้จ่ายส่วนตัว และค่ารักษาอื่นๆ

จากการศึกษาของ มารศรี ปาณีวัตร (2548) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ บ้าน คือ เรื่องการแยกตัว ไม่ช่วยเหลืองานในครอบครัว ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ใน เรื่องการรับประทานยา เกิดความเครียดเนื่องจากสังคมและชุมชนไม่ยอมรับ ญาติตำหนิ และไม่ได้ ประกอบอาชีพ บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

เพ็ญประภา มะลาไวย์ (2550) สรุปว่า โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มักทำให้เกิด ปัญหาสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านหรือในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัย เนื่องจากต้องใช้ ระยะเวลาที่ยาวนานในการรักษาและธรรมชาติของโรคนี้อาจจะกำเริบซ้ำได้บ่อย พบว่าปัญหาของ ผู้ป่วยจิตเภทคือ การกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย การ ไม่รู้และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการใช้สารเสพติด

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนนั้น มีทั้งผู้ป่วยที่ยังมีอาการทางจิต หลงเหลืออยู่และผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยมีอาการหลง เหลืออยู่ มีอาการกำเริบซ้ำและต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ไม่รู้และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท มักแยกตัว มี ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น มีปัญหาด้านเศรษฐกิจจากการที่ผู้ป่วยประกอบอาชีพไม่ได้และจากค่า รักษาพยาบาล สังคมและชุมชนไม่ยอมรับ ญาติตำหนิ การใช้สารเสพติด ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้อีก

2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพัฒนามาจาก แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ ชุมชนซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีดังนี้ (กัลยาณี โนนินทร์, 2542)

2.1.1 เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการ ทั้งในผู้ที่มิสุขภาพจะดี เจ็บป่วย พิกัด หรือป่วยหนักเพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

2.1.2 เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรใน หลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน

2.1.3 เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสานได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.1.4 เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

2.1.5 เป็นการบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

2.1.6 เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

2.1.7 เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นให้การพยาบาลแบบผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้ จากการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมของ Macleod, Elliott and Brown (2011) พบว่าการพยาบาลที่พยาบาลด้านสุขภาพจิตชุมชนให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแล และเป็นการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ดูแลอีกด้วย ดังนี้ คือ

2.2.1 การให้ความรู้ (Educational intervention) เพื่อให้มีความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และการจัดการที่มีประโยชน์ อาจกระทำได้ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม ซึ่งมีข้อมูลหลักฐานว่าสามารถลดภาระในการดูแลของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.2 การให้ความรู้สนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Supportive family education) เน้นการสนับสนุนครอบครัวเกี่ยวกับการให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพ เป้าหมายเพื่อลดความเครียดและภาระการดูแล เสริมสร้างคุณภาพการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต

2.2.3 การบำบัดครอบครัว (Family intervention) เป็นการบำบัดที่มีรูปแบบพิเศษ ที่เน้นการดูแลทางด้านชีววิทยา (Biology) เน้นที่การใช้ยาและสังคมของผู้ป่วยจิตเภท (Social component) เน้นที่การสื่อสาร การฝึกทักษะการแก้ปัญหา การให้ความรู้ เครือข่ายทางสังคม โดยใช้หลักแนวคิดที่กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ส่งผลกระทบต่อภาระของครอบครัว การบำบัดครอบครัว (Family intervention) เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวบำบัด จากการศึกษา มีข้อมูลหลักฐานว่า สามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (Barrowclough et al., 1998)

2.2.4 การสนับสนุนบริการในชุมชน (Community support services) ได้แก่การจัดการรายกรณี การให้บริการเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน โปรแกรมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน การให้คำปรึกษา การให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีพยาบาลอยู่ด้วย

2.2.5 กลุ่มสนับสนุนร่วมกัน (Mutual support groups) การใช้กลุ่มสนับสนุนเป็นสิ่งที่สามารถสร้างเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี สามารถลดภาระของครอบครัวได้

2.2.6 งานบริการกลางวัน (Day care services) เป็นลักษณะที่เป็นโปรแกรมการดูแลเพื่อลดภาระของครอบครัวโดยบุคลากรที่ได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะ

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย (2549) กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลผู้ป่วยและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการพึ่งตนเอง ดูแลตนเองให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน และเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ กิจกรรมที่พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยสามารถทำได้ในลักษณะต่างๆดังต่อไปนี้

- 1) การประเมินสถานะผู้รับบริการ
- 2) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน โดยเน้นการยอมรับ ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ การสร้างความรู้สึที่ดี และไว้วางใจของผู้ป่วยและญาติ
- 3) พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว เน้นการสร้าง ความเข้าใจในครอบครัว
- 4) สอน และให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว และทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพที่เหมาะสมทั้งในผู้ป่วยและญาติ
- 5) ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม
- 6) การสนับสนุนให้กำลังใจ
- 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 8) การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ
- 9) การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และสมาชิกอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลผู้ป่วยและสังคม ซึ่งจะ

ทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตที่ได้ผลอย่างแท้จริง จำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจและความร่วมมือทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ในการฝึกทักษะการแก้ปัญหา การปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน การพัฒนาสุขภาพจิตและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว มุ่งเน้นการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชน ให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย และจิตใจ มีการให้บริการเชิงรุกโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้

2.3 ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ดูแลในครอบครัว หรือ ผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน Horowitz (1985 cited in Horowitz and Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะโดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

2.3.1 ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่น ๆ

2.3.2 ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นจุดติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ให้ความหมายผู้ดูแลว่า หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้อง กับผู้ที่เป็นโรคจิตเวชโดยเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องบุตรหลาน หรือญาติของผู้ที่เป็น โรคจิตเวชที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคจิตเวช ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิต ประจำวัน โดยตรง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแล

สรุปได้ว่า ผู้ดูแล คือ ผู้ที่ช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมซึ่งต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค

ดังนั้นในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ หรืองานประจำที่ทำอยู่นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย

2.4 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกตินั้น ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัคตะ, 2541)

จอม สุวรรณ โน (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ไว้ดังนี้

- 1) ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 2) ช่วยเหลือประทับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ
- 3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพจัดหาชื้อยา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยา
- 4) ช่วยเหลือด้านการเงิน
- 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน
- 6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน

ชฎาภา ประเสริฐทรง (2543) แบ่งบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามประเภทของบทบาทได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

- 1) บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (care provider role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การรับประทานยา เป็นต้น
- 2) บทบาทของผู้จัดการดูแล (care manager role) เป็นบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และภาวะจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู

จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี มีความเข้าใจการเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วย สามารถทำบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

3. ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของภาระการดูแล ภาระตามพจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ (2530) หมายถึง ภาระที่หนัก การงานที่หนัก หรือหน้าที่ที่ต้องรับเอา ส่วนภาระในทางสุขภาพ หมายถึงภาระการดูแล (burden of care) Mills (1962 cited in Fadden et al., 1987) ผู้เริ่มศึกษาภาระในทางสุขภาพ กล่าวว่า ภาระ หมายถึง ผลกระทบทางลบที่เกิดจากการกระทำบทบาทผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย สอดคล้องกับ Grand and Sains (1963 cited in Vitaliano et al., 1991) ซึ่งยอมรับผลกระทบที่เกิดจากการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยทางจิต ว่ามีผลกระทบด้านลบหรือเป็นภาระของครอบครัว

Honig and Haminton (1966 cited in Jones, 1996) ให้ความหมายของภาระโดยอธิบายในเชิงของผลกระทบที่เกิดจากการดูแลว่ามี 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับสถานการณ์การดูแล เช่น ขาดความเป็นอิสระ และสูญเสียรายได้ของครอบครัว เป็นต้น ส่วนภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลต่อประสบการณ์การดูแล เช่น ความวิตกกังวล ความตึงเครียด หรือความรู้สึกอับอาย เป็นต้น ซึ่งให้ความหมายสอดคล้องกับ Thomson and Doll (1982), Montgomery et al. (1985) และ Provencher (1996) ซึ่งได้ให้ความหมายภาระของผู้ดูแลว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเคียดแค้นของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากงานความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ ส่วนภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น ความเป็นอิสระลดลง

สำหรับสถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว ผู้ดูแลจะมีปัญหาในการวางตัวในสังคม มีความเครียดกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ที่รู้สึกหวาดกลัวอาการทางจิตที่รุนแรง ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ (Loukissa, 1995) ต้อง

เผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีญาติป่วยทางจิต (IP and Mackenzie, 1998) ต้องอดนอนเป็นประจำเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบ ต้องทำงานบ้านเองทั้งหมดเพราะผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ยอมช่วยทำงานบ้าน ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย และอ่อนล้ากับการดูแล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) ปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลดังกล่าว จึงเป็นเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทว่าเป็น ภาระ (Parker, 1993)

สำหรับประเทศไทย รัชนิกร อุปเสน (2541) สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวน 10 คนเกี่ยวกับบทบาทและภาระของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าภาระของผู้ดูแลส่วนใหญ่ เกิดภาระในเชิงรูปธรรมในด้านภาระทางเศรษฐกิจ รองมาคือ การพักผ่อน และผลเสียต่อสุขภาพตามลำดับ และยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดภาระการดูแลผู้ป่วยในเชิงนามธรรมคือ เกิดความรู้สึกทั้งในด้านบวกและด้านลบต่อการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2544) ให้ความหมายว่า ภาระดูแลคือ ความเครียดหรือภาระที่เป็นผลมาจากการตอบสนองหลายมิติของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ดูแล มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การดูแลแบ่งเป็น

1) ภาระเชิงอัตวิสัย เป็นภาระที่เป็นรูปธรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อชีวิตส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงบทบาทความมากน้อยของกิจกรรมการดูแล

2) ภาระเชิงจิตวิสัย เป็นความคิดความรู้สึกหรือความกลุ้มใจอันเป็นผลมาจากการรับรู้ของผู้ดูแลต่อสถานการณ์ การให้การดูแล ซึ่งมักแสดงออกโดยทัศนคติและอารมณ์

จะเห็นได้ว่าได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับภาระในรูปแบบที่เหมือนและแตกต่างกัน เป็นการมองภาระของผู้ดูแลในแต่ละด้านตามความเหมาะสมกับงานวิจัยนั้นๆ สำหรับแนวความคิดภาระของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาคือ แนวความคิดภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ของ Montgomery et al. (1985) โดยให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ การเงิน และเศรษฐกิจโดยรวม แบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ปฏิกริยาทางอารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแล และ 2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล

ในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมร่วมในสังคม หน้าที่การงาน และภาวะสุขภาพ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาวะหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีความชัดเจนและเหมาะสมกับงานวิจัยนี้

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแล ทั้งปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่

3.2.1 ปัจจัยด้านครอบครัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.2.1.1 บทบาทของญาติผู้ดูแล เป็นบทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับ ผู้ป่วยจิตเภทในฐานะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยในด้านการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็น โดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมี ปัญหาทางด้านสุขภาพ มีกิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแล กระทำให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งภาวะปกติและลดการกลับเป็นซ้ำ เช่น การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ รับรู้ และสนใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ การให้การดูแลตามแผนการรักษา การดูแลให้ผู้ป่วยงดสิ่งเสพติด การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติ และภาพลักษณ์ที่ดีต่อตนเอง เป็นต้น(รัชนิกร อุปเสน, 2541)

3.2.1.2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน และคนใกล้ชิด อาจมีฐานเริ่มมาจาก มีความสนใจร่วมกัน จึงมีความสัมพันธ์ต่อกันในหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล ภายใต้อุดมการณ์แต่ละอย่าง การช่วยเหลือเกื้อกูลที่ได้รับจากกัน จึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูงทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelves, 1986)

3.2.1.3 การติดต่อสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ โดยเฉพาะการอยู่ร่วมกันของคนในครอบครัว พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้องและญาติ ในลักษณะการสื่อสาร 2 ทาง ทั้งทางบวกและทางลบ โดยซ้ำภาษาพูด และภาษาท่าทาง มีวิธีการสื่อสารที่เข้าใจได้ชัดเจน ตรงตามความต้องการของผู้พูด ตรงไปยังบุคคลเป้าหมายโดยไม่ผ่านผู้อื่น ประกอบด้วยพื้นฐานการเข้าใจบุคคล การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ การ

สื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง หรือ การให้ความสนใจที่ปัญหาและการสื่อสารความรู้สึกและ
ร่วมกันแก้ปัญหา ส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (พิริยาภรณ์ เชื้อหอม, 2548)

3.2.1.4 ทักษะความเครียดในผู้ดูแลเกิดจาก สถานการณ์ อาการการป่วยที่
เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย การรับรู้ต่ออาการของผู้ป่วย รูปแบบการรับรู้การตอบสนองของผู้ดูแล การ
ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น และความเครียดในชีวิต อันเกิดจากภาระในการดูแลผู้ป่วยทุกวันๆ
(Möller-Leimkühler , 2005) จากการศึกษาของ Wai-Tong et al. (2007) พบว่าครอบครัวมักจะ
เผชิญความเครียด จากพฤติกรรมที่แปลกประหลาดและไม่คาดฝันของผู้ป่วย ความเครียด
ภายนอกจากตราบาป และครอบครัวแยกตัวจากสังคม เกิดความสับสนทางอารมณ์ เช่นความรู้สึก
ผิดและโดดเดี่ยว รวมทั้งการทะเลาะวิวาทกัน การเกิดความขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วย

3.2.1.5 แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการแสดงออกใน
รูปแบบของน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ชนมาภรณ์
พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) จากการศึกษาของ Raune et al. (2004) พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูง
มีผลทำให้ภาระทางอัตนัยเพิ่มขึ้น และมีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ
ควรมีการจัดการ ป้องกันหรือลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงในผู้ดูแลผู้ป่วย กลยุทธ์ที่ใช้ปรับการ
แสดงออกทางอารมณ์ เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดความเครียด อารมณ์ด้านลบ ได้แก่
ความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่น การ
วิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป ควรตั้งใจมุ่งมั่นลดบทบาทที่ทำให้
เกิดการรับรู้ภาวะเครียด การลดการแสดงออกทางอารมณ์จะช่วยลดภาระการดูแลด้านอัตนัย
(Subjective burden) ได้ ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยมากขึ้น สามารถลดอัตรา
การป่วยของผู้ดูแลและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยในระยะยาวได้ องค์ประกอบของ
แสดงออกทางอารมณ์ Brown et al. (1972 อ้างถึงใน ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549) กล่าวว่า
การแสดงออกทางอารมณ์ (Express Emotion) หมายถึง อารมณ์ และทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วย
จิตเภท ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ โดยแบ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และด้านบวก

1) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย

การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) หมายถึงการใช้คำพูด การใช้
น้ำเสียงที่แสดงถึงความไม่พอใจ ไม่ชอบไม่ยอมรับหรือเกลียดชังต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การดำเนินคดี และการ
ไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะบุคคลหนึ่ง ดำเนินวิจารณ์ที่ตัวบุคคลมากกว่าดำเนินวิจารณ์ที่การ
กระทำ

ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion over-involvement)
หมายถึง การมีความห่วงใยผู้ป่วยมากเกินไป กังวล และ/หรือแสดงความเสียสละ การกระทำแทน
ผู้ป่วยโดยแสดงออกบ่อยครั้งเกินไปไม่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

2) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ประกอบด้วย

การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หมายถึงการแสดงความห่วงใย ความเข้าอกเข้าใจ และความสนใจในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกิริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) หมายถึง การแสดงออกถึงความพอใจ เห็นชอบ การยกย่องชมเชย และแสดงความชื่นชมยินดีต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

3.2.1.6 การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผู้ดูแลจะถูกมองในเรื่องความเครียด ความทุกข์ยาก ปัจจัยในการบำบัดสิ่งเหล่านี้ เช่น การปรับทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะเป็นบทบาทในการช่วยเป็นสื่อกลางในการรับรู้ความทุกข์ยากของผู้ดูแล ที่มีข้อจำกัดในการเข้าสังคม การทำกิจกรรม การทำงาน การมีปัญหาทางจิต เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความตึงเครียด (Magliano et al., 2006) และจากการศึกษาของ Montgomery et al. (1985) พบว่า สนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหาได้

3.2.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.2.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (นิสากร แก้วพิลา, 2545; Adamec, 1996; Marsh and Johnson, 1997) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Lim and Ahn (2003) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อภาระการรับรู้ภาระ ผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย ผู้ดูแลในครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะจะทำให้เกิดความรู้พร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Lazarus and Folkman, 1984) ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง เป็นผลให้การรับรู้ภาระการดูแลลดลง Montgomery et al. (1985)

3.2.2.2 รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985) Montgomery et al. (1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาระของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มี

อิทธิพลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าครอบครัวที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย

3.2.2.3 อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้การรับรู้ภาระต่างกัน (Lefley, 1987; Cook et al., 1994) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้มีอายุน้อยกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีภาระในการดูแลน้อย (Montgomery et al., 1985)

3.2.2.4 ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแลที่แตกต่างกันจะมีการรับรู้ภาระการดูแลที่แตกต่างกัน โดยผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง จะมีเหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาที่มีการดูแลสูงที่สุดคือร้อยละ 92.0 ในผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับมัธยมมีการดูแลร้อยละ 81.3 ในผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับเทคนิคหรือมหาวิทยาลัยมีการดูแลร้อยละ 80.6 (Gutiérrez-Maldonado et al., 2005)

3.2.2.5 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล จากการศึกษาของ Doombos (2002) พบว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ การเจ็บป่วยทางกาย ความรู้สึกเหมือนติดกับดัก ทำให้วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและการพักผ่อนน้อยลง พบปัญหาด้านการเงิน และคุณภาพชีวิตลดลง

จะเห็นได้ว่า ทั้งปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทล้วนส่งผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลทั้งสิ้น ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาของภาระการดูแลที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดภาระทั้งด้านอัตนัย (Subjective burden) และด้านปรนัย (objective burden) ซึ่งพยาบาลต้องคำนึงถึงในการให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ได้ และส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

3.3 การประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ประกอบกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้

1) ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เป็นงานที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และต้องทำในระยะยาว ในระยะที่มีอาการกำเริบผู้ดูแลบางราย อาจต้องใช้

เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้เวลาสำหรับการดูแลตนเองและการพักผ่อนลดลง นอกจากนี้การรับผิชอบในหลายบทบาท เช่น การดูแลสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในครอบครัว การหารายได้ควบคู่กับการทำหน้าที่ของผู้ดูแลหลัก อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนล้าจากการรับบทบาทที่มากเกินไป (รจนา ภูไพบูลย์, 2535) จนอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้ากับการดูแล (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540; Song, Biegel, and Milligan, 1988; Salleh, 1994; Eakes, 1995; Adamec, 1996; Hobbs, 1997) ดังเช่นการศึกษาของ Salleh (1994) พบว่าอาการของผู้ป่วยจิตเภทจะขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้อื่น และบางครั้งมีผลให้ผู้อื่นมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ผู้ดูแลต้องกระทำแทน อีกทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเองผู้ป่วยและสิ่งของต่างๆอีกด้วย

2) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจต่างๆ ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย อาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้น โดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรถึงจะเหมาะสม จนก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต (วรภข นิธิกุล, 2535; ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539; ยอดสร้อย วิเวกรวรรณ, 2543; Loukissa, 1995) นอกจากนี้การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลา (Ip and Mackenzie, 1998) ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989) พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เศร้า โศก เสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งถ้าหากผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมากหรือเครียดมากจนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงตามมา

3) ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ต้องเข้ารับบทบาทใหม่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่เดียวกันก็ต้องรับบทบาทอื่นร่วมด้วย การรับบทบาทใหม่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านอื่นๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลขาดปัจจัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป การพบปะเพื่อนฝูงลดลง (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างมาก ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะการเฝ้าดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามความต้องการ ไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ ประเพณีต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่จัดขึ้นภายในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความห่าง

เห็นกับสังคม รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน (วรกษ นิธิกุล, 2535; ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; มนตรี อมรพิเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนศิลป์, 2544; Eakes, 1995)

4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้เกิดความสูญเสียรายได้ทั้งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องขาดงาน รวมทั้งผู้ดูแลต้องลางาน หยุดงานหรืออาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541; Thomson et al., 1993; Eakes, 1995) ประกอบกับผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในครอบครัว และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ (นมิตา ล. สกกุล, 2544) ดังเช่นการศึกษาของ เพชรา อิ่มเอม (2531) อ้างถึงใน นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544) เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาลลง

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการเบื่อหน่ายผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดูแล ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ผู้ป่วยทุกคนต้องการการดูแลเอาใจใส่ ต้องการความห่วงใย เอื้ออาทร และต้องการกำลังใจจากครอบครัว เพื่อไม่ให้เกิดความท้อแท้ในการดูแลรักษาอาการป่วยของตน จึงมีความจำเป็นในการประเมินผู้ป่วยจิตเภท เพื่อจะได้ให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลที่แตกต่างกันไป ทำให้การประเมินภาระของผู้ดูแลมีหลายรูปแบบได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามามีวิธีการประเมินภาระในการดูแลจากหลากหลายแนวคิด ดังนี้

3.3.1 การประเมินภาระในการดูแลของ Oberst (1991) ได้ประเมินผลลัพธ์ของการจัดกระทำดูแลว่าควรสนใจทั้งปริมาณเวลาหรือปริมาณความต้องการในการดูแล และความยากลำบากในการดูแล แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ

3.3.1.1 ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) หมายถึง ลักษณะกิจกรรมการดูแลซึ่งมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแล วัดจากความยากลำบากในการดูแลในแต่ละกิจกรรม

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

Oberst (1991) ได้สร้างแบบวัดการดูแล (Caregiver Burden Scale: CBS) โดยประเมินจากความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เพื่อวัดภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยพัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการจัดการกับความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984 cited in Oberst et al., 1989) ในประเทศไทย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) เป็นผู้แปลแบบวัดภาระการดูแลของ Oberst (1991) เป็นภาษาไทยและได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากพยาบาลผู้ชำนาญการ จากนั้นนำข้อคำถามบางข้อ ไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาต่อไป

3.3.2 การประเมินภาระในการดูแลของ Montgomery et al. (1985) โดยแบ่งภาระในการดูแลเป็น 2 มิติ คือ

3.3.2.1 ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึก ทักษะคิด ปฏิบัติการ ตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลจากประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือร้อน อับอาย ความโกรธ ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง และความรู้สึกเหมือนติดกับ

3.3.2.2 ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง ซึ่งมีผลต่อดำเนินชีวิตประจำวันทำให้หน้าที่การทำงานเปลี่ยนแปลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ

Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ ดังกล่าวข้างต้น ในประเทศไทยแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้คะแนนรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆ ได้ จึงทำให้เห็นภาระในการดูแลผู้ป่วยในมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนั้นการที่จะนำเครื่องมือมาใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับภาระในการดูแลในมุมมองที่ต้องการประเมิน เพื่อที่จะให้การประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกวิจัยภาระในการดูแลโดยใช้วิธีการประเมินตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งมองภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) และภาระเชิงปรนัย (objective burden) เนื่องจากเป็นการมองภาระที่ชัดเจนครอบคลุมมากที่สุด และมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้

3.4 การพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งทางร่างกายและจิตใจผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรมีบทบาทในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ดังนี้

3.4.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุดเช่น พฤติกรรมบำบัดต่างๆ การฝึกให้ผู้ดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งทักษะด้านกายภาพและการเคลื่อนไหว (Elloit, 1998)

3.4.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลเพื่อลดภาระการดูแล แบ่งออกเป็น

3.4.2.1 การให้ความรู้ (education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตริราภิ, 2545) และทักษะการดูแลผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับยา อาการที่ควรระวัง และการเพิ่มเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการดูแล เพิ่มความรู้สึกของความพึงพอใจ และเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ (Kasuya, 2000) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถลดภาระการดูแลได้ เช่น ครุณี คชพรหม (2543) ศึกษาผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มประคองและจิตศึกษาสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

3.4.2.2 กลุ่มสนับสนุน (support group) เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้การดูแล จากการบรรยายหรือการพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน (Dunkin et al. อ้างถึงใน สมคิด ตริราภิ, 2545) นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มสนับสนุนเป็นความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แหล่งประโยชน์ และวิธีการแก้ปัญหา Howe and Howe (1987 cited in Cook, 1999) ได้ศึกษาผลของการเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุนต่อภาระการดูแลของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ (The Effect of Support group Participation on Caregiver Burden Among Parent of Adult Off Spring with Severe mental illness) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีภาระการดูแลที่ลดลง

3.4.2.3 ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การทำครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการแทรกแซงการรักษาผู้ป่วยหรือสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้ และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงใน สมคิด ตริราภิ, 2545)

3.4.2.4 การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (develop family strength) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับมือกับความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต และต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนักของทุกวัน รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจ และเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระในการดูแล

3.4.2.5 การสนับสนุนผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (involving caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรค หรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว สิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วม คือ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลของการรักษาผู้ป่วยต่อผู้ดูแล (Elliot, 1998) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม เป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณ โน, 2541) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแล และผลลัพธ์ของการดูแลในทางบวก (Kramer, 1993 อ้างถึงใน จอม สุวรรณ โน, 2541) การมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือ การมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น การร่วมวางแผนการรักษา และก่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาและผลลัพธ์ ซึ่งการมีส่วนร่วมนี้จะช่วยลดความแตกต่างหรือช่องว่างระหว่างทีมการรักษาและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญในการรักษานี้จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และความรู้สึกร่วมในการควบคุมสถานการณ์และเป้าหมายของการมีส่วนร่วมคือ ผู้ดูแลพบกับความต้องการของตนเอง (Mohr, 2000)

จะเห็นได้ว่า บทบาทของพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และผู้ดูแล การให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัวโดยให้ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว ได้ปรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมสร้างทัศนคติที่ดีในการให้การดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท และข้อมูลอื่นๆ ฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียด ลดการแสดงออกทางอารมณ์ ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา การสื่อสาร การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และส่งผลต่อการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยได้

4. การให้การบำบัดครอบครัว

4.1 ความหมายของการบำบัดครอบครัว

อรรถพรณ ลีอนุชวัชชัย และ พีรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย (2553) กล่าวถึงแนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัวว่า การบำบัดครอบครัวหมายถึง การจัดกระทำกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัวหรือทุกคนที่มีส่วนร่วมเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ผู้บำบัดเห็นว่ามีส่วนที่จะได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเข้าใจ ยอมรับสถานการณ์ปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่การมีครอบครัวที่อบอุ่นเข้าใจซึ่งกันและกัน ดำรงความเป็นครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และสุขภาพจิตที่ดี การ

บำบัดครอบครัวจัดกระทำได้ในลักษณะต่างๆกัน เช่น การทำจิตบำบัดครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว การสอนและให้ความรู้รวมถึงสนับสนุนด้านสุขภาพจิตแก่ครอบครัว เป็นต้น

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัว

อรรถพรณ ลีอนุชวัชชัย และ พีรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย (2553) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัวว่า การบำบัดครอบครัวจัดกระทำได้ในลักษณะต่างๆ กัน เช่น การทำจิตบำบัดครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว การสอนและให้ความรู้รวมถึงสนับสนุนด้านสุขภาพจิตแก่ครอบครัว เป็นต้น

สำหรับแนวคิดที่เป็นการบำบัดครอบครัว (Family intervention) มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

NHS Center (2000) กล่าวว่า การบำบัดครอบครัว เป็นการบำบัดอีกรูปแบบหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อลดความเครียดภายในครอบครัว และลดการป่วยซ้ำ การบำบัดนี้เป็นการบำบัดที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการฝึกการแก้ปัญหา รวมถึงการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว และประสานงานกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลดความเครียดทางอารมณ์ และภาระของครอบครัว ส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหา ลดการแสดงอารมณ์โกรธ และความรู้สึกผิดของครอบครัว คงไว้ซึ่งการใช้เหตุผลต่อผู้ป่วย ถือเป็น การบำบัดอย่างหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิผล โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภท จะส่งผลให้ลดความเสี่ยงในการป่วยซ้ำ

Hegde et al. (2007) ได้นำโปรแกรมบำบัดครอบครัว (Family Intervention) มาใช้ในการลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เกิดความรักความเข้าใจและยอมรับในครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้นานขึ้น และผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่น อยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข ลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวังที่เกิดขึ้นในครอบครัว ทั้งยังเป็น การสร้างเสริมกำลังใจและลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลอีกด้วย มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดครอบครัว สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 4 ระยะ โดยดำเนินกิจกรรม ติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินบทบาทและประสบการณ์ที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย (Assessment of current functioning and difficulties experienced by the caregivers)

ระยะที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท (Focused on psychoeducation about the illness)

ระยะที่ 3 การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การลดการแสดงออกทางอารมณ์ ต่อผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ (Caregivers were helped to normalize the family routines and the need to lower expressed emotions)

ระยะที่ 4 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแก้ปัญหา ของสมาชิกครอบครัว ในด้านการทำบทบาทหน้าที่ในเครือข่ายสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุดท้ายคือการเตรียมปฏิบัติการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ซักถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆชัดเจน (Improving the communication and problem solving skills ,social network and support system)

4.3 ขั้นตอนการบำบัดครอบครัว

4.3.1 สภาพปัญหาและความต้องการการบำบัดครอบครัว อรพรรณ ลือบุญรัชชีย์ และคณะ (2548) ได้สำรวจสภาพปัญหาของผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรัง 9 โรคคือ โรคทางจิตเวช โรคเอดส์ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ โรคมะเร็ง และผู้พิการ ในโรงพยาบาลและในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร พบว่าปัญหาที่สำคัญและมีความต้องการการช่วยเหลือเป็นลำดับแรกก็คือ ปัญหาการปรับตัวทางด้านจิตใจ รองลงมาคือปัญหาการปรับตัวด้านอาชีพการงาน ปัญหาด้านกิจกรรมทางสังคม ปัญหาด้านสัมพันธภาพทางเพศ ปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคม และปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวตามลำดับ

4.3.2 หลักการบำบัดครอบครัว การบำบัดครอบครัวเป็นกิจกรรมที่เน้นการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจกันและกัน เข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นพยายามปรับตัวเข้าหากัน มุ่งมั่นในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อการดำรงชีวิตร่วมกันในครอบครัวอย่างมีความสุข การบำบัดครอบครัว กระทำได้หลายวิธี เช่น การให้คำปรึกษา การสอน และให้ความรู้ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ฯลฯ เป็นการจัดการกระทำต่อบุคคลในครอบครัวอย่างเหมาะสม ใช้หลักการต่างๆ ดังนี้

4.3.2.1 การให้คำปรึกษาครอบครัว (Family Counseling) การให้คำปรึกษาครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ให้คำปรึกษา ช่วยให้ผู้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจกันและกัน เข้าใจปัญหา ขอมรับสภาพปัญหา และหันมาร่วมมือกันจัดการกับปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ โดยใช้ทฤษฎี และเทคนิคการให้คำปรึกษาอย่างมีเหมาะสม อันจะนำไปสู่การมีชีวิตครอบครัวที่มีความสุข

4.3.2.2 การสอนและให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family Psychoeducation) เน้นการให้การสอน การให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัว โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยหรือบุคคลในครอบครัวเป็นสาเหตุการเจ็บป่วย การดูแลและการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วย รวมถึงการฝึกทักษะการจัดการกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น เช่นการจัดการกับความเครียด เป็นต้น

4.3.2.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกิจกรรมที่จัดการทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกว่า ตนมีพลังอำนาจ มีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม อาจใช้เทคนิควิธีการต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การสนับสนุนการให้กำลังใจ การให้ความรู้ การปรับประคอง การฝึกทักษะการจัดการกับตนเอง ในการเผชิญปัญหา รวมถึงการเสนอแนะแหล่งบริการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม การสร้างเครือข่ายทางสังคมในชุมชนให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เกิดการยอมรับต่อผู้ป่วยและครอบครัว

โดยสรุป หลักการของการทำครอบครัวบำบัด ดังนี้

- 1) ครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมที่กระทำต่อครอบครัว
- 2) ลดการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว
- 3) ลดการเผชิญหน้าระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) ป้องกันความเจ็บป่วยในครอบครัว

4.3.3 เป้าหมายของการบำบัดครอบครัว การบำบัดครอบครัวมีเป้าหมาย 3 ประการคือ

- 1) ลดอาการกำเริบ (Relapse) และการป่วยซ้ำ (Readmission) ของผู้ป่วย
- 2) ลดภาระในการดูแล (Burden) ของครอบครัว
- 3) สนับสนุนครอบครัวในการร่วมมือการรักษา

4.3.4 การให้การบำบัดครอบครัว

ผู้นำในการบำบัด คือผู้ที่ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช ผู้ให้คำปรึกษา หรือผู้ที่ทำงานด้านครอบครัว และได้รับการฝึกอบรมมาโดยตรง ผู้บำบัดสามารถประยุกต์แนวคิดของการให้การบำบัดครอบครัวได้ โดยใช้สัมพันธภาพในการประเมิน การวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหา และการจัดการที่สภาพปัญหาอย่างเหมาะสมในการปฏิบัติการบำบัดครอบครัว การปฏิบัติสามารถปฏิบัติกับครอบครัวได้หลายรูปแบบ เช่น การพบผู้ป่วยและญาติที่โรงพยาบาล เมื่อแรกรับ การพบผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การบำบัดครอบครัวดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.3.4.1 การประเมินสภาพ (Assessment) ในขั้นแรก ควรประเมินสภาพปัญหา และความต้องการการช่วยเหลือว่า ครอบครัวผู้รับการบำบัดมีปัญหาดังเกิดขึ้น การประเมินสาเหตุของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ข้อมูลที่ต้องรวบรวม ผู้บำบัดจะทำการรวบรวมข้อมูลผู้มีปัญหาจากครอบครัวทุกด้าน เพื่อประเมินสภาพปัญหาได้ถูกต้อง ทั้งของผู้มีปัญหาและครอบครัวตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลต่างๆ ดังนี้

- 1) ประวัติทางด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ การใช้ยา รวมถึงสารเสพติด
- 2) พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวในภาวะปกติและยามที่เกิดปัญหา รวมถึงสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว
- 3) สภาพปัญหาสุขภาพจิตและการดูแลจัดการของสมาชิกในครอบครัว
- 4) ค่านิยมและบทบาทของสมาชิกในครอบครัว
- 5) ความสำเร็จและความล้มเหลวในครอบครัว
- 6) พฤติกรรมทำร้ายตนเอง และประวัติการทำร้ายตนเองในครอบครัว
- 7) พฤติกรรมของบุคคลในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อกัน
- 8) ปัญหาและแนวทางแก้ไขของบุคคลในครอบครัว
- 9) เมื่อเกิดวิกฤต แล้วครอบครัวทำอย่างไร
- 10) เอกลักษณ์ที่จะสร้างความผูกพันในครอบครัว แต่ละครอบครัวมีเป้าหมายต่างกันเช่น บางครอบครัว คาดหวังว่าลูกๆต้องเรียนสูงๆ ต้องทำงานที่โดดเด่น จึงจะถือว่าประสบความสำเร็จ ครอบครัวนั้นจะมีลักษณะเข้มงวด กวดขัน เครียด การทราบเอกลักษณ์ของครอบครัวจะนำไปสู่หนทางในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม

จะเห็นได้ว่า การบำบัดครอบครัว เป็นกิจกรรมหนึ่งในการจัดการเพื่อมุ่งช่วยเหลือครอบครัว เป้าหมายมิใช่เพื่อช่วยเหลือคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ แต่มุ่งให้เกิดความสัมพันธ์ในครอบครัว เน้นสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวมากกว่าการมุ่งกระบวนการลดความขัดแย้งในครอบครัว การขัดแย้งในครอบครัวอาจเกิดขึ้นได้แต่สมาชิกจะต้องเข้าใจ และยอมรับในความแตกต่าง และพยายามทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน ปฏิบัติการให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายความรู้สึก ติดต่อกันด้วยดี ดังนั้นในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการบำบัดครอบครัว เป็นสิ่งที่ผู้ให้การบำบัดจำเป็นต้องมีการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคในการสื่อสารและปฏิบัติการ เพื่อการบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

5. โปรแกรมการบำบัดครอบครัวเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้การบำบัดครอบครัว (family Intervention) ของ Hegde et al. (2007) ซึ่งมีรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 4 ระยะ ระยะที่ 1 การประเมินบทบาทและประสบการณ์ที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย (Assessment of current functioning and difficulties experienced by the caregivers) ระยะที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท (Focused on psychoeducation about the illness) ระยะที่ 3 การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ (Caregivers were helped to normalize the family routines and the need to lower expressed emotions) ระยะที่ 4 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแก้ปัญหา ของสมาชิก ในด้านการทำบทบาทหน้าที่ในเครือข่ายสังคม การสนับสนุนทางสังคม และเตรียมชุดการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ซักถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆ (Improving the communication and problem solving skills ,social network and support system) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นโปรแกรมบำบัดครอบครัวโดยมีรูปแบบ 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที ดำเนินการในกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว วันละ 3 ครอบครัว เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการพูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ เกิดแรงจูงใจ ประเมินบทบาทการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้แสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังการศึกษาของ Solomon (2000) พบว่าสามารถลดพฤติกรรมทางลบส่งผลให้ลดภาระการดูแลได้

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ด้วยการให้ความรู้ทั้งสาเหตุ อาการ การรักษา ยาและผลข้างเคียงของยา จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจ ส่งผลกระทบเชิงบวกต่ออาการของผู้ป่วยและลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ (Magliano และ Fiorillo, 2007)

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง สอนวิธีผ่อนคลายและการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้องแก่ผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า การลดการแสดงออกทางอารมณ์ (Solomon, 2000; Pharoah et al., 2010) การทดแทนความเครียดความวิตกกังวล การวิพากษ์ วิเคราะห์ด้วยความสงบและอดทน (NICE, 2003 cited in Kuipers, 2006) จะส่งผลให้ลดภาระการดูแลผู้ป่วยได้ (Solomon, 2000; Hegde et al., 2007; 2009; NICE, 2003 cited in Kuipers, 2006) ดังการศึกษาของ

(Wuerker et al. 2001) พบว่าคนที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำกว่า จะสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นได้ และในคนที่แสดงอารมณ์สูงจะมีรูปแบบการควบคุมที่แข็งแกร่งไม่ยืดหยุ่นทำให้เกิดความสับสนอันตึงเครียดในครอบครัว และรู้สึกหมองเหม็นกัน

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย ด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การอยู่ร่วมกันในชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการจัดการกับอาการของโรคและการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ พบว่าในผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลสูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลต่อการลดภาระเชิงประนัยได้ (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545)

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพด้วยการให้ความรู้ และฝึกทักษะเรื่องการสื่อสารทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสาร การร่วมกันแก้ปัญหา ส่งผลให้ลดอัตราการป่วยซ้ำได้ สามารถลดภาระการดูแลได้ (Cohen et al., 2009)

กิจกรรมที่ 6 การสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนทางสังคม ด้วยการอภิปรายค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ดูแลแล้วร่วมกันส่งผลในการลดภาระการดูแลได้ (Hanzawa et al., 2010) และการเตรียมยุติการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซักถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆอย่างชัดเจน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมบำบัดครอบครัว

6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาระยะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สมคิด ตริราภิ (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 26 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบมีเงื่อนไข รูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัด 2 ครั้งผลการศึกษา พบว่า ภาระการดูแล

โดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชหลังการใช้โปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัฒนาดุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่าภาระ ในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รจนา ปุณโณทก (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 111 คน ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล และรายได้ของผู้ป่วย โดยมีค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนเท่ากับ .318, -.285, -.214, -.333 และ -.228 ตามลำดับ ส่วน ปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแลที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล คือ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการของผู้ดูแล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนเท่ากับ .230, .443 และ .311 ตามลำดับ

6.2 งานวิจัย และแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดครอบครัว (Family Intervention)

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย และ พิรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย (2553) กล่าวว่า การบำบัด ครอบครัว (Family Intervention) เป็นการจัดการกระทำกับสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่มีส่วนร่วม ในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบหรือบุคคลที่มีส่วนร่วมในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการ เจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเข้าใจ ยอมรับ สถานการณ์ปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหา ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และนำไปสู่การมีครอบครัวที่อบอุ่น เข้าใจซึ่งกันและกัน ดำรงความเป็นครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมี ความสุข และสุขภาพจิตที่ดี การบำบัดครอบครัวจัดการกระทำได้ในลักษณะต่างๆกัน เช่น การทำจิต บำบัดครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว การสอน และให้ความรู้รวมถึงสนับสนุนด้าน สุขภาพจิตแก่ครอบครัว เป็นต้น

Kuipers (2006) ศึกษาความสามารถและกลไกการเกิดการเปลี่ยนแปลงของการบำบัดครอบครัว โดยทบทวนจากข้อมูลผลลัพธ์หลักฐานเชิงประจักษ์ ของ NICE (2003) ซึ่งศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การบำบัดครอบครัว (Family Intervention) พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในด้านการแสดงอารมณ์ของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งระดับการแสดงอารมณ์สามารถทำนายการกลับไปใช้บริการสุขภาพจิตหรือการอยู่กับครอบครัวได้ จากการศึกษาวิเคราะห์เชิงอภิมาน NICE Guidelines ใน 18 งานวิจัย พบว่า การบำบัดครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ทั้งในขณะการรักษา และการติดตามนัด สามารถลดการนอนโรงพยาบาลระหว่างรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดแบบอื่น หรือการรักษาตามปกติ และสามารถลดภาระการดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้พัฒนาความเชื่อมั่นในตัวเองของผู้ดูแล การทดแทนความเครียดความวิตกกังวล การวิพากษ์ วิจักษ์ด้วยความสงบและอดทน และมีการประเมินอย่างมีประสิทธิภาพในครอบครัว

Murphy (2007) ศึกษาการพัฒนาการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) ในระยะเวลา 9 เดือน ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 18 ครอบครัว โดยมีหลักสำคัญประกอบด้วย การส่งเสริมให้กำลังใจ การประเมิน การให้ความรู้สุขภาพจิต การจัดการกับความเครียด การฝึกทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่า การบำบัดครอบครัวสามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์ได้ และพัฒนาความรู้ ทักษะคิด ลดความเบื่อหน่าย ส่งผลให้เพิ่มความคาดหวังและความพึงพอใจในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน

Wai-Tong Chan et al. (2007) ศึกษาการรับรู้ภาระการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีน 203 ครอบครัว พบว่า ลักษณะประชากร สังคมและปัจจัยทางครอบครัว ภาวะสุขภาพ และภาระการดูแลส่งผลต่อสุขภาพกาย จิต สังคม การเงิน การเพิ่มเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม ช่วยลดภาระการดูแลได้ พบว่า ครอบครัวที่มีการรับรู้ภาระการดูแลสูง อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ไม่ดี สุขภาพไม่ดี และมีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนทางสังคมน้อย ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับรายได้ ครอบครัวต่อเดือน และจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคมเป็นการทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแล

Hegde et al. (2007) ศึกษาผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 3 ครอบครัว โดยใช้การฝึกความคิด และการบำบัดครอบครัว พบว่า มีการพัฒนาความคิดและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยดีขึ้น ความตึงเครียดทางจิตสังคมและภาระการดูแลด้านอัตรันยลดลง เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เกิดความรักความเข้าใจและยอมรับในครอบครัวและ

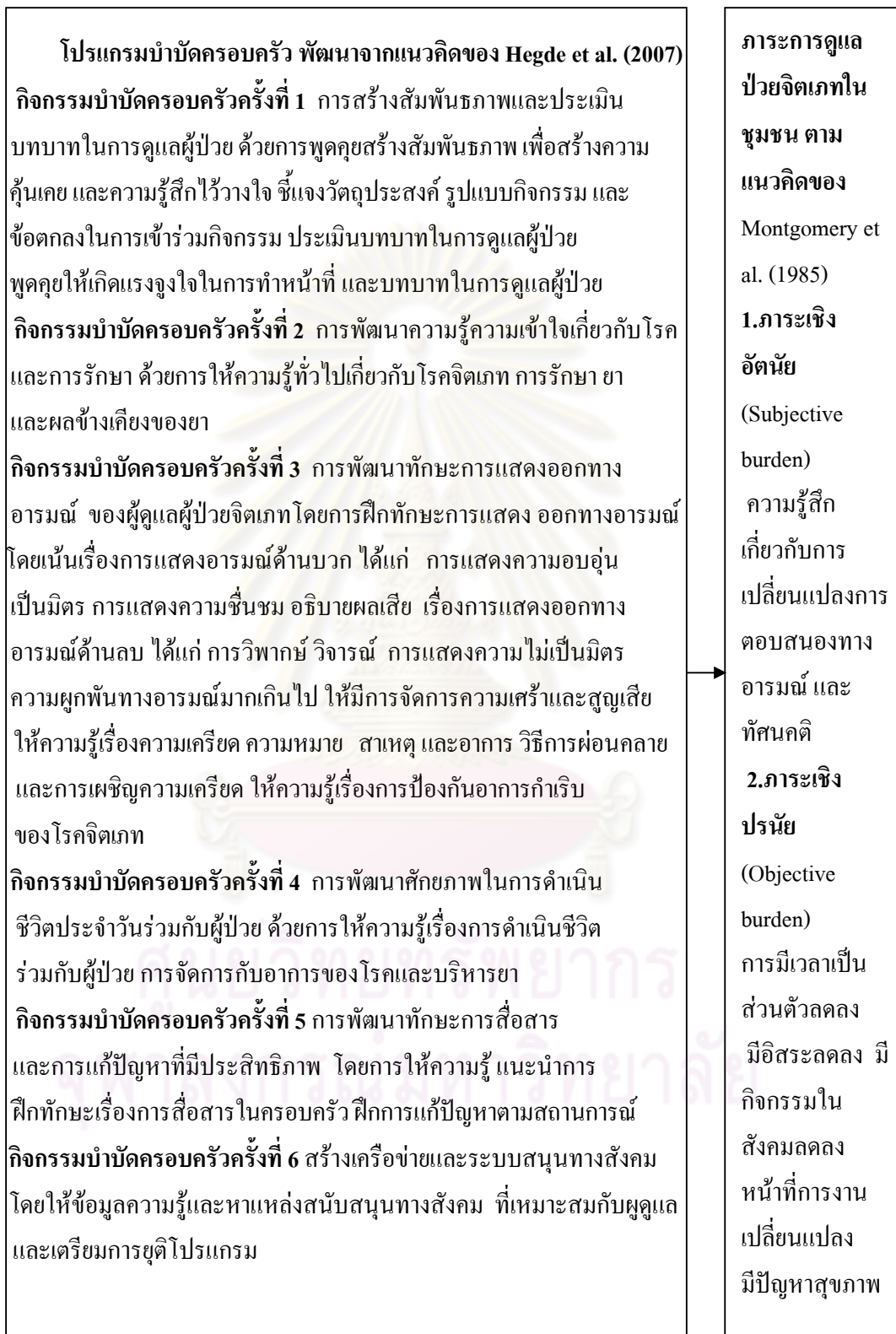
ชุมชนมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้มากขึ้น ลดการกลับเข้ารับการรักษาได้

Grandón et al. (2008) ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศชิลี จำนวน 106 ครอบครัว พบว่า ร้อยละ 91.1 ของผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่กับครอบครัว และร้อยละ 54.5 ของผู้ดูแลเป็นมารดา ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 3 – 48 ปี ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเจ็บป่วย 18.3 ปี อัตราการป่วยซ้ำ เฉลี่ย 7.2 ครั้งต่อคน ค่าเฉลี่ยการนอนโรงพยาบาล 2.5 ครั้งต่อคน และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 3.5 วันต่อคน ส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อครอบครัว เกิดภาระในการดูแล ด้านปรนัย (Objective Burden) จากการปฏิบัติด้านลบโดยครอบครัวเป็นประจำ การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย การรบกวนกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแล การสูญเสียโอกาสและภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เกี่ยวข้องกับความแปรปรวนทางอารมณ์ของผู้ดูแล พบปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลคือ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาการทางคลินิก เช่น การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท อาการด้านบวกและด้านลบ การได้รับการสนับสนุนและการแสดงบทบาททางสังคม การตัดสินใจของผู้ดูแลในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การยอมรับผู้ป่วย การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การรักษาสถานภาพทางสังคม และการสื่อสารทางบวกโดยพบว่า ร้อยละ 77.3 ของภาระการดูแลของผู้ดูแลเกิดจาก อาการทางคลินิกของผู้ป่วย ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ดูแล การได้รับสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมนั้นได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถลดภาระการดูแลได้

Pharoah et al. (2010) ศึกษาเชิงวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ปี ค.ศ. 2005-2006 พบว่า การบำบัดครอบครัวสามารถลดการป่วยซ้ำได้ร้อยละ 43 ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการกินยา อีกทั้งยังสามารถลดจำนวนครั้งและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทลงได้ ช่วยปรับบทบาททางสังคมและพัฒนาความบกพร่องทางสังคมให้ดีขึ้น ลดความเครียดและการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร การแสดงความผูกพันมากเกินไป เพิ่มความสามารถในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม โดยเพิ่มทัศนคติและความเข้าใจของคนในชุมชนต่อผู้ป่วยและครอบครัว ส่งผลให้ลดอัตราการป่วยของผู้ดูแลและลดภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกล่าวได้ว่า การบำบัดครอบครัวเป็นกิจกรรมหนึ่งในการจัดการเพื่อช่วยเหลือครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อสร้างสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว ให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษา ลดการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ มีทักษะในการติดต่อสื่อสารและแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้มีเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit & Hungler, 1999) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

| | | | |
|----------------|---|----------------|-------------|
| O ₁ | X | O ₂ | กลุ่มทดลอง |
| O ₃ | | O ₄ | กลุ่มควบคุม |

O₁ หมายถึง การวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัว

O₂ หมายถึง การวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัว

O₃ หมายถึง การวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O₄ หมายถึง การวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึง ให้การทดลองโดยใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดสมุทรปราการ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างจาก Power analysis (Cohen, 1988) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 อำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 90.77 โดยได้นำผลการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) มากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างพบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 14 ครอบครัว อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว

เกณฑ์การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ในการคัดเลือกการวิจัย (Inclusion criteria) ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ครอบครัว ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตร หรือญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพียงคนใดคนหนึ่ง ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท
2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็น ค่าจ้างรางวัลใด ๆ ในการดูแลผู้ป่วย
3. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง
4. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภท มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตาม เกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10
2. เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย มีอายุ 18-60 ปี
3. สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกในครอบครัว มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. สมาชิกในครอบครัวหรือเป็นผู้ดูแลเองเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัว มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ หรืออาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง
3. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion) คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาที่ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความอนุเคราะห์ และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และดำเนินการวิจัยในสถานีนามัยเขตอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการต่อสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรปราการ และหัวหน้าสถานีนามัยที่เกี่ยวข้อง ตามลำดับ

2. ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานีนามัย์ที่รับผิดชอบช่วยประสานงานและสำรวจ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ครอบครัว เข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ (Mann, 2001) โดยวิธีการจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (matched pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด ตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว เนื่องจากตัวแปรทั้ง 2 มีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Montgomery et al., 1985; Bull, 1990) จากนั้นดำเนินการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว และสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว และให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมบำบัดครอบครัว
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม 2 ส่วน
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ได้แก่
 - 3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.2 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 3.3 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมบำบัดครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Hegde et al. (2007) เพื่อนำไปใช้ในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบของการทำกิจกรรม โปรแกรมบำบัดครอบครัวในรูปแบบต่างๆ และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.2 คั่นคว้าโดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาร่วมกับสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแนวคิดของ Hegde et al. (2007) ซึ่งได้ศึกษาการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) โดยมีรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดครอบครัวสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การประเมินบทบาทและประสบการณ์ที่ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย (Assessment of current functioning and difficulties experienced by the caregivers) ระยะที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท (Focused on psychoeducation about the illness) ระยะที่ 3 การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การลดการแสดงออกทางอารมณ์ ต่อผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ (Caregivers were helped to normalize the family routines and the need to lower expressed emotions) ระยะที่ 4 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและแก้ปัญหา ของสมาชิกครอบครัว ในด้านการทำบทบาทหน้าที่ในเครือข่ายสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุดท้ายคือการเตรียมยุติการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ซักถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆชัดเจน (Improving the communication and problem solving skills ,social network and support system) และจากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นโปรแกรมบำบัดครอบครัว ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 2 กิจกรรม ะละ 45 นาที ดำเนินการในกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินบทบาทในการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลา 45 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน พยายามจะทำความเข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวกับเป้าหมายของการช่วยเหลือ สถานที่ เวลาพบกัน ตลอดจนข้อกำหนดในการปฏิบัติตัวต่อกัน เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ซักถามความเป็นอยู่ทั่วไป พูดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคย ทำความรู้จักซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดรู้สึกความอบอุ่น ไร้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เพื่อสร้างความพร้อมและแรงจูงใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มากขึ้น ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและประเมินบทบาทของครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ดูแลทำหน้าที่และบทบาทที่เหมาะสม ลดพฤติกรรมทางลบของครอบครัว และส่งผลให้ลดภาระการดูแลได้

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

ระยะเวลา 45 นาที

สาระสำคัญ

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็น กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยาการรักษาโรคจิต วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา วิธีการบริหารจัดการเรื่องยาและอาการข้างเคียงส่งผลกระทบต่ออาการของผู้ป่วยและลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติ อะไรที่จะทำให้อาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาและเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์

ระยะเวลา 45 นาที

สาระสำคัญ

การพัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง สอนวิธีผ่อนคลายและการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้อง การทดแทนความเครียดความวิตกกังวล การวิพากษ์ วิจารณ์ด้วยความสงบและอดทน เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การจัดการกับความเศร้าและความรู้สึกสูญเสีย การลดการแสดงออกทางอารมณ์ การทดแทนความเครียดความวิตกกังวล การวิพากษ์ วิจารณ์ด้วยความสงบและอดทน จะส่งผลให้ลดภาระการดูแลผู้ป่วยได้ คนที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำกว่า จะสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นได้ และในคนที่แสดงอารมณ์สูงจะมีรูปแบบการควบคุมที่แข็งแกร่งไม่ยืดหยุ่นทำให้เกิดความสัมพันธ์อันตึงเครียดในครอบครัว สมาชิกครอบครัวรู้สึกหมางเมินกันและติดต่อกันน้อยลง

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย

ระยะเวลา 45 นาที

สาระสำคัญ

การพัฒนาศักยภาพการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย ด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และฝึกทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย จะส่งผลให้เกิดการจัดการกับอาการของโรคและการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยได้ดี เป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย พบว่าในผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลต่อการลดภาระเชิงประจักษ์ได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา 45 นาที

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เป็น กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการให้ความรู้ แนะนำการฝึกทักษะเรื่องการสื่อสารทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึนึกคิด การร่วมกันแก้ปัญหา การเพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อให้มีความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถฟังและสื่อสารถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ลดอัตราการป่วยซ้ำได้ ทำให้เพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารสามารถลดภาระการดูแลได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้จักตนเอง และมีแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมได้

กิจกรรมที่ 6 สร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนทางสังคม

ระยะเวลา 45 นาที

สาระสำคัญ

การสร้างเครือข่ายสังคมและระบบสนับสนุนด้วยการให้ความรู้ ข้อมูลพร้อมทั้งหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ดูแล เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้สามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการแนะนำให้รู้จักกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ส่งผลในการลดภาระการดูแลได้

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมบำบัดครอบครัวที่ได้สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้า และการทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ตามสภาพปัญหาในการดูแลและความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 3 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นข้อเสนอแนะ ดังนี้

โปรแกรมบำบัดครอบครัว

1. รูปแบบกิจกรรมเหมาะสม
2. จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรม ควรรวมกิจกรรมที่ 1 และ 2 รวมกิจกรรมที่ 3 และ 4 และกิจกรรมที่ 5 และ 6 เป็นครั้งเดียวกันได้ เนื่องจากถ่วงเชื่อมบ้านผู้ป่วย 6 ครั้งอาจจะนานเกินไปเป็นภาระแก่ญาติและทำให้เกิดความเบื่อหน่ายได้ ผู้วิจัยได้ปรับรวมกิจกรรมให้เหมาะสมคือ ครั้งที่ 1 รวมกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ครั้งที่ 2 รวมกิจกรรมที่ 3 และกิจกรรมที่ 4 ครั้งที่ 3 รวมกิจกรรมที่ 5 และกิจกรรมที่ 6 โดยดำเนินการครั้งละ 2 กิจกรรมๆละ 45 นาที จำนวน 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์
3. อายุผู้เข้าร่วมกิจกรรม ควรจะเลือกที่เป็นวัยรุ่น ถึงก่อน 60 ปี จะดีกว่าหรือไม่ เนื่องจากพัฒนาการของแต่ละวัยไม่เหมือนกัน ผู้วิจัยได้ปรับอายุของผู้เข้าร่วมวิจัยคือ ในผู้ดูแลและสมาชิกเลือกอายุ 20 ปี ขึ้นไป ในผู้ป่วยจิตเภทเลือกอายุ 18 – 60 ปี
4. เพิ่มเติม ผู้ใช้โปรแกรมในคำนำว่า โปรแกรมบำบัดครอบครัวเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลวิชาชีพในชุมชน หรือพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจ ยอมรับสถานการณ์ปัญหา สาเหตุของปัญหา ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขแล้ว

โปรแกรมบำบัดครอบครัว กิจกรรมที่ 1

1. ไม่ได้กำหนดวัตถุประสงค์และไม่มีกิจกรรมการพัฒนามาบทบาทในตารางการดำเนินกิจกรรมที่ 1 ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดวัตถุประสงค์เพิ่มเติมแล้ว ส่วนกิจกรรมการพัฒนามาบทบาทจะรวมอยู่ในข้อ 4,5,6,7 และ 8

2. ปรับปรุงใบความรู้ที่ 1/1 และ 1/2 ให้สั้นลง และมีเนื้อหาที่เข้าใจง่ายสำหรับประชาชนทั่วไป ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแล้ว โดยจะสอนแบบย่อตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะแจกให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะมีรูปภาพประกอบ และใบความรู้จะใช้ประกอบหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อซักถามเพิ่มเติม

3. แก้ไขตัวเลขข้อจาก 1,2,3 และ 4 เป็น 1.1,1.2,1.3 และ 1.4 ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขแล้ว

โปรแกรมบำบัดครอบครัว กิจกรรมที่ 2

1. ผู้วิจัยต้องมีความรู้และเข้าใจในเรื่องโรค อาการ อาการแสดงฯ ให้ชัดเจน และต้องถ่ายทอดให้ครอบครัวเข้าใจอย่างง่ายๆ เพราะเนื้อหาค่อนข้างมากและเน้นวิชาการมาก

2. กิจกรรมที่จัดมีมากเกินไป ควรจะลดเหลือไม่เกิน 3 ใบงาน ไม่เช่นนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเบื่อ และใบความรู้ไม่ควรมีเนื้อหาอัดแน่นมากเกินไป ควรจะนำเสนอด้วยรูปภาพมากๆ ผู้วิจัยปรับแก้โดยจะสอนแบบย่อตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะแจกให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะมีรูปภาพประกอบ และใบความรู้จะใช้ประกอบหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อซักถามเพิ่มเติม และปรับลดใบงานเหลือ 3 ใบงาน

3. เพิ่มเติมรายละเอียดของใบความรู้ที่ 2/2 คือ 1) เรื่องเครื่องดื่มที่ควรงด “เช่น น้ำอัดลมบางชนิด ควรระบุให้ชัดเจนว่าประเภทใด มีส่วนประกอบของโคคาโคลา หรือน้ำอัดลมสีดำ ซึ่งไม่ต้องระบุชื่อการค้าของบริษัท 2) รายละเอียดของอาการข้างเคียงที่ต้องช่วยเหลือ (อันตรายต่อชีวิต) ควรระบุให้ชัดว่า ช่วยเหลือทันที คือทำอะไร และในรายละเอียดในหัวข้อเดียวกันที่แนะนำให้ประคับประคอง... อาจไม่สอดคล้องกับหัวข้อ การปฏิบัติเรื่องอาการข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามคำแนะนำแล้ว

4. น่าจะกระชับเนื้อหาในส่วนรายละเอียดของใบความรู้ที่ 2/2 ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเนื้อหาให้กระชับและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแล้ว

5. ใบงานที่ 2/5 เดิม “น” หลังคำว่า หวา ผู้วิจัยได้ตัดใบงานที่ 2/5 ออก ตามความเหมาะสม

6. ตารางดำเนินกิจกรรมที่ 2 เพิ่มคำว่า “ผู้ป่วย” ในเกณฑ์การประเมินผลข้อ 1 ผู้วิจัยแก้ไขแล้ว

โปรแกรมบำบัดครอบครัว กิจกรรมที่ 3

1. ใบงานเหมาะสม แต่ใบความรู้มากไป และการเลือกการคลายเครียด หากจะเลือกวิธีนี้น่าจะมีการนำ VDO มาประกอบเพราะจะทำให้เข้าใจมากขึ้น (เนื้อหาที่จะสอนไม่ควรยาว เพราะไม่ได้สอนบุคลากร) และสามารถลงเชื่อมพร้อมปฏิบัติการพยาบาลในกิจกรรมครั้งที่ 4 ได้ ผู้วิจัยได้ปรับรวมกิจกรรมให้เหมาะสมแล้ว

โปรแกรมบำบัดครอบครัว กิจกรรมที่ 4

1. วัตถุประสงค์ข้อ 2 แก้ไขให้สอดคล้องกับกิจกรรม คือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท แก้ไขเป็นการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขแล้ว

2. เพิ่มเติม คำว่า “และแนวทางการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท” ต่อจาก คำว่า “ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขแล้ว

โปรแกรมบำบัดครอบครัว กิจกรรมที่ 5

1. สามารถลงเชื่อมพร้อมปฏิบัติการกิจกรรมครั้งที่ 6 ได้ ผู้วิจัยได้ปรับรวมกิจกรรมให้เหมาะสมแล้ว

2. ใบความรู้เนื้อหาเหมาะสม อาจจะช่วยให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นด้วยคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้วิจัยจะใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการดำเนินกิจกรรมร่วมด้วย

โปรแกรมบำบัดครอบครัว กิจกรรมที่ 6

1. ควรให้นิยามที่ชัดเจนก่อนว่า เครือข่ายคืออะไร และจะสร้างเครือข่ายในแง่ไหน กิจกรรมที่ระบุ เหมือนเป็นเพียงให้ผู้ดูแลรู้จักสร้างสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน หรือบอกแหล่งช่วยเหลือในชุมชน อาจไม่ต้องทำเป็นกิจกรรมแยก แต่น่าจะอยู่รวมกับข้อ 3.2 (การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา) ได้ ผู้วิจัยได้ให้นิยามเพิ่มเติม เรื่องเครือข่ายคืออะไร และนำกิจกรรมนี้ ดำเนินการร่วมกับกิจกรรมที่ 5

2. เพิ่มรายละเอียดใบงานที่ 6/1 เรื่องสายด่วนสุขภาพจิต 1323, 1667 (โทร 24 ชั่วโมง) ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขแล้ว

3. ใบงานที่ 6/1 คำว่ามิตร สหาย แก้ไขเป็น เพื่อน และเพิ่มเติม คำว่า แพทย์ ต่อจากพยาบาล ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขแล้ว

4. จัดทำคู่มือได้สมบูรณ์ เรียบร้อย สวยงาม น่าอ่าน (คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดด้านต่างๆ ของผู้ป่วยและครอบครัวมีหลายชุดมาก และมีจำนวนข้อมาก เกรงว่ากลุ่มตัวอย่างจะ burn out กับคำถาม และจำนวนครั้งค่อนข้างมากเกรงว่าจะไปรบกวนญาติที่ต้องทำงาน ควรพิจารณาให้รอบคอบกว่านี้และให้พิจารณาเวลาในการทำกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเขียนหนังสือไม่ได้ต้องมีคนช่วยด้วย ผู้วิจัยได้เชิญผู้ช่วยวิจัยคือ พยาบาลประจำสถานีอนามัยที่รับผิดชอบพื้นที่ที่ครอบครัวของผู้ป่วยอาศัยอยู่ และพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม รวม 3 ท่าน ช่วยดำเนินการทดลอง โดยสลับกันช่วยดำเนินการวิจัยตามเวลาที่ว่าง

จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมบำบัดครอบครัวที่แก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครอบครัว โดยดำเนินการกิจกรรมจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินการทั้ง 6 กิจกรรมแล้ว พบว่าสมาชิกสามารถเข้าใจได้ดีพอสมควร โดยผู้วิจัยได้พยายามพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น มีการยกตัวอย่างและกระชับเนื้อหา ให้เหมาะสมกับเวลา พบว่าสามารถดำเนินการได้ตามเวลาที่กำหนดคือ ครั้งละประมาณ 90 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยนำปัญหา อุปสรรคที่พบมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือรวบรวมข้อมูล) ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดการะ 2 ประเภท ได้แก่ การะเชิงอัตนัย และการะเชิงปรนัยมีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้

1) การะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 10 และ ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

2) การะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง

หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมดการประเมินภาวะจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

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

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาวะแต่ละประเภทแยกจากกัน และภาวะโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาวะในการดูแล โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

| | | | |
|--------------------|---------|---------|---------------------------|
| คะแนนเฉลี่ยระหว่าง | 49 - 60 | หมายถึง | มีภาวะในการดูแลมากที่สุด |
| คะแนนเฉลี่ยระหว่าง | 39 - 48 | หมายถึง | มีภาวะในการดูแลมาก |
| คะแนนเฉลี่ยระหว่าง | 30 - 38 | หมายถึง | มีภาวะในการดูแลปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ยระหว่าง | 21 - 29 | หมายถึง | มีภาวะในการดูแลน้อย |
| คะแนนเฉลี่ยระหว่าง | 12 - 20 | หมายถึง | มีภาวะในการดูแลน้อยที่สุด |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากแบบสัมภาษณ์ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 3 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ หลังจากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยถือเกณฑ์ตามความเห็นตรงกัน

และสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

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

ในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมได้เท่ากับ 1.00 และสามารถแยกเป็นรายด้าน คือ ภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .94

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของ จิราพร รักรการ (2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้

- 1) ความหมายของโรคจิตเภท จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 1 ซึ่งเป็นข้อความทางบวก
- 2) อาการของโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6 และ 7 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 3
- 3) สาเหตุของโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 8, 9, 11 และ 12 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 10
- 4) การดำเนินโรค จำนวน 2 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 14 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 13
- 5) การรักษาโรคจิตเภท จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17 และ 19 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 18 และ 20
- 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ 21, 22, 24, 27, 28, 29 และ 30 และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 23, 25 และ 26

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

เกณฑ์กำกับการทดลอง

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทบรรลุตามวัตถุประสงค์ ถ้าหากคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันทบทวนประเมินปัญหา อุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของ โปรแกรมบำบัดครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวชชั้นสูง 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .97 ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ตามข้อเสนอแนะดังนี้

เพิ่มเติมในส่วนคำชี้แจงคือหากไม่เห็นด้วยโปรดเลือกทำเครื่องหมาย X

ข้อ 1. ให้เว้นวรรคหลังคำว่าพฤติกรรมตัดคำว่า“และ”ออก

ข้อ 3. ผู้ป่วยจิตเภททุกคนแก้ไขเป็นผู้ป่วยจิตเภทบางราย

ข้อ 6. ตัดคำว่า เช่น คิดว่าจะมีคนมาทำร้ายออกไป เนื่องจากเป็นอาการ

หาวเคราะห์

ข้อ 7. คำว่า ความ กระจือรือร้น ให้เขียนติดกัน

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82

3.2 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเวชของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใด อย่างหนึ่ง การให้คะแนน คือ

ตอบถูก ได้คะแนน 1 คะแนน

ตอบผิด ได้คะแนน 0 คะแนน

ข้อความที่ต้องตอบใช่ ได้แก่ ข้อ 1,2,4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16,17,19,20

ข้อความที่ต้องตอบไม่ใช่ ได้แก่ ข้อ 3,10,18

การคิดคะแนนทำได้โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน

เกณฑ์กำกับการทดลอง

คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ต้องมีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทบรรลุตามวัตถุประสงค์ ถ้าหากคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันทบทวนเพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมบำบัดครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวชชั้นสูง 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน

ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปทดลองใช้โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ตามข้อเสนอแนะดังนี้

เพิ่มเติมในส่วนคำชี้แจงคือหากไม่เห็นด้วยโปรดเลือกทำเครื่องหมาย X

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85

3.3 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของ ชมรมมารณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Sunpaweravong (2006) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ครอบคลุมองค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์ 5 องค์ประกอบ โดยแบ่งเป็นการแสดงออกทางด้านลบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป และการแสดงออกทางด้านบวก ได้แก่ การแสดงความชื่นชม และการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 33 ข้อ แบ่งเป็นการแสดงอารมณ์ด้านลบ 20 ข้อ คือข้อ 1- 20 มีค่าความเที่ยง .76 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก 13 ข้อ คือ ข้อ 21 – 33 มีค่าความเที่ยง .89 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| ระดับ | ความหมาย | คะแนนทางบวก | คะแนนทางลบ |
|----------------------|------------------------------------|-------------|------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมากที่สุด | 4 | 1 |
| เห็นด้วย | เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมาก | 3 | 2 |
| ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุ | 2 | 3 |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุเลย | 1 | 4 |

การคิดคะแนนแบ่งเป็น 2 ส่วน คือการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ให้ค่าคะแนนทางลบ และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ให้ค่าคะแนนทางบวก จัดระดับโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

4.00 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกเหมาะสมมาก หรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบที่ต้องปรับปรุง

3.00 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกเหมาะสม หรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบไม่เหมาะสม

2.00 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกไม่เหมาะสมหรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเหมาะสม

1.00 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกที่ต้องปรับปรุงหรือมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบเหมาะสมมาก

การคิดคะแนนทำได้โดยนับจำนวนข้อที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกและด้านลบที่เหมาะสมมากและเหมาะสมรวมกัน

เกณฑ์กำกับการทดลอง

นับจำนวนข้อที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกและด้านลบที่เหมาะสมมากและเหมาะสมรวมกัน ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมบรรลุตามวัตถุประสงค์ ถ้าหากคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัย ผู้ดูแล ผู้ป่วย จิตแพทย์ และสมาชิกในครอบครัว จะร่วมกันทบทวนเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการแสดงออกทางอารมณ์ในข้อนี้ๆ และกระบวนการของโปรแกรมบำบัดครอบครัว จนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวชชั้นสูง 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบ การให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ได้ข้อแต่ละข้อ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ .97 ผู้วิจัยปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ตามข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อ 1 ฉันไม่ชอบพฤติกรรมหลายๆอย่างของเขา ปรับแก้ไขเป็น ฉันไม่ชอบพฤติกรรมก้าวร้าวของเขา

ข้อ 2 ฉันรู้สึกอายกับพฤติกรรมของเขา ปรับแก้ไขเป็น ฉันรู้สึกอายที่เขามีอาการป่วยแบบนี้

ข้อ 3 ฉันรู้สึกทุกข์ใจกับพฤติกรรมของเขา ปรับแก้ไขเป็น ฉันรู้สึกทุกข์ใจกับอาการป่วยของเขา

ข้อ 8 เขาเป็นคนที่ไม่มีคุณค่าอะไรเลย ปรับแก้ไขเป็น เขาอยู่ไกลจากฉันน่าจะเป็น

ข้อ 29 ทุกวันนี้เขาก็ทำให้ฉันพอใจ ปรับแก้ไขเป็น เขาเป็นคนนิสัยดี

ข้อ 30 เมื่อได้รับคำแนะนำเขาจะพยายามทำตาม ปรับแก้ไขเป็น เขาพยายามอย่างเต็มที่

ข้อ 31 เขาก็มีข้อดีหลายอย่าง ปรับแก้ไขเป็น เขามีข้อดีหลายอย่าง

ข้อ 32 ทุกวันนี้เขาก็ทำให้ฉันพอใจ ปรับแก้ไขเป็น ฉันรู้สึกพอใจเขา

ข้อ 33 เมื่อได้รับคำแนะนำเขาจะพยายามทำตามปรับแก้ไขเป็น เขาพยายามทำตามเมื่อได้รับคำแนะนำ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้และทักษะในเรื่องการบำบัดครอบครัว โดยได้ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในชุมชน จำนวน 3 หน่วยกิต และศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์

ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม รวมถึงยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์และคู่มือโปรแกรมบำบัดครอบครัว เพื่อขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลสมุทรปราการ

1.2 เตรียมเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1.3 ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์ และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และดำเนินการวิจัยในสถานอนามัยเขตอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการต่อสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรปราการ และหัวหน้าสถานอนามัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานอนามัยที่รับผิดชอบ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล แจ้งวัน เวลา ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบการทดลอง การประสานงานและอำนวยความสะดวก ในการติดต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกครอบครัว เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดครอบครัว เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ชัดเจน โดยมีหน้าที่ช่วยรวบรวมข้อมูล จากแบบสอบถาม แจกใบงานกิจกรรม จัดบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ช่วยอ่านแบบสอบถามและเขียนใบงานกรณีที่ผู้ดูแลไม่สะดวก หรือเขียนหนังสือไม่ได้ โดยแต่ละคนจะมาช่วยตามเวลาที่ตนว่าง สลับกัน

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 คน ทำการจับคู่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจับคู่ตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความเพียงพอของรายได้ เนื่องจากมีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทำโดยการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.5.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

1.5.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำสถานีอนามัยจัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำเรื่องการรับประทานยาและอาการข้างเคียงของยา การปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยการเยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดครอบครัวในกลุ่มทดลอง เป็นรายครอบครัวที่บ้าน จำนวน 15 ครอบครัว โดยใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรมๆละ 45 นาที จนครบ 3 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดยดำเนินการทดลองในเดือน มีนาคม – เมษายน 2554 โดยมีรายละเอียดการดำเนิน โปรแกรมบำบัดครอบครัว ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพ และประเมินบทบาท ในการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและบทบาทของผู้ดูแล รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกเกิดแรงจูงใจและให้ความร่วมมือ ในการเข้าร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถ

1. บอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ บทบาทในครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

2. มีความไว้วางใจกัน กล้าแสดงออก เปิดเผยตนเองมากขึ้น มีแรงจูงใจ มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

3. ทบทวนบทบาทและหน้าที่ให้เหมาะสมกับแต่ละคนมากขึ้น

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาบทบาทในการดูแลผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน พยายามจะทำความเข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวกับเป้าหมายของการช่วยเหลือ สถานที่ เวลาพบกัน ตลอดจนข้อกำหนดในการปฏิบัติตัวต่อกัน เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป พุดคุยเพื่อสร้างความคุ้นเคย ทำความรู้จักซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดรู้สึกความอบอุ่น ไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เพื่อสร้างความพร้อมและแรงจูงใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มากขึ้น ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และผู้ดูแลได้แสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังการศึกษาของ Solomon (2000) พบว่าการพัฒนาบทบาทของครอบครัว สามารถลดพฤติกรรมทางลบของครอบครัวได้ และส่งผลให้ลดภาวะการดูแล

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/1 ลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัว
2. ใบงานที่ 1/2 ลักษณะบทบาทที่พบในครอบครัว
3. ใบความรู้ที่ 1/1 แนะนำโครงการ
4. ใบความรู้ที่ 1/2 บทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
5. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัย สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส อบอุ่น จริงใจและเปิดเผย แสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง
2. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพโดยชักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัว อาชีพ สภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้วิจัยชี้แจงให้สมาชิกทราบความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมในโปรแกรมบำบัดครอบครัว กิจกรรมโดยย่อในแต่ละครั้ง ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนครั้ง และระยะเวลาที่ผู้ดูแลจะต้องเข้าร่วมกิจกรรม การตัดสินใจในการเข้าหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรม เป็นการแนะนำโครงการวิจัย ตามใบความรู้ที่ 1/1

4. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัว บทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นให้สมาชิกได้ร่วมกันทำใบงานที่ 1/1 และ 1/2 ผู้วิจัยสังเกตลักษณะสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในครอบครัว
5. ให้ตัวแทนสมาชิกรับเสนอสิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 1/1 และ 1/2
6. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกับผู้ดูแลและสมาชิก เกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว หลังจากนั้นผู้วิจัยบรรยายสรุปเรื่อง ลักษณะสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นในครอบครัว บทบาทการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทและการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทด้วยความเข้าใจ ตามใบความรู้ที่ 1/2
8. พยายามให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย
9. ผู้วิจัยอภิปรายร่วมกับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจ การยอมรับ สามารถใช้ศักยภาพ และทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกพูด
10. ร่วมกันแสดงบทบาทสมมติ เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและซักถามปัญหา ข้อสงสัย
11. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำแบบวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test)

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ พบว่า สมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่แสดงท่าทีเป็นกันเอง ยิ้มแย้มทักทาย และรู้สึกดีใจที่มีพยาบาลไปเยี่ยมบ้าน ให้การต้อนรับและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี ส่วนใหญ่จะแสดงความคิดเห็น เล่าเรื่องและระบายอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท การรับภาระดูแลผู้ป่วยและปัญหาในครอบครัวรวมทั้งปัญหาที่มีมาตั้งแต่อดีต ตามใบงานที่ 1/1 ลักษณะสัมพันธภาพส่วนใหญ่เป็นแบบใกล้ชิด อบอุน สามัคคีกันดี มีความสงสาร และเห็นใจผู้ป่วย และต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่ มีบางครอบครัวที่มีความรู้สึกเครียด กังวลใจ หนักใจ โดยเฉพาะบิดา และมารดาผู้ป่วยกังวลว่าหากไม่มีตนเองแล้ว ใครจะดูแลผู้ป่วยต่อไป ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

"รู้สึกสงสารและเป็นห่วงถ้าพ่อแม่ตายไป กลัวว่าพี่น้องจะไปมีครอบครัวจะไม่มีใครดูแล"

"รู้สึกอยากให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น พยายามพาไปเดินเล่น ออกกำลังกายในสวนสาธารณะ"

บ้าง”

มีเพียงบางครอบครัวที่สัมพันธ์ภาพเป็นแบบห่างเหิน ต่างคนต่างอยู่ มีปากเสียงกันบ่อย ซึ่งจากการพูดคุยพบว่าสาเหตุมาจากการที่สมาชิกในครอบครัวบางคนมีทัศนคติทางลบกับผู้ป่วย มองว่าผู้ป่วยเป็นภาระการดูแลและไม่ช่วยทำงานหาเงิน รวมทั้งไม่ช่วยงานบ้านต่างๆ และรู้สึกเบื่อหน่าย อยาที่มีญาติเป็นผู้ป่วยจิตเภท ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

“วันๆ ไม่ทำอะไรที่มีประโยชน์ อยากจะให้ไปติดคุกซะ”

“พูดอะไรก็ไม่เชื่อ ยาก็ไม่กินแอบเอาไปทิ้ง ไม่อยากจะสนใจเขาแล้ว”

“ปล่อยให้ดูแลตัวเอง รับผิดชอบกินยาเอง ถ้าเขาไม่กินยา เขาก็จะมีอาการอีก จะรู้ว่าถ้าไม่กินยาแล้วจะเป็นแบบนี้ จะได้เจ็บไปเอง”

“ยาไม่ค่อยกิน กลัวว่าจะทำร้ายแม่ ตอนกลางวัน เวลาที่ทุกคนออกไปทำงาน”

แต่เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในช่วงของการประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4 ทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยก็ เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยสังเกตจากการพูดคุย การยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ดูแล บอกว่าจะเอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมตามความสนใจ

จากใบงานที่ 1/2 ลักษณะบทบาทที่พบในครอบครัว ส่วนใหญ่สมาชิกช่วยกันกระตุ้นให้ ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สังเกตอาการและการรับประทานยาสม่ำเสมอ และพบว่าปัญหาใน ครอบครัวที่พบส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางการเงินมีรายได้น้อยไม่เพียงพอจากรายจ่าย บางครอบครัว ผู้ดูแลมีรายได้จากเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ บางครอบครัวผู้ป่วยสามารถช่วยทำงานรับจ้าง จากการ ทำงานบ้าน หรือล้างจานได้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก

“บางครั้งก็ลืมใจมาๆก็คิดว่าเป็นเวรเป็นกรรม เงินทองก็ไม่พอใช้ มีรายได้จากผู้สูงอายุ เดือนละ 500 บาท 2 คนตายาย ลูกที่ป่วยก็ไปช่วยรับจ้างล้างจานได้วันละ 60 บาท คนเขาสงสารให้ งานทำ”

ส่วนความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกรักครอบครัว ดังที่ ผู้ป่วยในบางครอบครัว กล่าวว่า

“ไม่อยากจะสร้างปัญหาให้แม่เค็ดรื้อน อยู่บ้านก็ช่วยซักผ้า ทำงานบ้าน”

“กินยามาหลายปีแล้ว ยังไม่หาย ทำยังไงดี อยากจะออกไปช่วยทำงานหาเงินช่วยทางบ้าน บางครั้งก็ออกไปเก็บขยะขาย ได้เงินมาก็ซื้อกล้วยเตี้ยมาฝากพ่อกับแม่”

จากนั้นผู้วิจัยจึงสรุปบทบาทและสัมพันธ์ภาพที่พบ พยายามพูดคุย กระตุ้นให้ สมาชิกเกิด ความรู้สึกด้านบวก ต่อผู้ป่วย เกิดแรงจูงใจในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้แนะให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแล และ สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเห็นใจและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น และให้ ความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 2 : การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จิตเภทและการรักษา

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาโรคจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ป่วยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
3. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว สามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถ

1. บอกความหมาย สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้
2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้
3. อภิปรายเรื่องโรคจิตเภทและการรักษาร่วมกับผู้วิจัย

สาระสำคัญ

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็น กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยา รักษาโรคจิต วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา วิธีการบริหารจัดการเรื่องยาและอาการข้างเคียงส่งผลกระทบต่ออาการของผู้ป่วยและลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ (Magliano and Fiorillo, 2007) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาและเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 ความหมาย สาเหตุ และอาการของโรคจิตเภท
2. ใบงานที่ 2/2 การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

3. ใบงานที่ 2/3 การรักษาโรคจิตเภท
4. ใบงานที่ 2/4 การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
5. ใบงานที่ 2/5 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
6. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
7. ใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต
8. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
9. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
10. แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท
11. ดินสอพากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยและสมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท(Pre-test)
3. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/1, 2/2, 2/3 และ 2/4 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
4. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
5. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง ความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษาโรค ตามใบความรู้ที่ 2/1
6. ผู้วิจัยผู้วิจัยให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท(Post-test)
7. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/4 และ 2/5 และให้ตัวแทนนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว
8. ผู้วิจัยสรุปประเด็นตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
9. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต ตามใบความรู้ที่ 2/2
10. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม
11. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

ครั้ง

12. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วย
จิตเภท

13. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น
ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ จากการทำสมาชิกร่วมกันทำใบงาน และพูดคุยในประเด็น
เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สาเหตุ อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ พบว่า สมาชิกในแต่ละ
ครอบครัวได้เล่าถึงอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการนอนไม่หลับ
เดินไปเดินมา หนูแหว่ได้ยินเสียงคนด่าว่า พูดคนเดียว เห็นภาพหลอน หลงผิด แยกตัวอยู่คนเดียว เป็น
ต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

"อาการค่อยเป็นค่อยไป อารมณ์รุนแรง นอนไม่หลับ ก้าวร้าว เอาแต่ใจตนเอง พูดไม่
ไพเราะ คือ ไม่ยอมรับสภาพว่าตนเองป่วย"

"บางครั้งชอบแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ค่อยพูดกับใคร ก็จะปล่อยให้เขาอยู่ในห้องคนเดียว"

"ไม่ยอมหลับ ยอมนอน เดินไปเดินมาทั้งคืนเลย บางทีหายไปจากบ้านเป็นวัน ๆ ไม่รู้
ไปไหน จนมีคนรู้จักมาบอกว่าเห็นเดินอยู่ข้างถนน พูดบ่นอยู่คนเดียว มีครั้งหนึ่งหายไปจากบ้าน
หลายวันเลย ไม่รู้จะไปตามหาที่ไหน สุดท้ายก็กลับมาเอง"

จากการสอบถามสมาชิกถึงสาเหตุของการเกิดโรค พบว่ามีสมาชิกในบางครอบครัวเชื่อ
ว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเกิดจากไสยศาสตร์ โคนของ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

"อาจจะโดนของแน่ๆ เขาเดินทางไปทางเหนือ ไปทำงานแถวชายแดนพม่ากลับมาก็เป็น
แบบนี้"

ด้านการรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษา
โดยใช้ยาเกิน มีบางรายที่รักษาด้วยการฉีดยา โดยจะนำยาไปให้พยาบาลที่สถานีอนามัยฉีดให้ และ
อาการข้างเคียงจากยาที่พบมากที่สุด คือ ง่วงซึม ผู้ป่วยบางคนทานยาแล้วมีอาการง่วงซึมทั้งวัน บาง
คนมีอาการลิ้นแข็ง มือสั่น แขนขาสั่น บางครั้งทำให้ไม่สามารถทำงานได้ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ยอม
รับประทานยาตามกำหนดที่แพทย์สั่ง ทำการปรับยาเอง บางคนนำยาไปทิ้งบ้าง เป็นต้น ดังตัวอย่าง
คำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

"กินยาแล้วง่วงนอนทั้งวันเลย ทำอะไรไม่ค่อยได้ ขอหยุดกินยาบางตัวที่ทำให้ง่วงนอน
ได้มั๊ยคะ"

"กินยาแล้วมือสั่น เวลาไปสมัครงาน เขาถามว่าทำไมมือสั่น ก็บอกเขาว่ากินยาอยู่ ยาจะทำ
ให้มือสั่น เขาก็บอกว่าให้รอผลสอบสัมภาษณ์ จะติดต่อไปที่บ้านอีกที ก็ไม่เห็นติดต่อมาเลย"

ระหว่างการดำเนินกิจกรรม สมาชิกให้ความสนใจซักถามผู้วิจัยเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการใช้ยารักษาโรคจิต เป็นอย่างดี หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้ทั่วไปเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา การดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต และแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกส่วนใหญ่จะบอกว่า ดี มีประโยชน์ อ่านเข้าใจง่าย จะนำไปใช้เป็นคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือเมื่อมีปัญหาได้ สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท และการใช้ยารักษาโรคจิตมากขึ้น สามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

กิจกรรมที่ 3 : การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีได้พัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก และทราบถึงผลกระทบที่เกิดจากการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์
3. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้ฝึกทักษะวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยความเข้าใจ และมีการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย ด้วยท่าทางเป็นมิตร และสามารถควบคุมอารมณ์ได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ดูแลและสมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ด้านลบ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นได้
2. บอกปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ได้
3. อธิบายถึงการเกิดความเครียดและวิธีผ่อนคลายความเครียดได้

สาระสำคัญ

การพัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ดูแลจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง สอนวิธีผ่อนคลายและการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้อง การทดแทนความเครียดความวิตกกังวล การวิพากษ์ วิจารณ์ด้วยความสงบและอดทน เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและสามารถเลือกใช้กลวิธี

การเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การจัดการกับความเศร้าและความรู้สึกสูญเสีย จากการศึกษาพบว่าผลการแสดงออกทางอารมณ์ (Solomon, 2000; Pharoah et al., 2010) การทดแทนความเครียดความวิตกกังวล การวิพากษ์ วิเคราะห์ด้วยความสงบและอดทน (NICE, 2003 cited in Kuipers, 2006) จะส่งผลให้ลดภาวะการดูแลผู้ป่วยได้ ดังการศึกษาของ (Wuerker et al. 2001) พบว่าคนที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำกว่า จะสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นได้ และในคนที่แสดงอารมณ์สูงจะมีรูปแบบการควบคุมที่แข็งแกร่งกว่า ไม่ยืดหยุ่นทำให้เกิดความสัมพันธ์อันตึงเครียดในครอบครัว สมาชิกครอบครัวรู้สึกหมกมุ่นกันและติดต่อกันน้อยลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 การแสดงออกทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบงานที่ 3/2 ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์
3. ใบงานที่ 3/3 ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบความรู้ที่ 3/1 การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. ใบความรู้ที่ 3/2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภท

6. ใบความรู้ที่ 3/3 การจัดการกับความเครียด
7. ใบความรู้ที่ 3/4 การผ่อนคลายความเครียด
8. แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์
9. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์การแสดงออกทางอารมณ์
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1, 3/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
3. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
4. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 3/1, และเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 3/2
5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและสมาชิก เขียนประสบการณ์ความเครียด ผลกระทบจากความเครียด และวิธีการผ่อนคลายความเครียด ตามใบงานที่ 3/3

6. ให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
7. ผู้วิจัยสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า
8. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ ตามใบความรู้ที่ 3/2 และวิธีการจัดการกับความเครียด ตามใบความรู้ที่ 3/3
9. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียด ด้วยตนเองให้กับสมาชิก ตามใบความรู้ที่ 3/4 และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม
10. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
11. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลและสมาชิกทำแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ จากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และพูดคุยในประเด็นเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่มีการชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำความดี เช่น ทำความสะอาดบ้าน รับประทานยาตามแพทย์สั่ง บางครอบครัวมีการแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป ช่วยทำงานให้ผู้ป่วยทุกอย่างเพราะกลัวว่าผู้ป่วยทำไม่เรียบร้อย ไม่สะอาด บางครอบครัวมีการวิพากษ์วิจารณ์ ต่ำหนิผู้ป่วยว่าไม่ช่วยทำงาน ทำตัวไม่มีประโยชน์ เกิดการทะเลาะกัน บางครอบครัวมีบรรยากาศอบอุ่นเป็นมิตร ให้เกียรติผู้ป่วยอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงอารมณ์ คือ ลักษณะอาการของผู้ป่วย การรับประทานยาของผู้ป่วย การที่มีภาระต้องออกไปทำงานนอกบ้านของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว การช่วยงานบ้านของผู้ป่วย เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“ก็จะชมเขา เวลาที่เขากินยาตามที่เรাজัดไว้ให้ จะคอยดูแลตลอด บางทีเขาแอบเอายาไปทิ้งก็จะคว้าบ้าง”

“ก็ไม่ได้ให้เขาทำอะไร เพราะว่าทำอะไรก็ไม่สะอาด อย่างเช่นล้างจาน ทำงานบ้านก็ไม่ต้องทำแม่จะทำให้หมด”

“เวลาที่พี่เขาทำงานกลับมาเหนื่อยๆ ก็จะบ่นว่าเขา(ผู้ป่วย)ทุกทีว่าไม่ช่วยทำงานบ้าน เขา(ผู้ป่วย)ก็ไม่ยอมเอียงกันตลอด ก็จะทะเลาะกันเรื่อย แม่ก็ต้องคอยห้ามไว้ บางครั้งเขาหายไปอยู่ในห้องคนเดียว แม่เข้าไปเจออีกที เห็นเขากินยาพารา เป็นกระป๋องเลยต้องรีบพาไปหาหมอ คินะที่ช่วยไว้ได้ทัน”

“แม่ก็คว้าเขาบ้าง เพราะเขาจะต้องกินกระตังแดงทุกวัน ถ้าไม่ไปซื้อให้ก็จะอะอะอาละวาด”

ระหว่างการดำเนินกิจกรรม สมาชิกให้ความสนใจเล่าเรื่องประสบการณ์การแสดงออกทางอารมณ์ทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วยให้ผู้วิจัยฟังเป็นอย่างมาก สมาชิกบอกว่าจิตใจที่มีพยาบาลมาเยี่ยมบ้าน ได้ความรู้ ได้พูดคุยระบายความรู้สึกที่ไม่รู้จะพูดให้ใครฟัง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“ก็ดีใจนะที่หมอมายเยี่ยม กลุ้มใจทุกวันเลย ไม่รู้จะพูดให้ใครฟัง วันนี้เลยเล่าให้หมอฟังเยอะเลย”

หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ ผลดี ผลเสียต่อผู้ป่วย หลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และเน้นเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกต่อผู้ป่วย การเกิดภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสาธิตวิธีการนวดคลายเครียดด้วยตนเอง การฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี สมาชิกทำตามได้ดีและบอกว่าดีและมีประโยชน์จะทำได้เมื่อเวลาที่มีความเครียด

กิจกรรมที่ 4 : การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย ระหว่างผู้วิจัย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ร่วมแสดงความคิดเห็นการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย
2. ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว อธิบายถึงการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย ที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของตนเองได้

สาระสำคัญ

การพัฒนาศักยภาพการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย ด้วยการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย จะส่งผลให้เกิดการจัดการกับอาการของโรคและการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยได้ดี เป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย พบว่าในผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลสูง จะ

ส่งผลให้ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลต่อการลดภาระเชิงประนัยได้ (ทูลกา บุญผาสังข์, 2545)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 ประสบการณ์การดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 4/1 การดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยและความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบความรู้ที่ 4/2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย หรือ ภาระจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึง ประสบการณ์การดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบที่เกิดขึ้นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจหรือภาระจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานที่ 4/1 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
3. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
4. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยและความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 4/1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจหรือภาระจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามใบความรู้ที่ 4/2 การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแนวทางการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท
5. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถาม ปัญหาต่างๆ จากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำใบงาน และนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์การดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นในเรื่องการพัฒนาศักยภาพการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทระหว่างผู้วิจัย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีแนวทางในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่

ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ สามารถช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ มีบางครอบครัวที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา แอบเอายาไปทิ้ง ไม่อาบน้ำ ต้องกระตุ้นให้อาบน้ำ การสังเกตอาการพฤติกรรมของผู้ป่วย การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ให้สมาชิกในแต่ละครอบครัว ได้มีการพูดคุยกัน ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“เขาไม่อาบน้ำที่ละหลายวัน บางทีตัวเหม็นมาก พูดให้อาบน้ำก็ไม่เชื่อ ”

“ หมอบอกว่าต้องเข้าใจว่าเขาป่วย ต้องพูดกับเขาดี ๆ อย่าดุ อย่าเสียงดังใส่เขา แล้วก็ต้องคอยดูให้เขากินยาตามที่หมอสั่ง อย่าขาดยา ”

“ก็ต้องคอยดูว่าเขามีอาการอะไรผิดปกติแปลกไปหรือเปล่า ถ้ามีก็ต้องรีบพาไปหาหมอ ”

“ ชอบลูกทำกับข้าวกินตอนกลางคืน บางทีลืมนปิดแก๊ส และก็ชอบสะสมสมบัติ แล้วลืมนว่าเก็บไว้ที่ไหน ก็จะไปเอาค้อนมางัดตู้ ฉันทก็กลัวว่าจะถลอกมือทำร้ายฉันหรือปล่าว ”

หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้เรื่องการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกมีความเข้าใจมากขึ้น สามารถช่วยกันหาแนวทางการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 : การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีการฝึกทักษะการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว สามารถกำหนด และจัดลำดับความสำคัญของซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว สามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม
5. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกได้ระบายความรู้สึกที่เป็นภาระและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้ดูแลและสมาชิกสามารถ

1. บอกปัญหาและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้

2. บอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้
3. บอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
4. บอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
5. บอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เป็น กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการให้ความรู้ แนะนำการฝึกทักษะเรื่องการสื่อสารทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกลึกซึ้ง การร่วมกันแก้ปัญหา การเพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อให้มีความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถฟังและสื่อสารถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ลดอัตราการป่วยซ้ำได้ ทำให้เพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารสามารถลดภาระการดูแลลงได้ (Cohen et al., 2009) ทำให้ผู้ดูแลรู้จักตนเอง และมีแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 ทักษะการสื่อสารในครอบครัว
2. ใบงานที่ 5/2 ทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบความรู้ที่ 5/1 การสื่อสารในครอบครัว
4. ใบความรู้ที่ 5/2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
5. ใบความรู้ที่ 5/3 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ
6. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง
2. ผู้วิจัยและสมาชิก แสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ” และ “การสื่อสารทางบวก” ในใบงานที่ 5/1 และ ใบงานที่ 5/2 และร่วมกันแสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ดังกล่าว
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารในครอบครัว ในหัวข้อความสำคัญของการสื่อสาร องค์ประกอบของการสื่อสาร การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ ตามใบความรู้ที่ 5/1

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ โดยให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้สมาชิกลองแสดงสถานการณ์จำลอง เรื่องการสื่อสารทางลบ การสื่อสารทางบวก พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ พบว่า สมาชิกในแต่ละครอบครัวส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

1. การพูดสื่อสารเพื่อให้คนในครอบครัวช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ
“ต้องให้ช่วยกันดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา และช่วยกันสังเกตอาการผู้ป่วย ช่วยกันพูดให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์จากการรับประทานยา ช่วยกันพูดให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน”
2. การพูดเพื่อสื่อสารให้เพื่อนบ้านช่วยเหลือ
“ต้องพูดให้เพื่อนบ้านเข้าใจว่าเขาเป็นผู้ป่วยทางจิต จะได้ไม่ถือสา และมีความเมตตาเห็นใจ ถ้าเขาปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม และช่วยบอกกล่าวถ้าเห็นผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยง”
3. การพูดเพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงตามเวลา
“ต้องพยายามพูดให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์จากการรับประทานยา อาการจะดีขึ้น สบายขึ้น ให้การรับประทานยาตรงตามเวลา เป็นกิจวัตรประจำวัน แล้วจะได้ไม่ต้องไปอยู่โรงพยาบาล ”
4. พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเรื่องการนอนไม่เป็นเวลา
“ พูดกับผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล ให้ผู้ป่วยทานยาก่อนนอนให้ตรงเวลาคือ 20.30 น. และนอนเวลา 21.00 น.”

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สรุปประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้เรื่องการสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ

กิจกรรมที่ 6 : การสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนทางสังคม

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้วิจัย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ช่วยกันค้นหาแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถ

1. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวได้

สาระสำคัญ

การสร้างเครือข่ายสังคมและระบบสนับสนุนด้วยการให้ความรู้ ข้อมูลพร้อมทั้งหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ดูแล เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้สามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีกา.รแนะนำให้ผู้รู้จักกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ส่งผลในการลดการละเลย (Hanzawa et al., 2010)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6/1 การสร้างระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม
2. ใบความรู้ที่ 6/1 ระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม
3. แบบวัดการดูแลผู้ป่วย
4. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การดำเนินกิจกรรม

1. ให้สมาชิกได้พูดคุยในประเด็นว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่ และให้สมาชิกทำใบงานที่ 6/1
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน ตามใบความรู้ที่ 6/1
3. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
4. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญจากการเข้าร่วมกิจกรรมและทำการประเมินผลการทดลอง
5. ให้ ผู้ดูแลและสมาชิกตอบแบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)
6. กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย และแจ้งยุติโครงการ

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ โดยให้สมาชิกได้บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน พบว่าหากสมาชิกมีปัญหาด้านสุขภาพ เจ็บป่วยไม่มากก็จะไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน หากมีภาวะฉุกเฉินก็เรียกรถฉุกเฉินจากโรงพยาบาลได้ ส่วนผู้สูงอายุก็จะไปขอความช่วยเหลือ ระเบียบยังชีพที่เขตเทศบาลที่ตนอาศัยอยู่ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ เวลาไม่สบายส่วนใหญ่ ก็จะไปเอายาที่อนามัยจะสะดวกหน่อย คนก็ไม่เยอะ ไม่เหมือนไปโรงพยาบาล เดี่ยวนี้เขามีหมอมาตรวจประจำ อาทิตย์ละ 1 วันแล้ว ”

“ตอนนี้ไม่มีรายได้อะไร ก็ได้เบียดชีพของผู้สูงอายุใช้ ไม่พอใช้หรือ บางที่คนข้างบ้าน เขาสงสาร เขาก็ให้กินบ้าง ตัวผู้ป่วยก็ไปรับจ้างล้างจาน คนเขาสงสารเขาก็จ้าง”

หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมเมื่อมีปัญหา และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน ได้แก่การติดต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย การไปพบแพทย์ตามนัด หรือเมื่อมีอาการฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือจากมูลนิธิ หรือ โทรสายด่วน สุขภาพจิต 1323, 1667 เป็นต้น

2.3 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันที ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทให้ตอบคำถามแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจากข้อคำถามในแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ และแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ในโปรแกรมบำบัดครอบครัว โดยแสดงผลการกำกับการทดลอง ดังตารางที่ 1, 2 และ 3

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว (n = 15)

| คนที่ | คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท | ร้อยละ |
|-------|---|--------|
| 1 | 24 | 80.00 |
| 2 | 28 | 93.33 |
| 3 | 29 | 96.66 |
| 4 | 30 | 100.00 |
| 5 | 28 | 93.33 |
| 6 | 27 | 90.00 |
| 7 | 28 | 93.33 |
| 8 | 30 | 100.00 |
| 9 | 28 | 93.33 |
| 10 | 27 | 90.00 |
| 11 | 30 | 100.00 |
| 12 | 30 | 100.00 |
| 13 | 25 | 83.33 |
| 14 | 25 | 83.33 |
| 15 | 25 | 83.33 |

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งจัดว่าหลังใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัว กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตารางที่ 2 คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัด
ครอบครัว (n = 15)

| คนที่ | คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล | ร้อยละ |
|-------|------------------------------------|--------|
| 1 | 27 | 81.81 |
| 2 | 33 | 100.00 |
| 3 | 28 | 84.84 |
| 4 | 29 | 87.87 |
| 5 | 33 | 100.00 |
| 6 | 33 | 100.00 |
| 7 | 31 | 93.93 |
| 8 | 30 | 90.90 |
| 9 | 29 | 87.87 |
| 10 | 27 | 81.81 |
| 11 | 29 | 87.87 |
| 12 | 28 | 84.84 |
| 13 | 30 | 10.00 |
| 14 | 28 | 84.84 |
| 15 | 27 | 81.81 |

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน
กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 33 คะแนน คิดเป็นร้อยละ
100 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 27 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 81.81 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมี
คะแนนเฉลี่ยผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัด
ครอบครัว (n = 15)

| คนที่ | คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท | ร้อยละ |
|-------|--|--------|
| 1 | 19 | 95.00 |
| 2 | 15 | 75.00 |
| 3 | 18 | 90.00 |
| 4 | 17 | 85.00 |
| 5 | 18 | 90.00 |
| 6 | 12 | 60.00 |
| 7 | 12 | 60.00 |
| 8 | 19 | 95.00 |
| 9 | 18 | 90.00 |
| 10 | 16 | 80.00 |
| 11 | 14 | 70.00 |
| 12 | 10 | 50.00 |
| 13 | 12 | 60.00 |
| 14 | 12 | 60.00 |
| 15 | 17 | 85.00 |

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 19 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 95 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 50 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 50 ขึ้นไป

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดครอบครัว ในสัปดาห์ที่ 4 โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test)

การรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 ภายหลังจากตอบคำถามตามแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมบำบัดครอบครัว เป็นรายครอบครัวที่บ้าน สัปดาห์ละครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 45 นาที จนครบ 3 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์

1.3 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดครอบครัวในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ และแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.4 ผู้วิจัยทำการประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสัปดาห์ที่ 4 โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินโครงการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์

2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนในการทดลองว่า จะมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) ในระหว่างนี้ กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลวิชาชีพประจำสถานีอนามัยในเครือข่ายโรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การรักษา การใช้ยาและอาการข้างเคียงของยาโดยการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์

2.3 เมื่อครบกำหนดการทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินภาระของผู้ดูแลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสัปดาห์ที่ 4 โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีก

ครั้ง(Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

2.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การขอรับรองจริยธรรม

ผู้วิจัยดำเนินการขอรับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย จากคณะกรรมการงานวิจัย โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ และได้รับการรับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย ในวันที่ 16 มีนาคม 2554 ดังเอกสารในภาคผนวก

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

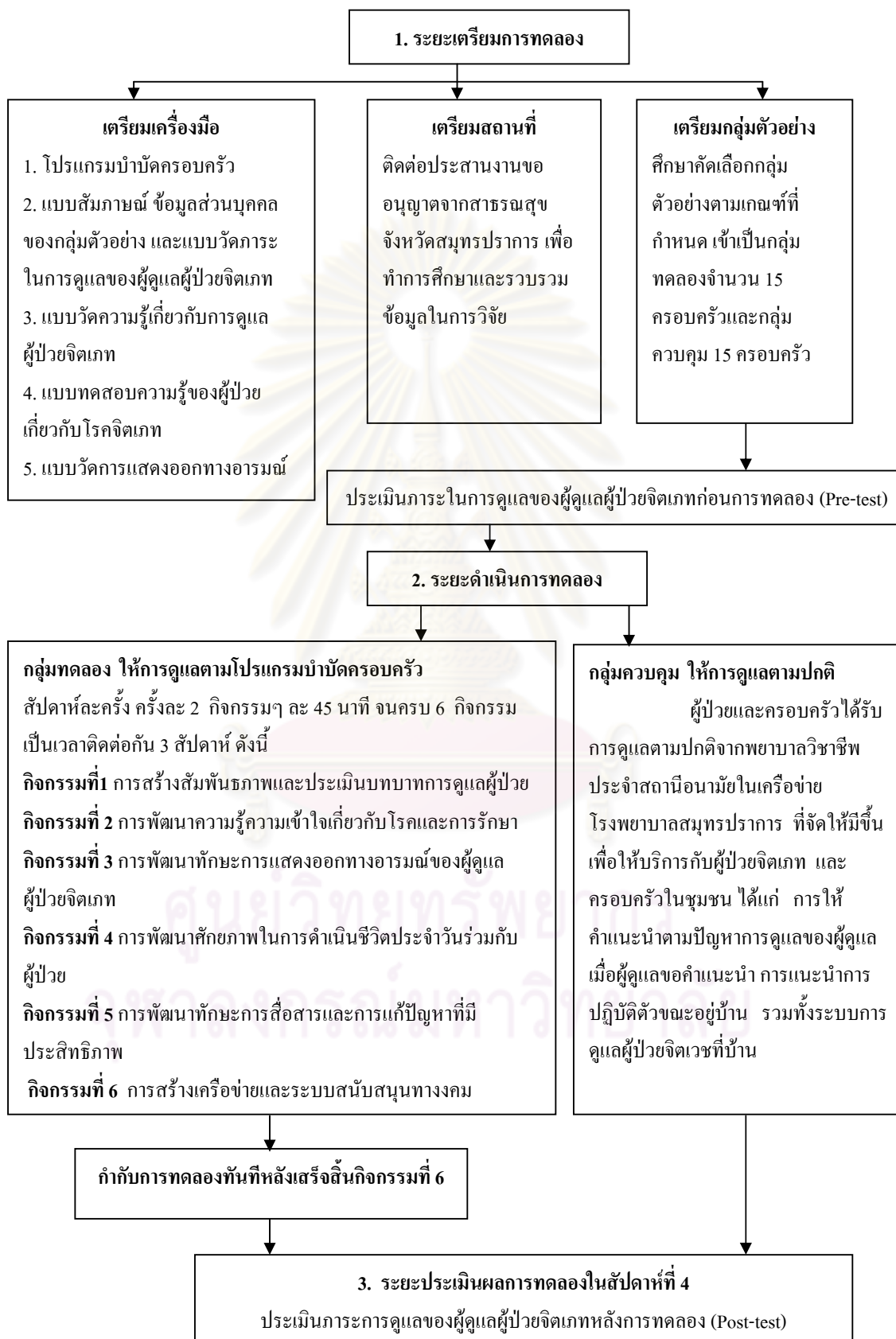
ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัย แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปผลของการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะแจ้งขอออกจากกรวิจัยก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมวิจัย และสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หากค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว และเปรียบเทียบการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานีนามัยในเครือข่ายโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 30 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช โดยวัดการในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม (The Pretest-Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะของผู้ดูแล

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา (n = 30)

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง (n = 15) | | กลุ่มควบคุม (n = 15) | | รวม (n = 30) | |
|------------------------|------------------------|--------|-------------------------|--------|-----------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| เพศ | | | | | | |
| ชาย | 3 | 20.00 | 4 | 26.67 | 7 | 23.33 |
| หญิง | 12 | 80.00 | 11 | 73.33 | 23 | 76.67 |
| อายุ | | | | | | |
| 31-40 ปี | 3 | 20.00 | 3 | 20.00 | 6 | 20.00 |
| 41-50 ปี | 2 | 13.33 | - | - | 2 | 6.67 |
| 51-60 ปี | 3 | 20.00 | 9 | 60.00 | 12 | 40.00 |
| มากกว่า 60 ปี | 7 | 46.67 | 3 | 20.00 | 10 | 33.33 |
| สถานภาพสมรส | | | | | | |
| โสด | 2 | 13.33 | 2 | 13.33 | 4 | 13.33 |
| คู่ | 10 | 66.67 | 10 | 66.67 | 20 | 66.67 |
| หม้าย | 1 | 6.67 | 2 | 13.33 | 3 | 10.00 |
| แยกกันอยู่ | 2 | 13.33 | 1 | 6.67 | 3 | 10.00 |
| ระดับการศึกษา | | | | | | |
| ไม่ได้เรียน | - | - | 2 | 13.33 | 2 | 6.67 |
| ประถมศึกษา | 10 | 66.67 | 5 | 33.33 | 15 | 50.00 |
| มัธยมศึกษา | 2 | 13.33 | 3 | 20.00 | 5 | 16.67 |
| อนุปริญญา | 1 | 6.67 | - | - | 1 | 3.33 |
| ปริญญาตรี | 1 | 6.67 | 5 | 33.33 | 6 | 20.00 |
| ปริญญาโท | 1 | 6.67 | - | - | 1 | 3.33 |

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 73.33 ตามลำดับ มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.00 และ 60.00 ตามลำดับ มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 20.00 มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67 เท่ากัน และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 33.33 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตาม อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 30)

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง (n = 15) | | กลุ่มควบคุม (n = 15) | | รวม (n = 30) | |
|-------------------------------------|------------------------|--------|-------------------------|--------|-----------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อาชีพ | | | | | | |
| ว่างงาน | 4 | 26.67 | 5 | 33.33 | 9 | 30.00 |
| รับจ้าง | 6 | 40.00 | 6 | 40.00 | 12 | 40.00 |
| ค้าขาย | 4 | 26.67 | 3 | 20.00 | 6 | 20.00 |
| อื่นๆ | 1 | 6.67 | 1 | 6.67 | 3 | 10.00 |
| ความเพียงพอของรายได้ | | | | | | |
| เพียงพอและเหลือเก็บ | 3 | 20.00 | 3 | 20.00 | 6 | 20.00 |
| เพียงพอกับรายจ่าย | 3 | 20.00 | 3 | 20.00 | 6 | 20.00 |
| ไม่เพียงพอกับรายจ่าย | 9 | 60.00 | 9 | 60.00 | 18 | 60.00 |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท | | | | | | |
| บิดาหรือมารดา | 7 | 46.67 | 5 | 33.33 | 12 | 40.00 |
| สามีหรือภรรยา | - | - | 3 | 20.00 | 3 | 10.00 |
| พี่หรือน้อง | 5 | 33.33 | 6 | 40.00 | 11 | 36.67 |
| บุตร | 1 | 6.67 | - | - | 1 | 3.33 |
| อื่นๆ | 2 | 13.33 | 1 | 6.67 | 3 | 10.00 |
| ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย | | | | | | |
| ต่ำกว่า 5 ปี | 3 | 20.00 | 3 | 20.00 | 6 | 20.00 |
| 5-10 ปี | 3 | 20.00 | 3 | 20.00 | 6 | 20.00 |
| มากกว่า 10 ปี | 9 | 60.00 | 9 | 60.00 | 18 | 60.00 |

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40.00 เท่ากัน รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 60.00 เท่ากัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 46.67 และ 33.33 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย มากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 เท่ากัน

ตอนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยรวมและรายด้าน

| คนที่ | คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน | | | | | | ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย ภาระโดยรวมและรายด้าน | | |
|-----------|---|-------|---------|--------------|---------|---------|--|-------|--------|
| | หลังการทดลอง | | | ก่อนการทดลอง | | | อัตรันัย | ปรนัย | รวม |
| | อัตรันัย | ปรนัย | รวม | อัตรันัย | ปรนัย | รวม | | | |
| 1 | 27 | 24 | 51 | 39 | 38 | 77 | -12 | -14 | -26 |
| 2 | 28 | 25 | 53 | 34 | 34 | 68 | -6 | -9 | -15 |
| 3 | 30 | 22 | 52 | 34 | 30 | 64 | -4 | -8 | -12 |
| 4 | 27 | 26 | 53 | 34 | 32 | 66 | -7 | -6 | -13 |
| 5 | 29 | 28 | 57 | 35 | 37 | 72 | -6 | -9 | -15 |
| 6 | 27 | 28 | 55 | 27 | 28 | 55 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | 30 | 38 | 68 | 37 | 49 | 86 | -7 | -11 | -18 |
| 8 | 35 | 38 | 73 | 42 | 44 | 86 | -7 | -6 | -13 |
| 9 | 30 | 24 | 54 | 37 | 33 | 70 | -7 | -9 | -16 |
| 10 | 29 | 33 | 62 | 40 | 49 | 89 | -11 | -16 | -27 |
| 11 | 28 | 23 | 51 | 28 | 41 | 69 | 0 | -18 | -18 |
| 12 | 20 | 17 | 37 | 47 | 44 | 91 | -27 | -27 | -54 |
| 13 | 29 | 23 | 52 | 40 | 26 | 66 | -11 | -3 | -14 |
| 14 | 20 | 15 | 35 | 34 | 27 | 61 | -14 | -12 | -26 |
| 15 | 36 | 32 | 68 | 36 | 31 | 67 | 0 | 1 | 1 |
| \bar{X} | 28.33 | 26.40 | 54.73 | 36.27 | 36.20 | 72.47 | -7.93 | -9.80 | -17.73 |
| ระดับ | น้อย | น้อย | ปานกลาง | ปานกลาง | ปานกลาง | ปานกลาง | ลดลง | ลดลง | ลดลง |

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตรันัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 72.47, 36.27 และ 36.20 ตามลำดับ และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตรันัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 54.73, 28.33 และ 26.40 ตามลำดับ และมี

ค่าเฉลี่ยผลต่างของภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย เท่ากับ -17.73, -7.93 และ -9.80 ตามลำดับ พบว่าภาวะการดูแลก่อนการทดลองโดยเฉลี่ยทั้งอัตนัยและปรนัยอยู่ที่ระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ที่ระดับน้อย และหลังการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะเชิงอัตนัยลดลงจำนวน 12 คน เท่าเดิมจำนวน 3 คน มีภาวะเชิงปรนัยลดลงจำนวน 13 คน เท่าเดิมจำนวน 1 คน เพิ่มขึ้นจำนวน 1 คน ภาวะโดยรวมลดลงจำนวน 13 คน เท่าเดิมจำนวน 1 คน เพิ่มขึ้นจำนวน 1 คน

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยรวมและรายด้าน

| คนที่ | คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน | | | | | | ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย ภาวะโดยรวมและรายด้าน | | |
|-----------|---|---------|-------|--------------|---------|-------|--|-----------|-----------|
| | หลังการทดลอง | | | ก่อนการทดลอง | | | อัตนัย | ปรนัย | รวม |
| | อัตนัย | ปรนัย | รวม | อัตนัย | ปรนัย | รวม | | | |
| 1 | 40 | 41 | 81 | 37 | 38 | 75 | 3 | 3 | 6 |
| 2 | 30 | 30 | 60 | 31 | 30 | 61 | -1 | 0 | -1 |
| 3 | 35 | 37 | 72 | 35 | 37 | 72 | 0 | 0 | 0 |
| 4 | 38 | 33 | 71 | 37 | 33 | 70 | 1 | 0 | 1 |
| 5 | 32 | 35 | 67 | 35 | 34 | 69 | -3 | 1 | -2 |
| 6 | 37 | 30 | 67 | 36 | 29 | 65 | 1 | 1 | 2 |
| 7 | 50 | 51 | 101 | 51 | 51 | 102 | -1 | 0 | -1 |
| 8 | 39 | 34 | 73 | 39 | 33 | 72 | 0 | 1 | 1 |
| 9 | 40 | 36 | 76 | 39 | 35 | 74 | 1 | 1 | 2 |
| 10 | 33 | 30 | 63 | 32 | 29 | 61 | 1 | 1 | 2 |
| 11 | 42 | 38 | 80 | 32 | 29 | 61 | 10 | 9 | 19 |
| 12 | 30 | 28 | 58 | 32 | 30 | 62 | -2 | -2 | -4 |
| 13 | 36 | 38 | 74 | 36 | 36 | 72 | 0 | 2 | 2 |
| 14 | 40 | 39 | 79 | 40 | 38 | 78 | 0 | 1 | 1 |
| 15 | 45 | 37 | 82 | 44 | 36 | 80 | 1 | 1 | 2 |
| \bar{X} | 37.80 | 35.80 | 73.60 | 37.07 | 34.53 | 71.60 | 0.73 | 1.27 | 2 |
| ระดับ | ปานกลาง | ปานกลาง | | ปานกลาง | ปานกลาง | | เพิ่มขึ้น | เพิ่มขึ้น | เพิ่มขึ้น |

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 71.60, 37.07 และ 34.53 ตามลำดับ และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 73.60, 37.80 และ 35.80 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยผลต่างของภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย เท่ากับ 2, 0.73 และ 1.27 ตามลำดับ พบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลโดยเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมทั้งภาระอัตนัยและปรนัยอยู่ที่ระดับปานกลางเท่ากัน หลังการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีภาระเชิงอัตนัยเพิ่มขึ้นจำนวน 7 คน ลดลงจำนวน 4 คน เท่าเดิมจำนวน 4 คน ภาระเชิงปรนัยเพิ่มขึ้นจำนวน 10 คน ลดลงจำนวน 1 คน เท่าเดิมจำนวน 4 คน ภาระโดยรวมเพิ่มขึ้นจำนวน 10 คน ลดลงจำนวน 4 คน เท่าเดิมจำนวน 1 คน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว

| ภาระการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน จำแนกตามระยะเวลา | คะแนนภาระการดูแลผู้ป่วย | | t | df | p-value |
|--|-------------------------|-------|------|----|---------|
| | \bar{X} | S.D. | | | |
| ภาระโดยรวม | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 72.47 | 10.90 | 5.34 | 14 | .00 |
| หลังการทดลอง | 54.73 | 10.34 | | | |
| ภาระเชิงอัตนัย | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 36.27 | 5.08 | 4.51 | 14 | .00 |
| หลังการทดลอง | 28.33 | 4.29 | | | |
| ภาระเชิงปรนัย | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 36.20 | 7.70 | 5.30 | 14 | .00 |
| หลังการทดลอง | 26.40 | 6.67 | | | |

จากตารางที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว ทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย หลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว ($\bar{X} = 54.73, 28.33$ และ 26.40 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว ($\bar{X} = 72.47, 36.27$ และ 36.20 ตามลำดับ)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ภาระการดูแลผู้ป่วยโดยรวม และรายด้านจำแนกตามกลุ่ม | ค่าเฉลี่ย ผลต่าง | t | df | p-value |
|---|---------------------|------|----|---------|
| ภาวะโดยรวม | | | | |
| กลุ่มทดลอง | -17.73 | 5.51 | 28 | .00 |
| กลุ่มควบคุม | 2 | | | |
| ภาวะเชิงอัตนัย | | | | |
| กลุ่มทดลอง | -7.93 | 4.52 | 28 | .00 |
| กลุ่มควบคุม | 0.73 | | | |
| ภาวะเชิงปรนัย | | | | |
| กลุ่มทดลอง | -9.80 | 5.67 | 28 | .00 |
| กลุ่มควบคุม | 1.27 | | | |

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = -17.73, -7.93$ และ -9.80 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 2, 0.73$ และ 1.27 ตามลำดับ)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ออกแบบการทดลองเป็นแบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว
2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่ำกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาลสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 30 ครอบครัว เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD 10 ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย มีอายุ 18-60 ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสาร ได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

สมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัว มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างจาก Power analysis (Cohen, 1988) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 90.77 โดยได้นำค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) เรื่องผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 14 ครอบครัว อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 15 ครอบครัว เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมบำบัดครอบครัวที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้การบำบัดครอบครัว (family Intervention) ของ Hegde et al. (2007) ซึ่งได้ศึกษาการบำบัดครอบครัว (Family Intervention) ที่มีลักษณะ การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้สุขภาพจิตศึกษา กิจกรรมการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยให้เข้าสู่การปฏิบัติเป็นประจำ การพัฒนาทักษะการจัดการลดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา บทบาทครอบครัว รวมถึงการเพิ่มระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ลดภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective Burden) ภาระเชิงปรนัย (Objective Berden) ได้ โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 3 ท่าน ประกอบด้วย กิจกรรม 6 กิจกรรม ดำเนินการในกลุ่ม ทดลอง 15 ครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินบทบาทในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 6 การสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนทางสังคม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่

ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงปรณัย และภาวะเชิงอัตนัย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .94

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ได้แก่

3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การคิดคะแนนโดยให้คะแนนข้อที่คำตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างดี ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82

3.2 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Sunpaweravong (2006) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ครอบคลุมองค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์ 5 องค์ประกอบ โดยแบ่งเป็นการแสดงออกทางด้านลบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป และการแสดงออกทางด้านบวก ได้แก่ การแสดงความชื่นชม และการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร ใช้วัดการ

แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 33 ข้อ แบ่งเป็นการแสดงอารมณ์ด้านลบ 20 ข้อ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก 13 ข้อ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .88

3.3 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเวชของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 20 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใด อย่างหนึ่ง คะแนนความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทค่อนข้างดี ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .85

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ และฝึกทักษะในเรื่องการบำบัดครอบครัว และศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร ตำราและงานวิจัย

1.2 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานีนามัช่วยประสานงานในการขออนุญาตจาก ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมการวิจัย

1.5 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ การแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชประจำสถานีนามยจัดให้มีขึ้น

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดครอบครัวในกลุ่มทดลอง เป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 6 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์

2.3 การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 วันที่

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดครอบครัวในสัปดาห์ที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัวมีการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้าน คือ ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 2

ดังนั้น จากผลการวิจัยนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมบำบัดครอบครัวมีผลทำให้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทลดลง

อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.67 มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีสถานภาพสมรส คู่คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 40.00 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.00 จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นหญิงมีสถานภาพสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น มารดา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรัก ความผูกพันของมารดา ที่คอยเป็นห่วงลูกเสมอ สำหรับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 10 ปีขึ้นไป ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และพบว่าญาติส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือ ญาติจะสงสาร ขอมอบรับ ให้ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย ที่สำคัญผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา จะมีทัศนคติที่ดีอดทน และเข้าใจผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Caqueo-Urizar et al. (2006) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาของผู้ป่วยจิตเภท และมีภาวะการดูแลสูงที่สุด เนื่องจากเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยทุกสิ่งทุกอย่าง ถึงแม้ว่าจะแบ่งงานไปให้ผู้อื่นแล้วก็ตาม ซึ่งภาวะการดูแลที่สูงนี้จะส่งผลกระทบต่อทางลบในทุกด้านของชีวิตผู้ดูแล

จากการทดลอง พบว่า มีครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัว ร่วมด้วย จำนวน 6 ครอบครัว ครอบครัวที่ไม่มีสมาชิกร่วมด้วย จำนวน 8 ครอบครัว เนื่องจากสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ออกไปประกอบอาชีพ และมีเวลาว่างไม่แน่นอน เช่น ทำงานโรงงานอุตสาหกรรม ทำงานเป็นบ้าย ดึก เวลาส่วนใหญ่จะใช้ในการเดินทางเนื่องจากสภาพการจราจร และอยู่ที่ทำงาน จะไม่ค่อยมีเวลาอยู่บ้านมากนัก จะมีเฉพาะผู้ดูแลที่อยู่กับผู้ป่วยจิตเภท หรือบางครอบครัวผู้ดูแลเองก็ทำงานโรงงานอุตสาหกรรม จากการทดลองพบปัญหา คือ 1) ผู้ป่วยบางรายขาดการรับประทานยาต่อเนื่อง และมีอาการกำเริบรุนแรง เป็นครั้งคราว 2) ผู้ป่วยบางรายมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น เดินตัวแข็ง น้ำลายไหล มีอัสมัน ทำให้ไม่ยอมรับประทานยา 3) ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่อาบน้ำชำระร่างกาย หลายๆ วัน บางรายเรียกร้องความสนใจด้วยการไม่ใส่เสื้อผ้า และ

ถ่ายไม่เป็นที่ 4) ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ คือการแยกตัว ไม่ค่อยพูดคุย นอนทั้งวัน 5) ผู้ป่วยไม่ช่วยเหลืองานในครอบครัว ผู้ดูแลมักจะมองว่าอยากให้ผู้ป่วยอยู่เฉยๆ มากกว่า 6) ผู้ป่วยบางรายคิดเครื่องตุ้มบำรุงกำลังบางยี่ห้อ 7) มีปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์สูงในบางครอบครัว เนื่องจากสมาชิกครอบครัวไม่เข้าใจภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย มองว่าผู้ป่วยไม่ช่วยทำงานหาเงิน และชอบทำตัวมีปัญหา ไม่ช่วยทำงานบ้าน เกิดการทะเลาะกันบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยสมาชิกและผู้ดูแลมีความคับข้องใจและความเครียด 8) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย และมีภาระจากค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมิตตะ (2541) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมักไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากครอบครัว ทำให้เป็นภาระที่หนักใจของครอบครัว ผู้ป่วยมักแยกตัว ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น มีปัญหาความคับข้องใจในครอบครัว และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดภาระการดูแลเพิ่มขึ้นในด้านค่าใช้จ่ายส่วนตัว และค่ารักษาอื่นๆ จากการศึกษาของ มารศรี ปาณีวัตร (2548) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน คือ เรื่องการแยกตัว ไม่ช่วยเหลืองานในครอบครัว ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ในเรื่องการรับประทานยา เกิดความเครียดเนื่องจากสังคมและชุมชนไม่ยอมรับ ญาติตำหนิ และไม่ได้ประกอบอาชีพ และจากการศึกษาของ เพ็ญประภา มะลาไวย์ (2550) สรุปว่า ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทคือ อาการกำเริบซ้ำ การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย การไม่รู้และไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการใช้สารเสพติด

อภิปรายได้ว่า กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมบำบัดครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดของ Hegde, Rao & Raguram (2007) ส่งผลให้ลดภาระการดูแลเชิงอัตนัย (Subjective Burden) ภาระเชิงปรนัย (Objective Berden) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและประเมินบทบาทในการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วย ผู้ดูแล สมาชิกและผู้วิจัยมีการพูดคุย แสดงความคิดเห็นร่วมกัน เกิดความไว้วางใจ และเห็นใจกันมากขึ้น ยอมรับคำแนะนำ และเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม มีทัศนคติและกำลังใจที่ดี สัมพันธภาพดีขึ้น ผู้ดูแลและสมาชิกตอบสนองความต้องการ และเข้าใจบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีขึ้น ความรู้สึกเป็นภาระลดลง

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา พบว่าผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี ทำให้ลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Magliano & Fiorillo (2007) ที่ว่าการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการ

รักษา ด้วยการให้ความรู้ ทั้งสาเหตุ อาการ การรักษา ยาและผลข้างเคียงของยา จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจ ส่งผลกระทบเชิงบวกต่ออาการของผู้ป่วยและลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย และมีความพึงพอใจ โดยเฉพาะการฝึกการนวด เพื่อคลายเครียด บรรยากาศภายในครอบครัวเกิดการผ่อนคลาย และมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด ทำให้ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยได้ เกิดความรู้สึกเป็นภาระลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wuerker et al. (2001) พบว่าคนที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำกว่า จะสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นได้ และในคนที่แสดงอารมณ์สูงจะมีรูปแบบการควบคุมที่แข็งแกร่งไม่ยืดหยุ่น ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันตึงเครียดในครอบครัว และรู้สึกหมองเหม็นกัน

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลและสมาชิกมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม และมีความมั่นใจ มีแนวทางที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท มีการจัดการกับอาการของโรคและการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยได้ดีขึ้น มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ลดภาระการดูแลผู้ป่วยลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทูลภา บุญผาสังข์ (2545) ที่ว่าในผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลต่อการลดภาระเชิงประนัยได้

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ พบว่าผู้ป่วยผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความมั่นใจในการสื่อสารและความเข้าใจถึงอาการผิดปกติ มีความสนใจและเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยได้มากขึ้น รวมทั้งมีความเข้าใจแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ส่งผลให้ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen et al. (2009) พบว่าความมั่นใจในการสื่อสารสามารถลดภาระการดูแลลงได้ ส่งผลให้ลดอัตราการป่วยซ้ำได้

กิจกรรมที่ 6 การสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว รับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม บอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ เกิดความรู้สึกมั่นคง และมั่นใจเมื่อต้องการขอความช่วยเหลือ ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hanzawa et al. (2010) ที่ว่าภาระการดูแลผู้ป่วยลดลงเมื่อสมาชิกครอบครัวมีทัศนคติทางบวกกับผู้ป่วย มีการสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ในการทดลองนี้ผู้วิจัยไม่สามารถใช้ VDO ในโปรแกรมได้เนื่องจากลักษณะครอบครัวและสภาพบ้านของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ไม่สะดวกในการดำเนินการดังกล่าว จากการทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองภาระการดูแลก่อนการทดลองโดยเฉลี่ยทั้งอัตโนมัติและปรนัยอยู่ที่ระดับปานกลาง หลังการทดลองอยู่ที่ระดับน้อย อธิบายได้ว่าโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทในชุมชน ส่งผลให้ลดภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีภาระเชิงอัตนัยลดลงจำนวน 12 คน เท่าเดิมจำนวน 3 คน ซึ่งส่วนใหญ่มีภาระเชิงอัตนัยลดลง ในครอบครัวที่มีภาระเชิงอัตนัยเท่าเดิม อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลรู้สึกเครียดจากการที่ผู้ป่วยไม่ทำกิจวัตรประจำวัน มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว จึงรู้สึกว่าเป็นภาระมาก ด้านภาระเชิงปรนัยลดลงจำนวน 13 คน เท่าเดิมจำนวน 1 คน เพิ่มขึ้นจำนวน 1 คน ซึ่งภาระเชิงปรนัยส่วนใหญ่ลดลง ในครอบครัวที่ภาระเท่าเดิมเนื่องผู้ดูแลมีภาระมากและมีปัญหาด้านสุขภาพจากการดูแลผู้ป่วยและไม่สามารถปรับตัวได้ กรณีที่ภาระเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีปัญหาจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้เป็นญาติสายตรง ทำให้ครอบครัวของผู้ดูแลไม่ยอมรับผู้ป่วย ส่วนครอบครัวที่มีภาระเชิงปรนัยเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลมีภาวะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยสรุปพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมลดลงจำนวน 13 คน เท่าเดิมจำนวน 1 คน เพิ่มขึ้นจำนวน 1 คน

ในกลุ่มควบคุมพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองโดยเฉลี่ยทั้งภาระอัตนัยและปรนัยอยู่ที่ระดับปานกลางเท่ากัน หลังการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีภาระเชิงอัตนัยเพิ่มขึ้นจำนวน 7 คน ลดลงจำนวน 4 คน เท่าเดิมจำนวน 4 คน ภาระเชิงปรนัยเพิ่มขึ้นจำนวน 10 คน ลดลงจำนวน 1 คน เท่าเดิมจำนวน 4 คน ภาระโดยรวมเพิ่มขึ้นจำนวน 10 คน ลดลงจำนวน 4 คน เท่าเดิมจำนวน 1 คน โดยที่คะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่เพิ่มขึ้น หรือลดลงเล็กน้อยเท่านั้น สามารถอธิบายได้ว่าผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ มีรูปแบบไม่ชัดเจนในการให้คำแนะนำ อาจทำให้ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือไม่ครอบคลุม อีกประการหนึ่งผู้ดูแลไม่ได้รับการบำบัดจากกิจกรรมลดความเครียดและลดการแสดงออกทางอารมณ์ รวมทั้งกิจกรรมอื่นๆ เหมือนกับในกลุ่มทดลอง ทำให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุมโดยส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันมากนัก ทั้งก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมบำบัดครอบครัว สำหรับเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชน โดยสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสม เช่น ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม การปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจกรรมตามลักษณะชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและ

สมาชิกในครอบครัว เช่น การดำเนินกิจกรรมในวันหยุด หรือในช่วงเย็นของวันธรรมดา เนื่องจากผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวบางรายต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เป็นต้น

2. สามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยอื่นๆได้ ตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวในแต่ละกลุ่ม และควรได้มีการส่งเสริมให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อติดตามอาการ และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สม่่าเสมอ ไม่เกิดการขาดยาและอาการกำเริบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชนเพื่อเป็นการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเป็นระยะๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลที่ไม่สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะหรือปัญหาของผู้ป่วยน้อยลง โดยการติดตามไปประเมินผลที่บ้านในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วย และผู้ดูแลแต่ละครอบครัว และมีการติดตามในครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแล้ว ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ เช่น การทำกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคอง เป็นต้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัลยาณี โนนินทร์. (2542). การดำเนินสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาธารณสุข,กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2541). เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
- สาธารณสุข,กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2549). รายงานสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช. ประเทศไทย.
- สาธารณสุข,กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2550). เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไกรวรรณ เจริญกุล. (2539). การจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 4(3): 167-178.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึทางอารมณ์และความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 14(2): 30-39
- จอม สุวรรณ โน. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลศาสตร์ 7(3): 147-154
- จูไรรัตน์ มิตรทองแท้. (2532) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549) ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดรุณี คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นมิตา ล. สกุณ. (2544). ภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอ็ดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นีสากร แก้วพิลา. (2545). ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญประภา มะลาไวย์. (2550). การพัฒนาโครงการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2544). ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. เอกสารประกอบการบรรยายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วย

- จิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9(3): 113-127.
- มารศรี ปาณีวัตร (2548). บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2546). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์ศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทิมงคล. (2538). ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: วิเคราะห์รายงานการวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล 1: 19-26.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามธิบดีพยาบาลสาร 1: 84-94.
- รจนา ปุณโณทก. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิวัฒน์ ยถาภูชานานท์และคนอื่นๆ. (2536). ต้นทุนโรคจิตเภทและโรคประสาทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลขอนแก่น. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วรภข นิธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล (2544). อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล (2548). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สกวรัตน์ ภูผา. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย

- จิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมคิด ตีร์รักกี. (2545). **ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพร จึงรุ่งเรืองกิจ. (2546). **พยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท.** ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 13(4): 76-85.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). **ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). **การพยาบาลจิตเวช.** พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). **ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัย. (2545). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** กรุงเทพมหานคร: ดำนสุทธาการพิมพ์.
- อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัย. (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวณิชชัย และ พีรพันธ์ ลีอนุชวณิชชัย. (2553). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลสจำกัด.
- อนงก สุภีรนนท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และบุปผารัตน พัวพันประเสริฐ. (2550). **ต้นทุนบริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต .** กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาษาอังกฤษ

- Absalom, V., McGovern, J., Gooding, P. A., and Tarrier, N. (2010). An assessment of patient need for family intervention in forensic services and staff skill in implementing family interventions. **Journal of Forensic Psychiatry and Psychology** 21(3): 350 - 365.
- Adamac, C. (1996). **How to live with mentally ill person.** New York: John Wiley and Sons.
- Addington, J., McCleery, A., and Addington, D. (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. **Schizophrenia Research** 79(1): 107-116.

- Amy N. Cohen, S. M. G., Alison B. Hamilton and Alexander S. Young. (2009). Implementation of a Family Intervention for Individuals with Schizophrenia. **Journal of General Internal Medicine** 25(1): 32-37.
- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Awad, A. G., and Voruganti, L. N. P. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: **A review. PharmacoEconomics** 26(2): 149-162.
- Baker, A.F. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit How Families Cope. **Journal of Psychosocial Nursing** 27: 31-35.
- Boyd. M.A. (2005). **Psychiatric nursing contemporary practice**. Philadelphia : Lippincott Williams wilkins.
- Brown, G. W., Birley, J. L., and Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. **British Journal of Psychiatry** 121(562): 241-258.
- Bull, M.J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. **Western Journal of Nursing Research** 12(6): 758-776.
- Burn, N. and Grove, S. K. (2005). **The Practice of Nursing Research : Conduct, Critique and Utilization**. 5th ed. Philadelphia : W.B. Saunder.
- Caqueo-Urizar, A., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden of Care in Families of Patients with Schizophrenia. **Quality of Life Research** 15(4): 719-724.
- Chien, W.-T., Norman, I., and Thompson, D. R. (2004). A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. **International Journal of Nursing Studies** 41(6): 637-649.
- Cook J.A., Lefley, H.P., Pickett, S.A. and Cohler, B.J. (1994). Age and family burden among Parents of offspring with severe mental illness. **American Journal Orthopsychiatric** 64: 435-477.
- Deborah A. Perlick, R. A. R., Richard Kaczynski, Marvin S. Swartz, José M. Cañive and Jeffrey A. Lieberman. (2006). Components and Correlates of Family Burden in Schizophrenia **Psychiatric Services** 57: 1117-1125.
- Department of Health (DOH, 1999). **National service framework for mental health: Modern**

standards and service models. London: HMSO.

- Department of Health (DOH, 2002). **Mental health policy implementation guide. Nation minimum standards for general acute adult services in psychiatric intensive care units (PICU and low secure environments.** London: The Stationary Office.
- Doornbos, M. M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. **Arch Psychiatr Nurs**, 16(1): 39-46.
- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. **Archives of Psychiatric Nursing** 9(2): 77-84.
- Elloit, D.P. (1998). Caregiver issues in patients with dementia. **Journal of the American Society of Consultant Pharmacists** 13(Supplement 11A): 11A1-11A8.
- Fadden, G., Bebbington, P. and Kuipers, L. (1987). The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's families. **British Journal of Psychiatry** 158: 285-292.
- Ganguly, K. K. C., R. K. Singh, T. B. (2010). Caregiver Burden and Coping in Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Qualitative Study. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation** 13(2): 126 - 142.
- Grandón, P., Jenaro, C., and Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. **Psychiatry Research** 158(3): 335-343.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Úrizar, A., and Kavanagh, D. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** 40(11): 899-904.
- Hanzawa, S., Bae, J. K., Tanaka, H., Bae, Y. J., Tanaka, G., Inadomi, H. et al. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. **Psychiatry and Clinical Neurosciences** 64(4): 377-386.
- Hegde S, Rao S L, and Raguram A. (2007). Integrated Psychological Intervention for Schizophrenia. **International Journal of Psychosocial Rehabilitation** 11(2): 5-18.
- Herz , M.I., Glazer, W.M., Mostert, M. and Hafex. (1989). Treating prodromal episodes to prevent relapse in schizophrenia. **British Journal of Psychiatry** 155(Supplement 15): 123-127.
- Hobbs, T.R. (1997). Depression in the caregiver mothers of adult schizophrenics: A test of a resource deteriora model. **Community Mental Health Journal** 33: 387-398.
- Horowitz, A.V. and Reinhard, S.D. (1995). Ethnic difference in caregiving duties and burdens among parents and sibling of persons with severe mental illness. **Journal of Health**

- and Social Behavior** 36(6): 138-150.
- Hou, S. Y., Ke, C. L. K., Su, Y. C., Lung, F. W., and Huang, C. J. (2008). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. **Psychiatry and Clinical Neurosciences** 62(5): 508-514.
- Ip, G.S.H. and Mackenzie, A.E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The Experiences of Family Cares in Hong Kong. **Archives Psychiatric Nursing** 12(5): 288-294.
- Jones, S.L. (1996). The association between objective and subjective caregiver burden. **Archives Psychiatric Nursing** 10(2): 77-84.
- Kasuya, T.R. (2000). Caregiver burden and burnout: A guide for primary care physicians. **Postgraduate Medicine** 108(7): 23-26.
- Kuipers, E. (2006). Family interventions in schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. **Journal of Family Therapy** 28(1): 73-80.
- Lataster, T., Collip, D., Lardinois, M., Van Os, J., and Myin-Germeys, I. (2010). Evidence for a familial correlation between increased reactivity to stress and positive psychotic symptoms. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 122(5): 395-404.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984). **Stress, Appraisal and Coping**. New York: Springer.
- Lefley, H.P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. **Hospital and Community Psychiatry** 38(10): 1063-1070.
- Lim, Y.M. and Ahn, YH. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. **Applied Nursing Research** 16(2): 110-117.
- Loukissa, D.A. (1995). Family burden in chronic mental illness of mental health professionals. **Journal of Nervous and Mental Disease** 175: 613-619.
- Macleod, S. H., Elliott, L., and Brown, R. (2011). What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. **International Journal of Nursing Studies** 48(1): 100-120.
- Magliano, L., and Fiorillo, A. (2007). Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: From explanatory to pragmatic trials. **Epidemiologia e Psichiatria Sociale** 16(1): 22-34.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Maj, M., and the National Mental Health Project Working, G. (2006). Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases:

preliminary results from an Italian national study. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 113: 60-63.

- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., and Maj, M. (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. **Social Science and Medicine** 61(2): 313-322.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa, C., and Maj, M. (2006). Social network in long-term diseases: A comparative study in relatives of persons with schizophrenia and physical illnesses versus a sample from the general population. **Social Science and Medicine** 62(6): 1392-1402.
- Marsh, D. and Johnson, D. (1997). The family experience of mental illness: Implication for intervention. **Professional Psychology: Research and Practice** 28(7): 229-237.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2005). Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience** 255(4): 223-231.
- Montero, I., Asencio, A., Hernández, I., Masanet, M. J., Lacruz, M., Bellver, F. et al. (2001). Two Strategies for Family Intervention in Schizophrenia: A Randomized Trial in a Mediterranean Environment. **Schizophrenia Bulletin** 27(4): 661-670.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G. and Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. **Family Relations** 34(4): 19-26.
- Mohr, W.K. (2000). Partnering with Families. **Journal of Psychosocial Nursing** 38(1) : 15 - 21
- Murphy, N. (2007). Development of family interventions: a 9 - month pilot study. **British Journal of Nursing**, 16(15): 948-952.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2003). **Schizophrenia: Full national clinical guidelines on core interventions in primary and secondary care**. London: Gaskell Press.
- NHS Center for Reviews and Dissemination. Psychosocial interventions for schizophrenia. **Effective Health Care** 2000 6(3): 1-8.
- Oberst, M.T. (1991). **Caregiving burden scale**. Unpublished manuscript, University of Wisconsin Madison.
- Orem, D.E. (1985). **Nursing: Concepts of Practice**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- Parker, B.A. (1993). Living with Mental Illness: The Family as Caregiver. **Journal of Psychosocial**

- Nursing** 31(3): 19-21.
- Pender, N.J. (1987). Health promotion in nursing practice. 2nd California: Appleton and Lange.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Kaczynski, R., Swartz, M. S., Cañive, J. M., and Lieberman, J. AC. (2006). components and correlates of family burden in schizophrenia. **Psychiatric Services** 57(8): 1117-1125.
- Pharoah F, M. J., Rathbone J and Wong W. (2010). Family intervention for schizophrenia. **The Cochrane Database of Systematic Reviews** 2010 (9).
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., and Engel, R. R. (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia--A Meta-analysis. **Schizophrenia Bulletin** 27(1): 73-92.
- Provencher, H.L. (1996). Objective burden among primary caregivers of person with chronic schizophrenia. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 3: 181-187.
- Provencher, H. L., and Mueser, K. T. (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. **Schizophrenia Research** 26(1): 71-80.
- Raj, L, Kulhara, P., and Avasthi, A.(1991). Social burden of positive and negative schizophrenia. **The International Journal of Social Psychiatry** 37: 242 – 250.
- Raune, D., Kuipers, E., and Bebbington, P. E. (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. **The British Journal of Psychiatry** 184(4): 321-326.
- Rössler, W., Joachim Salize, H., Van Os, J., and Riecher-Rössler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. **European Neuropsychopharmacology** 15(4): 399-409.
- Sadock, J. B. a. S., A.V (2005). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins
- Sadock, J. B. a. S., A.V (2007). **Concise Textbook of Clinical Psychiatry**. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins
- Salleh, M.R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. **Acta Psychiatrica Scandinavia** 89: 229-305.

- Song, Li-Yu, Biegel, D.E. and Milligan, S.E. (1997). Predictors of depressive symptomatology Among lower social class caregivers of person with chronic mental illness. **Community Mental Health Journal** 33: 266-269.
- Solomon, P. (2000). Interventions for Families of Individuals with Schizophrenia: Maximising Outcomes for their Relatives. **Disease Management and Health Outcomes** 8(4).
- Streiner, D. L., and Norman, G. R. (2008). **Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use**: Oxford University Press.
- Thomson, E.H. and Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. **Family Relation** 31: 379-388.
- Vitaliano, P.P. et al. (1991). The screen for caregiver burden. **Gerontological** 31(1): 76-83.
- Wai-Tong, C., Chan, S. W. C., and Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. [Article]. **Journal of Clinical Nursing** 16(6): 1151-1161.
- Wuerker, A. K., Haas, G. L., and Bellack, A. S. (2001). Interpersonal Control and Expressed Emotion in Families of Persons With Schizophrenia: Change Over Time. **Schizophrenia Bulletin** 27(4): 671-685.
- Yeh, L.-L., Hwu, H.-G., Chen, C.-H., Chen, C.-H., and Wu, A. C. C. (2008). Factors Related to Perceived Needs of Primary Caregivers of Patients with Schizophrenia. **Journal of the Formosan Medical Association** 107(8): 644-652.
- Zheng Li, D. G. A. (2006). An education intervention for families of people with schizophrenia in China : Development and evaluation. **Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Service** 44(2): 38-47.



ภาคผนวก

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายแพทย์นรวิรุฬห์ พุ่มจันทร์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. นางดวงตา กุศลรัตนญาณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3. นางเอื้ออารีย์ สาลิกา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าตึกเฟื่องฟ้า สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
4. อาจารย์ ดร. กนกอร ชาวเวียง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี
5. นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
รายนามผู้ช่วยวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ช่วยวิจัย

1. นางพัชรี ปัญจะโรทัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานีอนามัยตำบลดาวเรือง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี
2. นางสาวเกสรี่ เลิศประไพ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมุทรปราการ
3. นางสาวสิริรุ่ง ทับทิม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ศูนย์สาธารณสุขชุมชนพุทธรักษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ



ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) คำนวณโดยใช้สูตร ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2544)

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

1. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม

$$CVI = \frac{24}{24} = 1$$

2. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงอัตนัย

$$CVI = \frac{12}{12} = 1$$

3. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงปรนัย

$$CVI = \frac{12}{12} = 1$$

4. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

$$CVI = \frac{29}{30} = .97$$

5. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

$$CVI = \frac{20}{20} = 1$$

6. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์

$$CVI = \frac{32}{33} = .97$$

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

ส่วนที่ 1 โปรแกรมบำบัดครอบครัว

- ตัวอย่างใบงานในโปรแกรมบำบัดครอบครัว

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

การดำเนินโปรแกรมบำบัดครอบครัว

กิจกรรมการบำบัดครอบครัวครั้งที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพ และประเมินบทบาท ในการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและบทบาทของผู้ดูแล รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท
5. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกเกิดแรงจูงใจและความร่วมมือ ในการเข้าร่วม

กิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ บทบาทในครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้
2. ปรับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท
3. มีแรงจูงใจ มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วถามถึงเรื่องลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะบทบาทของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจ เป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/1 แนะนำโครงการ
2. ใบงานที่ 1/1 ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว
3. ใบงานที่ 1/2 ปัญหาที่พบในครอบครัว
4. ใบงานที่ 1/3 ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
5. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการดำเนินกิจกรรมการบำบัดครอบครัวครั้งที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพ และประเมินบทบาท ในการดูแลผู้ป่วย

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | สื่อการสอน | เกณฑ์การประเมินผล |
|--|--|--|------------------------------------|--|
| 1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย จิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว | การสร้างสัมพันธภาพ กับครอบครัว คือ การที่ผู้วิจัยพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว | 1. ผู้วิจัยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกโดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส อ่อนน้อม จริงใจ และเปิดเผย แสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง | - ใบความรู้ที่ 1/1 แนะนำโครงการ | 1. สมาชิกเกิดความไว้วางใจ โดยเปิดเผยตนเอง และเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว |
| 2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึง..... | ..... | 2. พุจฉวยสร้างสัมพันธภาพโดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ | | 2..... |
| ..... | ..... | 3. .... |  | ..... |

แผนการดำเนินโปรแกรมบำบัดครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 : การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จิตเภทและการรักษา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาโรคจิตเภท
2. เพื่อให้ผู้ป่วยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
3. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว สามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

- หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถ
1. บอกความหมาย สาเหตุ อาการและการรักษาของ โรคจิตเภทได้
 2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตและวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้
 3. อภิปรายเรื่องโรคจิตเภทและการรักษา ร่วมกับผู้วิจัย

สาระสำคัญ

การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็น กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา วิธีการบริหารจัดการเรื่องยาและอาการข้างเคียงส่งผลกระทบต่ออาการของผู้ป่วยและลดภาระการดูแลของผู้ดูแลได้ (Magliano and Fiorillo, 2007) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความ กระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการ รักษาและเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการ ดูแล ส่งผลให้มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 ความหมาย สาเหตุ และอาการของโรคจิตเภท
2. ใบงานที่ 2/2 การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบงานที่ 2/3 การรักษาโรคจิตเภท
4. ใบงานที่ 2/4 การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
5. ใบงานที่ 2/5 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
6. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
7. ใบความรู้ที่ 2/2 ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต
8. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
9. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
10. แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท
11. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น
ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการดำเนินกิจกรรมที่ 2 : การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | สื่อการสอน | เกณฑ์การประเมินผล |
|---|---|---|--|---|
| 1. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท | 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท 1.3 อาการของโรคจิตเภท - กลุ่มอาการด้านบวก - กลุ่มอาการด้านลบ 1.4..... 1.5 | 1. ผู้วิจัยและสมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ 2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Pre-test) 3. 4. 5. 6..... | - ใบงานที่ 2/1 ความหมาย สาเหตุ และอาการของโรคจิตเภท - ใบงานที่ 2/2 การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท - ใบงานที่ 2/3 การรักษาโรคจิตเภท - ใบงานที่ 2/4... | 1.ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว สามารถบอกสาเหตุ อาการ และการรักษาของโรคจิตเภทได้ 2.ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้คะแนนแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Post-test) อย่างน้อยร้อยละ 80 3..... |

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การดำเนินโปรแกรมบำบัดครอบครัว

กิจกรรมที่ 3 : การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีได้พัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก และทราบถึงผลกระทบที่เกิดจากการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเภท

2. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้ฝึกทักษะวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยความเข้าใจ และมีการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย ด้วยท่าทางเป็นมิตร และสามารถควบคุมอารมณ์ได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ดูแลและสมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ด้านลบ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นได้

2. บอกปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์ได้

3. อธิบายถึงการเกิดความเครียดและวิธีผ่อนคลายความเครียดได้

สาระสำคัญ

การพัฒนาการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการฝึกทักษะการลดการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยทั้งภาษาพูดและท่าทาง สอนวิธีผ่อนคลายและการเผชิญความเครียดอย่างถูกต้อง การทดแทนความเครียดความวิตกกังวล การวิพากษ์ วิจารณ์ด้วยความสงบและอดทน เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและสามารถเลือกใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การจัดการกับความเศร้าและความรู้สึกสูญเสีย จากการศึกษาพบว่า การลดการแสดงออกทางอารมณ์ (Solomon, 2000; Pharoah et al., 2010) การทดแทนความเครียดความวิตกกังวล การวิพากษ์ วิจารณ์ด้วยความสงบและอดทน (NICE, 2003 cited in Kuipers, 2006) จะส่งผลให้ลดภาวะการดูแลผู้ป่วยได้ ดังการศึกษาของ (Wuerker et al. 2001) พบว่าคนที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำกว่า จะสามารถเพิ่มความยืดหยุ่นได้ และใน

คนที่แสดงอารมณ์สูงจะมีรูปแบบการควบคุมที่แข็งแกร่งไม่ยืดหยุ่นทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดี
เครียดในครอบครัว สมาชิกครอบครัวรู้สึกทรมานเมื่อกันและติดต่อกันน้อยลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 การแสดงออกทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบงานที่ 3/2 ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์
3. ใบงานที่ 3/3 ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ใบความรู้ที่ 3/1 การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. ใบความรู้ที่ 3/2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภท

6. ใบความรู้ที่ 3/3 การจัดการกับความเครียด
7. ใบความรู้ที่ 3/4 การผ่อนคลายความเครียด
8. แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์
9. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น
ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง การดำเนินกิจกรรมที่ 3 : การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | สื่อการสอน | เกณฑ์การประเมินผล |
|---|---|---|---|--|
| 1.เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้พัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกและทราบถึงผลกระทบที่เกิดจากการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบต่อผู้ป่วยจิตเภท | 1. ความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1.1 ความหมายของการแสดงออกทางอารมณ์ 1.2 1.3 | 1. ผู้วิจัย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์การแสดงออกทางอารมณ์ 2. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1, 3/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว 3. | ใบงานที่ 3/1 การแสดงออกทางอารมณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใบงานที่ 3/2 ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์..... | 1.ผู้ดูแลและสมาชิกบอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกด้านลบ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ 2..... |
| 2..... | | | | |

การดำเนินโปรแกรมบำบัดครอบครัว

กิจกรรมที่ 4 : การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยระหว่างผู้วิจัย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ร่วมแสดงความคิดเห็นการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย
2. ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว อธิบายถึงการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย ที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของตนเองได้

สาระสำคัญ

การพัฒนาศักยภาพการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย ด้วยการฝึกทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย จะส่งผลให้เกิดการจัดการกับอาการของโรคและการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยได้ดี เป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย พบว่าในผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลสูง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลต่อการลดภาระเชิงประจักษ์ได้ (ตุลภา นุปผาสังข์, 2545)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 ประสพการณ์การดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบความรู้ที่ 4/1 การดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยและความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบความรู้ที่ 4/2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยหรือภาระจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการดำเนินกิจกรรมที่ 4 : การพัฒนาศักยภาพการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | สื่อการสอน | เกณฑ์การประเมินผล |
|--|---|---|---|---|
| 1. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นในเรื่องการ พัฒนาศักยภาพการดำเนิน ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างผู้วิจัย ผู้ดูแลและ สมาชิกในครอบครัว | -การพัฒนาศักยภาพการดำเนิน ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย จะส่งผลให้ เกิดการจัดการกับอาการของ โรคและการบริหารยาสำหรับ ผู้ป่วยพบว่าในผู้ดูแลที่มี | 1. ผู้วิจัย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกในเรื่องการ ดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิด โอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์การดำเนิน ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลกระทบที่เกิดขึ้นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจหรือภาระจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบงานที่ 4/1 และให้ตัวแทน นำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว 3..... 4. | -ใบงานที่ 4/1 ประสบการณ์การ ดำเนินชีวิต ประจำวันร่วมกับ ผู้ป่วย ผลกระทบจาก การดูแลผู้ป่วย -ใบความรู้ที่ 4/1 -การดำเนิน ชีวิตประจำวัน ร่วมกับผู้ป่วยและ | 1. ผู้ดูแลและสมาชิกใน ครอบครัวผู้ป่วยจิต เภทบอกถึงแนวทาง ในการดำเนินชีวิต ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท อย่างเหมาะสม 2. |

การดำเนินโปรแกรมบำบัดครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 : การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีการฝึกทักษะการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้ค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว สามารถกำหนด และจัดลำดับความสำคัญของซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว สามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม
5. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกได้ระบายความรู้สึกที่เป็นภาระและปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิต

เภท

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ดูแลและสมาชิกสามารถ

1. บอกปัญหาและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้
2. บอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้
3. บอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
4. บอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
5. บอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เป็น กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการให้ความรู้ แนะนำการฝึกทักษะเรื่องการสื่อสารทั้งในด้านการฟัง การเข้าใจบุคคล การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด การร่วมกันแก้ปัญหา การเพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อให้ความเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สามารถสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถฟังและสื่อสารถึงวิธีการจัดการกับอาการผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ลดอัตราการป่วยซ้ำได้ ทำให้เพิ่มความมั่นใจในการสื่อสารสามารถลดภาระการดูแลลงได้ (Cohen et al., 2009) ทำให้ผู้ดูแลรู้จักตนเอง และมีแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมได้

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 ทักษะการสื่อสารในครอบครัว
2. ใบงานที่ 5/2 ทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบความรู้ที่ 5/1 การสื่อสารในครอบครัว
4. ใบความรู้ที่ 5/2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
5. ใบความรู้ที่ 5/3 พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ
6. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการดำเนินงานกิจกรรมที่ 5 : การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหา

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | สื่อการสอน | เกณฑ์การประเมินผล |
|---|---|--|--|--|
| 1. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพและฝึกทักษะการสื่อสาร | -การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เป็น กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน ด้วยการให้ความรู้ แนะนำ | 1. ผู้วิจัยและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง 2..... 3. | - ใบงานที่ 5/1 ทักษะการสื่อสารในครอบครัว - ใบงานที่ 5/2 ทักษะการแก้ปัญหาของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท - คู่มือ..... | . สมาชิกสามารถบอกได้ถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ |
| 2. .... | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 3. .... | ..... | ..... | ..... | ..... |

การดำเนินโปรแกรมบำบัดครอบครัว

กิจกรรมที่ 6 : การสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้วิจัย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ช่วยกันค้นหาแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวสามารถ

1. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวได้

สาระสำคัญ

การสร้างเครือข่ายสังคมและระบบสนับสนุนด้วยการให้ความรู้ ข้อมูลพร้อมทั้งหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ดูแล เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้สามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการแนะนำให้รู้จักกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ส่งผลในการลดภาวะการดูแลได้ (Hanzawa et al., 2010)

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 6/1 การสร้างระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม
2. ใบความรู้ที่ 6/1 ระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม
3. แบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วย
4. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

ตารางการดำเนินกิจกรรมที่ 6 : การสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนทางสังคม และยุติโครงการ

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | สื่อการสอน | เกณฑ์การประเมินผล |
|--|---|--|--|---|
| 1. เพื่อให้ผู้วิจัย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ช่วยกันค้นหาแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว 2. เพื่อยุติการดำเนินโครงการ | -การสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนทางสังคม ด้วยการให้ข้อมูลความรู้ พร้อมทั้งหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ดูแล | 1. ให้สมาชิกได้พูดคุยในประเด็นว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่ และให้สมาชิกทำใบงานที่ 6/1 2. 3. 4. 5. กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และแจ้งยุติโครงการ | - ใบงานที่ 6/1 การสร้างระบบสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม | 1. สมาชิกสามารถบอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชนและวิธีการขอความช่วยเหลือ..... |

เลขที่เอกสาร.....

แบบวัดการะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล)

คำชี้แจง เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบวัดการะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดการะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ในช่องข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - โสด หย่า
 - คู่ แยกกันอยู่
 - หม้าย
4. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้เรียน อนุปริญญา
 - ประถมศึกษา ปริญญาตรี
 - มัธยมศึกษา อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
 - ว่างาน รับจ้าง
 - รับราชการ ค้าขาย
 - เกษตรกรรม อื่น ๆ ระบุ.....
6. ความเพียงพอของรายได้
 - เพียงพอและเหลือเก็บ
 - เพียงพอกับรายจ่าย
 - ไม่เพียงพอกับรายจ่าย
 - ไม่มีรายได้
 - อื่น ๆ ระบุ.....

7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

บิดา

มารดา

พี่

น้อง

สามี

ภรรยา

บุตร

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



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

| | | |
|------------|---------|---|
| มากที่สุด | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา |
| มาก | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน |
| ปานกลาง | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์ |
| น้อย | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง |
| น้อยที่สุด | หมายถึง | ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย |

| ข้อความ | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
|---|-----------|-----|---------|------|------------|
| ภาวะเชิงอัตนัย | | | | | |
| 1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท | | | | | |
| 2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท | | | | | |
| 3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท | | | | | |
| 4. ท่านรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่น ๆ ที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท | | | | | |
| 5..... | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 12. ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน | | | | | |

คำชี้แจง โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

| | | |
|------------|---------|--|
| มากที่สุด | หมายถึง | มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน |
| มาก | หมายถึง | มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์ |
| ปานกลาง | หมายถึง | มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง |
| น้อย | หมายถึง | มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านนาน ๆ ครั้ง |
| น้อยที่สุด | หมายถึง | มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านน้อยมากหรือเกือบไม่มีเลย |

| ข้อความ | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
|---|-----------|-----|---------|------|------------|
| ภาระเชิงปรนัย | | | | | |
| 1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน | | | | | |
| 2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท | | | | | |
| 3. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น | | | | | |
| 4. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอาละวาด จะทำร้ายท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจนได้รับบาดเจ็บ | | | | | |
| 5..... | | | | | |
| | | | | | |
| 12. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ | | | | | |

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)
 คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับ โรคจิต
 เภท หากไม่เห็นด้วย โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✕

| ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท | ใช่ | ไม่ใช่ |
|--|-----|--------|
| 1. โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ลักษณะเด่น มีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ ผิดปกติจากคนทั่วไป | | |
| 1. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความคิดไม่ต่อเนื่องซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดผิดปกติจากคนทั่วไป ได้ | | |
| 3. ผู้ป่วยจิตเภททุกคนจะมีการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้าย คนอื่นได้ | | |
| 4. ผู้ป่วยจิตเภทอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทำทางแปลก ๆ ได้ เช่น ก้มกราบคนทั่วไป พูดคนเดียว ร้องตะโกนโดยไม่มีเรื่องอะไร มากะตื้น เป็นต้น | | |
| 5. | | |
| | | |
| | | |
| 28. อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดต้นคอบ่อย ๆ หงุดหงิด หรือนอน ไม่หลับของท่าน อาจมีสาเหตุมาจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท | | |
| 29. การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่งผลให้บุคคลมี จิตใจสงบ ลดการคิดฟุ้งซ่าน ความวิตกกังวลลดลง และสบายใจมากขึ้น | | |
| 30. การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท ควรใช้คำพูดสั้น ๆ ได้ใจความ เข้าใจง่าย | | |

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิต

เภท

หากไม่เห็นด้วยโปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✗

| รายการ | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|-----|--------|
| 1. โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดจากคนทั่วไป | | |
| 2. คนที่เป็นโรคจิตเภทไม่ควรออกกำลังกาย | | |
| 3. โรคจิตเภทเกิดจากไสยศาสตร์ โดนผีเข้า โดนของ | | |
| 4. พืชจากยาเสพติดเช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ อาจทำให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ | | |
| 5. | | |
| | | |
| 18. ขณะอยู่ที่บ้านไม่ควรทำงานหรือช่วยงานของครอบครัว | | |
| 19. ควรมีส่วนร่วมทำกิจกรรมของหมู่บ้านเช่น งานบวช กิจกรรมทางศาสนา | | |
| 20. การอยู่ร่วมหรือพบปะพูดคุยกับผู้อื่นทำให้อาการทางจิตดีขึ้น | | |

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมการแสดงออก ระหว่างท่านและผู้ป่วยในความดูแลของท่านขอให้ท่านตอบตามความรู้สึกที่เป็นจริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดและขอความกรุณาตอบทุกข้อ เหนือในการตอบคำถามมีดังนี้

| | | |
|----------------------|---------|------------------------------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมากที่สุด |
| เห็นด้วย | หมายถึง | เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมาก |
| ไม่เห็นด้วย | หมายถึง | ไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความที่ระบุ |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุเลย |

| ข้อความ | เห็นด้วย อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่เห็น ด้วย | ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง |
|---|-----------------------|----------|-----------------|------------------------------|
| Critical comments | | | | |
| 1. ฉันไม่ชอบพฤติกรรมก้าวร้าวของเขา | | | | |
| 2. ฉันรู้สึกอายที่เขาป่วยแบบนี้ | | | | |
| 3..... | | | | |
| Hostility | | | | |
| 8. คงจะดีหากเขาได้ไปอยู่ไกลๆจากฉัน | | | | |
| 9..... | | | | |
| Emotional over-involvement | | | | |
| 16. ฉันดูแลเขาอย่างไม่คลาดสายตา | | | | |
| 17..... | | | | |
| 18..... | | | | |
| Warmth | | | | |
| 21. ฉันรู้สึกสงสารเขา | | | | |
| 22. ฉันรู้สึกเสียใจกับการเจ็บป่วยของเขา | | | | |
| | | | | |
| 31..... | | | | |
| 32. ทุกวันนี้เขาก็ทำให้ฉันพอใจ | | | | |
| 33. เมื่อได้รับคำแนะนำเขาจะพยายามทำตาม | | | | |

ใบงานที่ 1/1

ลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่บรรยายตรงกับลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัวของท่านมากที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|----------------------------|--|
| ✓.....1. โดดซัด | ✓.....12. ให้อภัย เมื่อสมาชิกมีความผิดพลาด |
|2. เห็นห่าง | ✓.....13. ชอบวิพากษ์วิจารณ์ |
|3. นำเขื่อน่าย |14. ชอบให้กำลังใจ ชมเชย |
| ✓.....4. เป็นมิตร |15. สนุกสนาน สดชื่น |
| ✓.....5. มีความสุข | ✓.....16. ชอบคำนิ ตีเตือน |
|6. หงุดหงิด นำรำคาญ |17. ข้างคิด |
|7. แยกแยก |18. อ่อนไหว |
| ✓.....8. สามัคคีกันดี |19. มีกฎระเบียบมาก |
| ✓.....9. ขบขุ่น | ✓.....20. มีอิสระ |
|10. ต่างคนต่างอยู่ | ✓.....21. รับผิดชอบดี |
|11. มีปากเสียงกันบ่อย |22. อื่น ๆ (ระบุ) |

กิจกรรมที่ท่านทำเวลาที่ท่านอยู่ร่วมกันส่วนใหญ่

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| ✓.....1. ดูโทรทัศน์ | ✓.....5. รับประทานอาหาร |
|2. เล่นกีฬา |6. ไปท่องเที่ยว |
|3. ปลูกต้นไม้ | ✓.....7. พุดคุย |
| ✓.....4. ทำความสะอาดที่พักอาศัย |8. อื่น ๆ (ระบุ)..... |
- ท่านใช้เวลาที่บ้านกับผู้พลัดถิ่นวันละ ชั่วโมง (วันปกติ)..... ชั่วโมง (วันหยุด)

วาดรูปสัมพันธภาพในครอบครัวของท่าน



ใบงานที่ 1/1

ลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่บรรยายตรงกับลักษณะสัมพันธภาพในครอบครัวของท่านมากที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|----------------------------|--|
| ✓.....1. โดดเดี่ยว | ✓.....12. ให้อภัย เมื่อสมาชิกมีความผิดพลาด |
|2. เหมินห่าง |13. ชอบวิพากษ์วิจารณ์ |
|3. นำเบื้อหน้า | ✓.....14. ชอบให้กำลังใจ ชมเชย |
| ✓.....4. เป็นมิตร | ✓.....15. สนุกสนาน ตลกขำ |
|5. มีความสุข |16. ชอบตำหนิ คิดเคียด |
| ✓.....6. หงุดหงิด น่ารำคาญ | ✓.....17. ขำลึกลับ |
|7. แยกแยก |18. ย้อนไหว |
| ✓.....8. ถกเถียงกันดี |19. มีกฎระเบียบมาก |
| ✓.....9. อบอุ่น | ✓.....20. มีอิสระ |
|10. ค้างคานค้ำอยู่ | ✓.....21. รับผิดชอบดี |
|11. มีปากเสียงกันบ่อย |22. อื่น ๆ (ระบุ) |

กิจกรรมที่ท่านทำที่ท่านอยู่ร่วมกันส่วนใหญ่

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| ✓.....1. ดูโทรทัศน์ | ✓.....5. รับประทานอาหาร |
| ✓.....2. เล่นกีฬา | ✓.....6. ไปท่องเที่ยว |
| ✓.....3. ปักคั้นไม้ | ✓.....7. ซดคุย |
| ✓.....4. ทำความสะอาดที่พักอาศัย |8. อื่น ๆ (ระบุ) |
- ท่านใช้เวลาที่บ้านกับผู้ปกครองกี่วันละ10..... ชั่วโมง (วันปกติ)12..... ชั่วโมง (วันหยุด)

วาดรูปสัมพันธภาพในครอบครัวของท่าน



ใบงานที่ 2:1

ความหมาย สาเหตุ อาการของโรคจิตเภท

- คำชี้แจง
1. ให้อ่านภารกิจชุดคุยใบประเด็นที่กำหนดให้
 2. ให้อธิบายความหมาย สาเหตุ อาการของโรคจิตเภท
 3. ผู้วิจัยตรวจสอบประเด็นที่สมาชิกแก้

ประเด็น

1. ท่านคิดว่าโรคจิตเภทเป็นอย่างไร

คืออาการที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ การตัดสินใจ พฤติกรรม และความคิด
 ที่ผิดปกติ เช่น ความเชื่อที่ผิดๆ ยามที่รุนแรงได้ฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายผู้อื่น

2. ท่านคิดว่าสาเหตุของโรคจิตเภท เกิดจากอะไร

ทั้งพันธุกรรม สภาพแวดล้อมในสมอง ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง
 การติดเชื้อในสมอง เช่น ไข้สมองอักเสบ

3. ท่านคิดว่าโรคจิตเภท มีอาการอย่างไร

อาการ: หลงผิด หูแว่ว ความคิดที่ผิดเพี้ยน อารมณ์แปรปรวน การรับรู้ที่ผิดเพี้ยน
 ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมที่ผิดปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบงานที่ 3/3

ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- คำชี้แจง
1. ให้สมาชิกพูดคุยในประเด็นที่กำหนดให้
 2. ให้ตัวแทนนำเสนอผลการพูดคุย
 3. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

1. ท่านมีความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรบ้าง

- 1) ช่วงเช้า: เมื่อตื่นนอนมีอาการเวียนศีรษะ ปวดจากไข้สูงเรื้อรัง 6 เดือนมารด้าง
- 2) มารด้างก็รู้สึกเหนื่อยใจคนดูแลเห็นเห็น ของคนไข้ รส พฤติกรรมที่แปลกประหลาดต่าง ๆ
- 3) เวลา คือ 10 โมง ในโมง หรือ ยามเย็น
- 4)

2. จากประสบการณ์ของท่านความเครียดมีผลกระทบต่อท่านอย่างไร

- 1) มารด้างก็เครียดด้วยเหมือนกัน ทำให้เกิดตามกริ้ว นอกเหนือไปเพราะพอ
- 2)
- 3)
- 4)

3. ท่านมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดอย่างไร

- 1) ไปเดินตามห้างสรรพสินค้า กับเพื่อน หรือเดินสวน หัดคนดูแลคนอื่น
- 2) ไปดูเพลงฟัง เห็นพสกปองก็มีความสุข
- 3) ปรึกษาแพทย์: ในยามเย็นหรือค่ำ
ปรึกษาเพื่อนหรือครอบครัว

ใบงานที่ 5/1

การสื่อสารในครอบครัว

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทท่านสื่อสารกับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวอย่างไรบ้าง

1. การพูดสื่อสารเพื่อให้คนในครอบครัวช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ

- ให้ครอบครัวดูแลในผู้ป่วยระยะประทุ
- พยายามพูดให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์จากการรักษา
- ให้บอกถึงสาเหตุอาการของผู้ป่วย
- ดูแลการรับประทานยา พึงศึกษารายละเอียด

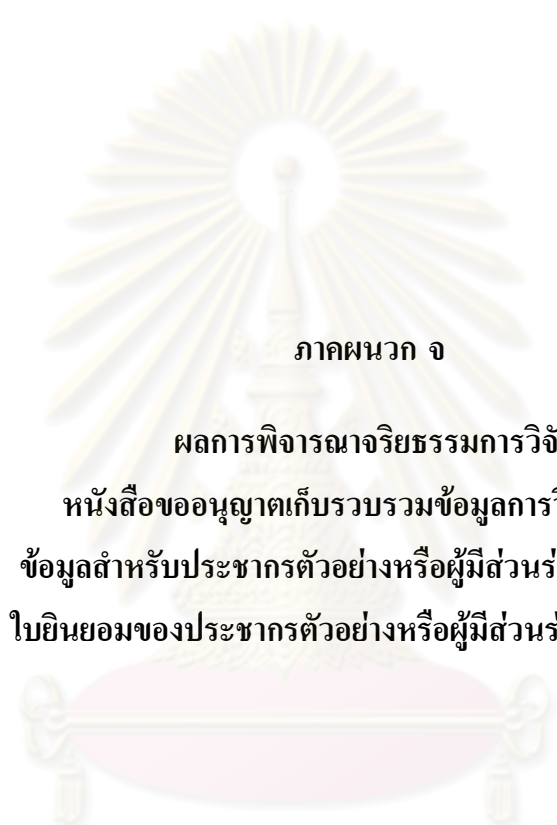
2. การพูดสื่อสารให้เพื่อนบ้านช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง

- ให้ผู้ป่วยนำใบสมัครบัตรคำแทนผู้ป่วย ไปยื่นที่กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ
- บอกให้เพื่อนบ้านเข้าใจว่า เขาเป็นจิตป่วยหรือ
- ให้ติดต่อกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ

3. การพูดสื่อสารให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงตามเวลา

- พยายามพูดให้ผู้ป่วยเข้าใจประโยชน์การรักษา
- ให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงตามเวลาที่แพทย์สั่ง
- ถ้าทานยาแล้วไม่ดีขึ้นให้ไปปรึกษาแพทย์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ใบนโยบายของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ สป ๐๐๒๗.๒/๑๖๕๖

โรงพยาบาลสมุทรปราการ
๗๑ ถ.จ๊กกะพาก อ.เมืองฯ
จ.สมุทรปราการ ๑๐๒๗๐

๑๖ มีนาคม ๒๕๕๔

เรื่อง รับรองจริยธรรมในการดำเนินการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ.๐๕๑๒.๑๑/๐๕๕๖

ลงวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๕๔.

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า นางนภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร นิสิตปริญญาโทบริหารบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จะขอเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน ๓๐ ครอบครัวเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตามรายละเอียดที่แจ้งมา นั้น

โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยคณะกรรมการงานวิจัยได้ผ่านการรับรองในแง่จริยธรรม และหลักเกณฑ์การปฏิบัติการวิจัยทางคลินิก โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอ ดังต่อไปนี้

๑. ให้แจ้งคณะกรรมการงานวิจัย ในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด
๒. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือไม่คาดคิด
๓. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด
๔. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการงานวิจัยได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
๕. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์วิทยุโทรพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(นายชุตติศักดิ์ เรืองจตุโรทัย)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม สาขาจิตวิทยา)

ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โทร ๐๒-๗๐๑๘๑๓๒ ต่อ ๒๔๐๘

โทรสาร ๐๒-๑๗๗๘๕๕๑

www.hospital.com

ที่ ศธ 0512.11/ 0๘๕๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

| | |
|-------------------------------------|-------|
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ | 23/64 |
| เลขที่รับ..... | 2554 |
| วันที่..... | |
| เวลา..... | |

1๙ มีนาคม 2554

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

เนื่องด้วย นางนภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว จำนวน 30 ครอบครัว ณ สถานือนามัยในจังหวัดสมุทรปราการ และบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้โปรแกรมบำบัดครอบครัว แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท และแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางนภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

นางนภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร
(นายวิมล นิชิตพงศ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางนภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร โทร. 08-6574-6990

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ครอบคลุมที่.....คนที่.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางนภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร

ที่อยู่ติดต่อ 51 ซ.พืงมี 15 ถ.สุขุมวิท 93 แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพฯ 10260

โทรศัพท์ 086-5746990

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบคำถาม ตามแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้สำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงเข้ารับการฝึกอบรมตามโปรแกรมบำบัดครอบครัว ซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัวที่บ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตรับผิดชอบเครือข่ายโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวนเป็น 6 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรมติดต่อกันนาน 3 สัปดาห์ หรือ ได้รับการเชื่อมจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย กรณีได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาล สมุทรปราการ ตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โทรศัพท์ 02-1738374 โทรสาร 02-1738551

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางนภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางนภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย(ที่ทำงาน) กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ. สมุทรปราการ

(ที่บ้าน) 51 ซ.พืงมี 15 ถ.สุขุมวิท 93 แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพฯ 10260

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-7018132-9 ต่อ 2148 โทรศัพท์ที่บ้าน 023115464

โทรศัพท์มือถือ 086-5746990 E-mail : n_7heart@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ ไม่ชัดเจน ได้ตลอดเวลา
2. โครงการนี้ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 3.1 เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลัง ได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัว
 - 3.2 เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
4. ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คัดเลือกจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง และสมาชิกที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดสมุทรปราการ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดได้แก่
 - 1) เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท
 - 2) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัลใด ๆ

- 3) มีอายุ 20 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง
- 4) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
- 5) มีคะแนนการทดสอบอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป
- 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวนทั้งหมด 30 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่ขอความอนุเคราะห์ และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และดำเนินการวิจัยในสถานีนามัยเขตอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการต่อสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ สาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรปราการ และหัวหน้าสถานีนามัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานีนามัยที่รับผิดชอบช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวก ในการติดต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกครอบครัว เข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจับคู่ตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความเพียงพอของรายได้เนื่องจากมีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทำโดยการแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน

2. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ชุดดังนี้ คือ ชุดที่ 1 ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาเจ็บป่วย ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ชุดที่ 3 แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ชุดที่ 4 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

3. หากเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ จะมีกระบวนการในการขอความยินยอมโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ และมีผู้ช่วยวิจัยในการช่วยเหลือระหว่างดำเนินการวิจัย

4. ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่สามารถให้คำยินยอมด้วยตนเองได้ ให้ผู้ดูแลให้ความยินยอมด้วย

5. ในการวิจัยครั้งนี้อาจมีความไม่สะดวกเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการ คือ 1) ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ต้องใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งละ 2 กิจกรรมๆ ละ 45 นาที จนครบ 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน และสัปดาห์ที่ 4 เป็นการประเมินผลการทำกิจกรรม โปรแกรม 2) อาจเกิด ความเครียดระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งผู้วิจัยจะได้ทำการพูดคุยสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว จากการเข้าร่วมกิจกรรม ในครั้งนี้ เพื่อประเมินความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมต่อไป รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกใน ครอบครัว เป็นรายบุคคลหรือรายครอบครัวตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

6. ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีสิทธิปฏิเสธเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือ การรักษาที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเคยได้รับแต่ประการใด

7. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

8. ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และ สมาชิกในครอบครัว จะออกเป็นรหัสและผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และ สมาชิกในครอบครัว

9. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จะไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงกับผู้เข้าร่วมการวิจัย แต่จะมีประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย คือ จะช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้ และจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการคือ การพัฒนาแนวทางในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ปวยสามารถ ดำรงชีวิตร่วมกับผู้ดูแลและสังคมได้ และการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย ได้ตลอดเวลา ดังที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ด้านบน และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคาร สถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218- 8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th. หรือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ



ภาคผนวก ฉ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 การกำหนดขนาดของตัวอย่างด้วยการคำนวณขนาดตัวอย่างจาก Power analysis (Cohen, 1988) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 โดยได้นำผลการศึกษาของจิราพร รักการ (2549) มา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

Two-Sample T-Tests Power Analysis

Page 1

Time/Date 16:12:12 02-09-2011

Numeric Results for Two-Sample T-Test

Null Hypothesis: Mean1=Mean2 Alternative Hypothesis: Mean1 <> Mean2

The sigmas were assumed to be known and equal. The N's were forced to be equal.

| Power | N1 | N2 | Alpha | Beta | Mean1 | Mean2 | Sigma1 | Sigma2 |
|---------|----|----|---------|---------|-------|-------|--------|--------|
| 0.91198 | 20 | 20 | 0.01000 | 0.08802 | 3.22 | 2.81 | 0.33 | 0.33 |
| 0.90778 | 14 | 14 | 0.05000 | 0.09222 | 3.22 | 2.81 | 0.33 | 0.33 |
| 0.91901 | 12 | 12 | 0.10000 | 0.0809 | 3.22 | 2.81 | 0.33 | 0.33 |

จากตารางที่ 10 พบว่า เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ ร้อยละ 90.77 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างน้อยกลุ่มละ 14 ครอบครัวยังไงก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 15 ครอบครัวยังไงก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One – Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.5

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

| | ALLPRESU | ALLOSSU | ALLPREOB | ALLOSOB | SUBOBPRE | SUBOBPOS |
|--------------------------|----------|---------|----------|---------|----------|----------|
| N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Normal Parameter | | | | | | |
| Mean | 36.2667 | 28.3333 | 36.2000 | 26.4000 | 72.4667 | 54.7333 |
| Std. Deviation | 5.07749 | 4.28730 | 7.70158 | 6.67404 | 0.90129 | 10.34040 |
| Most Extreme Differences | | | | | | |
| Absolute | .194 | .245 | .146 | .139 | .190 | .226 |
| Positive | .109 | .215 | .146 | .139 | .190 | .156 |
| Negative | -.194 | -.245 | -.111 | -.122 | -.159 | -.226 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | .753 | .947 | .565 | .537 | .734 | .874 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .623 | .331 | .907 | .935 | .654 | .429 |

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One – Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.5

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

| | ALLPRESU | ALLPOSSU | ALLPREOB | ALLPOSOB | SUBOBPRE | SUBOBPOS |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| N | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Normal Parameters | | | | | | |
| Mean | 37.0667 | 37.8000 | 34.5333 | 35.8000 | 71.6000 | 73.6000 |
| Std. Deviation | 5.22995 | 5.50584 | 5.62985 | 5.69712 | 10.47309 | 10.65565 |
| Most Extreme Differences | | | | | | |
| Absolute | .172 | .145 | .202 | .154 | .173 | .149 |
| Positive | .172 | .145 | .202 | .154 | .173 | .149 |
| Negative | -.123 | -.078 | -.163 | -.088 | -.156 | -.072 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | .665 | .561 | .784 | .596 | .669 | .575 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .768 | .912 | .571 | .870 | .762 | .895 |

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

จากตารางที่ 12 พบว่า คะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ช
การวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| .943 | .940 | 24 |

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|---------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ภาวะเชิงอัตนัยข้อ1 | 75.50 | 243.983 | .737 | .940 |
| ภาวะเชิงอัตนัยข้อ2 | 75.67 | 256.299 | .304 | .944 |
| ภาวะเชิงอัตนัยข้อ3 | 75.77 | 236.530 | .802 | .939 |
| ภาวะเชิงอัตนัยข้อ4 | 75.73 | 239.926 | .813 | .939 |
| ภาวะเชิงอัตนัยข้อ5 | 75.80 | 238.855 | .727 | .940 |
| ภาวะเชิงอัตนัยข้อ6 | 75.87 | 244.326 | .575 | .942 |
| ภาวะเชิงอัตนัยข้อ7 | 75.80 | 245.200 | .585 | .942 |
| ภาวะเชิงอัตนัยข้อ8 | 75.73 | 234.616 | .781 | .939 |
| ภาวะเชิงอัตนัยข้อ9 | 75.90 | 245.059 | .532 | .942 |
| ภาวะเชิงอัตนัยข้อ10 | 76.67 | 250.644 | .419 | .943 |
| ภาวะเชิงอัตนัยข้อ11 | 75.27 | 269.099 | -.253 | .951 |
| ภาวะเชิงอัตนัยข้อ12 | 75.50 | 271.983 | -.361 | .952 |
| ภาวะเชิงปรนัยข้อ1 | 75.73 | 236.823 | .735 | .939 |
| ภาวะเชิงปรนัยข้อ2 | 75.97 | 234.240 | .806 | .938 |
| ภาวะเชิงปรนัยข้อ3 | 75.77 | 237.978 | .679 | .940 |
| ภาวะเชิงปรนัยข้อ4 | 76.23 | 237.840 | .792 | .939 |
| ภาวะเชิงปรนัยข้อ5 | 75.70 | 232.700 | .791 | .939 |
| ภาวะเชิงปรนัยข้อ6 | 75.70 | 230.562 | .833 | .938 |
| ภาวะเชิงปรนัยข้อ7 | 76.20 | 236.924 | .724 | .940 |
| ภาวะเชิงปรนัยข้อ8 | 75.90 | 240.783 | .608 | .941 |
| ภาวะเชิงปรนัยข้อ9 | 76.03 | 231.895 | .823 | .938 |
| ภาวะเชิงปรนัยข้อ10 | 76.13 | 232.533 | .812 | .938 |
| ภาวะเชิงปรนัยข้อ11 | 75.87 | 229.706 | .875 | .937 |
| ภาวะเชิงปรนัยข้อ12 | 75.63 | 234.792 | .627 | .941 |

แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|------------------|--|------------|
| .881 | .887 | 33 |

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|--------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| วิพากษ์วิจารณ์ 1 | 100.73 | 98.547 | .396 | .878 |
| วิพากษ์วิจารณ์ 2 | 100.67 | 97.747 | .395 | .878 |
| วิพากษ์วิจารณ์ 3 | 101.50 | 99.086 | .227 | .883 |
| วิพากษ์วิจารณ์ 4 | 101.00 | 98.483 | .363 | .879 |
| วิพากษ์วิจารณ์ 5 | 100.63 | 98.723 | .458 | .877 |
| วิพากษ์วิจารณ์ 6 | 100.53 | 100.464 | .350 | .879 |
| วิพากษ์วิจารณ์ 7 | 100.57 | 99.702 | .446 | .877 |
| ไม่เป็นมิตร 8 | 100.43 | 96.185 | .472 | .876 |
| ไม่เป็นมิตร 9 | 100.20 | 99.131 | .485 | .877 |
| ไม่เป็นมิตร 10 | 100.23 | 98.599 | .536 | .876 |
| ไม่เป็นมิตร 11 | 100.27 | 99.651 | .240 | .882 |
| ไม่เป็นมิตร 12 | 100.47 | 100.326 | .340 | .879 |
| ไม่เป็นมิตร 13 | 100.00 | 102.000 | .196 | .881 |
| ไม่เป็นมิตร 14 | 100.27 | 100.961 | .229 | .881 |
| ไม่เป็นมิตร 15 | 100.63 | 99.620 | .307 | .880 |
| ผูกพันมากเกินไป 16 | 100.97 | 103.895 | -.010 | .886 |
| ผูกพันมากเกินไป 17 | 101.00 | 98.552 | .427 | .877 |
| ผูกพันมากเกินไป 18 | 100.93 | 97.582 | .387 | .878 |
| ผูกพันมากเกินไป 19 | 101.17 | 101.730 | .124 | .884 |
| ผูกพันมากเกินไป 20 | 101.17 | 97.247 | .540 | .875 |
| อมถุ่น 21 | 100.43 | 97.909 | .452 | .877 |
| อมถุ่น 22 | 100.67 | 95.333 | .497 | .876 |
| อมถุ่น 23 | 100.23 | 98.254 | .410 | .878 |
| อมถุ่น 24 | 100.20 | 98.234 | .413 | .878 |
| อมถุ่น 25 | 100.30 | 97.114 | .497 | .876 |
| อมถุ่น 26 | 100.30 | 97.459 | .471 | .876 |

| | | | | |
|-----------|--------|--------|------|------|
| อบคู่ 27 | 100.30 | 98.976 | .436 | .877 |
| ชั้นชม 28 | 100.50 | 98.052 | .457 | .877 |
| ชั้นชม 29 | 100.80 | 95.131 | .665 | .872 |
| ชั้นชม 30 | 100.97 | 96.240 | .535 | .875 |
| ชั้นชม 31 | 101.00 | 96.069 | .536 | .875 |
| ชั้นชม 32 | 100.73 | 95.444 | .591 | .874 |
| ชั้นชม 33 | 100.73 | 94.616 | .707 | .871 |



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางนภภรณ์ พึ่งเศศสุนทร เกิดวันที่ 18 มกราคม 2508 สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี จบการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ปีการศึกษา 2531 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1) สาขาวิทยาการคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี ปีการศึกษา 2550 ประวัติการทำงาน โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี ปี 2531 – 2534 Ambrois Pare Hospital France ปี 2534 โรงพยาบาลเสาไห้ จังหวัดสระบุรี ปี 2537 – 2551 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย