

ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*
**THE EFFECTS OF FAMILY INTERVENTION PROGRAM ON FAMILY
 FUNCTIONS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY**

ลักษ์ขณา พานิชสรณ์ (Luckana Parnichsan, BNS., RN.)**

เพ็ญพักตร์ อุทิส (Penpaktr Uthis, Ph.D., RN.)***

Abstract

Objectives: The purposes of this quasi-experimental study were to compare: 1) the family function of schizophrenic patients' families before and after participating in family intervention program, and 2) the family functioning of schizophrenic patients' families in the experimental group who received family intervention and those in the control group who received regular nursing care.

Methods: Forty families of schizophrenic patients attending Samkhok hospital, Pathum Thani Province, who met the inclusion criteria were selected as study sample and then randomly assigned to either experimental and control group, 20 families in each group. Each family composed of 2 members, a schizophrenic patient and his/her primary family caregiver, who participated in the intervention. Research instruments were:

1) the family intervention program, 2) the family functioning scale, 3) the caregivers' knowledge test, 4) the schizophrenic patients' knowledge test and 5) the social support scale. All instruments were tested for content validity by 5 experts. The reliability of the 2nd and the 5th instruments were reported by Chronbach's Alpha coefficient as of .82 and .81, respectively. The 3rd and 4th instruments were reported by KR-20 as of .84 and .82, respectively. The descriptive statistics and t-test were used for data analysis.

Results:

1. Family functioning mean scores of schizophrenic patients' families in the experimental group was significantly higher after receiving the family intervention program than that before at .05 level ($t = 8.52$).

2. Family functioning mean scores of schizophrenic patients' families in the experimental

*วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบทันจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

***Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: penpaktr_uthis@yahoo.com

group who received family intervention program was significantly higher than those in the control group who received regular nursing care at .05 level ($t=6.93$).

Keywords: Family intervention program, Family functioning of schizophrenic patients

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดครอบครัว และเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการบำบัดครอบครัว ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน 2) แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท และ 5) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือที่ 2) และ 5) มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และ .81 ตามลำดับ เครื่องมือชุดที่ 3) และ 4) มีค่าความเที่ยงคูเดอร์

ริชาร์ดสัน เท่ากับ .84 และ .82 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา:

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.52$)
2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.93$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการบำบัดครอบครัว, การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางจิตชนิดอื่นในประเทศไทย จากสถิติของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในอัตราสูงถึงร้อยละ 36.5 และ 36.12 ในปี พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2555 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2555) ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยมีอาการแสดงเด่นแบ่งเป็นอาการทางด้านบวกได้แก่ มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หรือมีพฤติกรรมรุนแรง และอาการแสดงทางด้านลบได้แก่ พูดน้อย มีพฤติกรรมแยกตัว มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย (Talamo, Centorrino, Tondo, Dimitri,

& Hennen, 2006) เมื่อผู้ป่วยอยู่กับครอบครัว และชุมชน อาการดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อ การทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัย ในชุมชนมักเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่มีอาการ หลงเหลือ (Residual phase) มีอาการแสดงทาง ด้านลบ (Negative symptoms) จะมีการแสดง อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987) ผู้ป่วยจะมีหน้าตาเฉยเมย พูดน้อย เนื้อหา ในการพูดมีน้อย (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เก็บตัว ผู้ป่วย อาจจะนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวัน (Avolition) ขาดความ สนุกสนานเบิกบานใจ (Anhedonia) ขาดความใส่ใจ ในการทำกิจกรรมต่างๆ (Attentional impairment) ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม (Taylor, 1994) ทำให้พฤติกรรมสื่อสารของ ผู้ป่วยมีการแสดงออกลดลง การมีปฏิสัมพันธ์ใน ครอบครัวลดลง (Blanchard & Panzarella, 1998) ทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัว การช่วยเหลือ ครอบครัวให้สามารถจัดการสถานการณ์การดูแล ผู้ป่วยให้ดีขึ้นมีความจำเป็น ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าครอบครัวมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจากการ ที่ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันใน ครอบครัวสูง หรือ มีการแสดงความรู้สึกผ่านทาง อารมณ์ต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมากเกินไป ทำให้ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำ ถึง 5 เท่าของผู้ป่วยในครอบครัวที่มีการแสดงออก ทางอารมณ์ต่ำ หรือ มีการแสดงความรู้สึกผ่านทาง อารมณ์ต่ำ (King & Dixon, 1999)

ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว จำแนกเป็น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ เพศหญิง จะเป็นผู้ดูแลงานบ้าน จึงมักถูกคาดหวังว่าเป็น เพศที่ต้องให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว (Cain

& Wick, 2002) อายุผู้ดูแล อายุที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้ภาระที่แตกต่างกัน (Cook, Lefley, Pickett, & Cohler, 1994) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีอายุ ระหว่าง 20 - 60 ปี (Chien, 2008) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว คือ 1) การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) การเผชิญความเครียดเป็น สิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้วิธีการต่างๆ ในการเผชิญ ความเครียดเพื่อลดความเครียด (ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) 2) การสนับสนุนทางสังคมมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) การสนับสนุนทาง สังคมช่วยป้องกัน และต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ลดความเครียดในชีวิต (ดวงรัตน์ แซ่เตียว, 2546) การสนับสนุนทางสังคมสามารถตอบสนองความ ต้องการพื้นฐานของบุคคลได้ทำให้เกิดความสุข ในชีวิต เกิดพลังใจในการเผชิญปัญหาส่งผล ให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) 3) ภาระในการดูแลมีความ สัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ของครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สกวเดือน กลิ่นน้อย, 2554) การลดภาระใน การดูแลจะทำให้การรับรู้ถึงการดูแลดีขึ้น (รจนา ปุณโณทก, 2550)

การบำบัดครอบครัว (Family Interventions) ตามแนวคิดของ Murphy (2007) สามารถนำมา ใช้ในการจัดการกับปัจจัยดังกล่าวได้ เนื่องจาก เป็นรูปแบบการจัดการที่มองว่าครอบครัวเป็น ปัจจัยบำบัด (therapeutic agents) ที่ส่งผลต่อ

ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้น การบำบัดครอบครัว ตามแนวคิดนี้จึงครอบคลุม กิจกรรมหลัก ๆ ซึ่งล้วนแต่ส่งผลต่อการส่งเสริมให้ ครอบครัวมีการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และได้รับการพัฒนาทักษะต่าง ๆ เช่น การจัดการกับความเครียด การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม การแก้ปัญหา และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ เกิดการสนับสนุนให้ กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้จะช่วยให้ครอบครัวมีความรู้และทัศนคติ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นจนสามารถจัดการ กับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ดีขึ้นแล้ว ยังทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความตึงเครียดด้าน จิตใจและรับรู้ภาวะการดูแลทั้งด้านอัตรายและ ปรนัยลดลง เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้ป่วยกับครอบครัว เกิดความรักความเข้าใจและ ยอมรับในครอบครัวและชุมชนมากขึ้น (Hegde, Rao, & Raguram, 2007) นอกจากนี้การให้ผู้ป่วย จิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา มากขึ้น โดยให้ครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ใน การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท มีกำลังใจในการต่อสู้ชีวิต มีความหวัง มีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใยเข้าใจ มีความเชื่อมั่น ในตนเองมากขึ้น (Fadden, 1998) และเพื่อให้ บุคคลในครอบครัวเกิดความเข้าใจ ยอมรับปัญหา สาเหตุของปัญหาสามารถจัดการกับปัญหาได้ อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้สมาชิกในครอบครัว เข้าใจซึ่งกันและกัน อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (อรพรรณ ลีอนุช รัชชชัย, 2553) ดังนั้นผู้วิจัย

จึงได้ออกแบบโปรแกรมการบำบัดครอบครัว ตามแนวคิดของ Murphy (2007) เพื่อพัฒนาการ ทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ จากงานวิจัย ที่ผ่านมามีพบว่าการบำบัดครอบครัวทำให้สามารถ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งใน ขณะการรักษา และติดตามนัด และลดอัตราการ นอนโรงพยาบาลระหว่างรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดแบบอื่น หรือการรักษาตามปกติ (Kuipers, 2006)

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดครอบครัวได้รับการ พัฒนาตามแนวคิดของ Murphy (2007) ที่มี รูปแบบการดำเนินกิจกรรมสำหรับครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นรายครอบครัวมี กิจกรรมดังนี้ 1) การประเมิน 2) การให้ความรู้ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการกับความเครียด 5) การแก้ปัญหา 6) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และนำแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ทั้ง 7 ด้าน คือ 1) การ แก้ปัญหา 2) การสื่อสาร 3) บทบาท 4) การตอบสนองทางอารมณ์ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ 6) การควบคุมพฤติกรรม และ 7) ด้านการ ทำหน้าที่ทั่วไป มาบูรณาการเป็นโปรแกรมการ บำบัดครอบครัวเพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีการปรับเปลี่ยน เพื่อให้ สอดคล้องและครอบคลุมกับสภาพของครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตามบริบทของประเทศไทย ซึ่งโปรแกรมการบำบัดครอบครัวน่าจะส่งผลต่อ การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โปรแกรมการบำบัดครอบครัวพัฒนาตามแนวคิดของ Murphy (2007)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อุมพร ตรังคสมบัติ (2544)

- 1.การแก้ปัญหา
- 2.การสื่อสาร
- 3.การทำบทบาท
- 4.การตอบสนองทางอารมณ์
- 5.ความผูกพันทางอารมณ์
- 6.การควบคุมพฤติกรรม
- 7.การทำหน้าที่ทั่วไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว
- 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว
2. คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลกแต่ละครอบครัวประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวม 2 คน ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็น

โรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยในระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก แต่ละครอบครัวประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 1 คน รวม 2 คน ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสามโลก จำนวน 40 ครอบครัว จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว ตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched-pair) ให้แต่ละคู่มีความคล้ายคลึงกันด้วยคะแนนอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ผู้ป่วยมีคะแนนไม่เกิน 36 คะแนน และจับคู่ผู้ดูแลในครอบครัวโดยใช้ เพศ จับคู่ผู้ดูแลที่เพศเดียวกัน จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คู่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลสามโลก ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธ เข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดครอบครัวเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Murphy (2007) และ

นำแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของอุมพร ตรังคสมบัติ (2544) การดำเนินกิจกรรมสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัวที่โรงพยาบาลสามโลก จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 1-2 กิจกรรมๆละ 45-90 นาที ดำเนินการในกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร 2) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา 3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรมบอบบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป 4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ 5) การพัฒนาทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และภายหลังปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการบำบัดครอบครัวไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ

สมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2) แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) มีคำถามทั้งหมด 36 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 26 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 10 ข้อ ข้อความในแบบสอบถามทั้งหมดครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ใช้แบบวัดความรู้เนื่องจากการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะสามารถดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องจำเป็นต้องมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยได้แก่ 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .84 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่าภายหลังดำเนินการเสร็จสิ้นตามโปรแกรม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป จึงจะแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนข้างดี 2) แบบวัดความรู้

ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทตามแนวคิดของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยข้อความที่ใช้ทดสอบมี 2 ตัวเลือกคือ ใช่ และไม่ใช่ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่าภายหลังดำเนินการเสร็จสิ้นตามโปรแกรมผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทเฉลี่ยตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป 3) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ จิราพร รักการ (2549) สร้างขึ้นจากแนวคิดของ House (1980) มาใช้ในการวิจัย โดยการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่าภายหลังดำเนินการเสร็จสิ้นตามโปรแกรมผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนเฉลี่ยรวมของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีคะแนนเฉลี่ยปานกลางขึ้นไป จึงแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมก่อนข้างดี

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จัดทำแผนดำเนินการทดลอง ประสานขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลสามโคก

2. ระยะดำเนินการทดลองมีการดำเนินการ ดังนี้

ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจากผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pre-test)

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ จากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามโคก

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว เริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2558 จนถึง วันที่ 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558

การกำกับการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 โดยให้ผู้ป่วยจิตเภททำแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไปผ่านเกณฑ์ทุกคน และผู้ดูแลในครอบครัวทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 86.66 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ทุกคน และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ทุกคน

3. ระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในสัปดาห์ที่ 4 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยดำเนินการดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวโดยใช้สถิติทดสอบที (dependent t - test)

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (independent t - test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 77.5 มีสถานสมรสคู่ ร้อยละ 67.5 และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40 มีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 60 ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะมารดา ร้อยละ 40 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.5 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดูแลผู้ป่วยบางเรื่อง ร้อยละ 80 และมีผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลายคน ร้อยละ 75

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 40)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	109.95	10.18	19	8.52	.000
หลังการทดลอง	128.25	8.13			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	106.70	10.14	19	.77	.453
หลังการทดลอง	107.30	10.80			

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัว มีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.52$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจะมีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลองพบว่า คะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่าคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.93$)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนแต่ละด้านของการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 40)

การทำหน้าที่ของ ครอบครัว	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	\bar{X}	ระดับ	\bar{X}	ระดับ	\bar{X}	ระดับ	\bar{X}	ระดับ
1. ด้านการแก้ปัญหา	2.98	ดีพอสมควร	3.71	ดีมาก	2.86	ดีพอสมควร	2.88	ดีพอสมควร
2. ด้านการสื่อสาร	2.95	ดีพอสมควร	3.66	ดีมาก	2.92	ดีพอสมควร	2.97	ดีพอสมควร
3. ด้านบทบาท	3.28	ดีพอสมควร	3.80	ดีมาก	3.38	ดีพอสมควร	3.46	ดีพอสมควร
4. ด้านการตอบสนองทางอารมณ์	2.98	ดีพอสมควร	3.61	ดีมาก	2.88	ดีพอสมควร	2.85	ดีพอสมควร
5. ด้านการผูกพันทางอารมณ์	3.12	ดีพอสมควร	3.20	ดีพอสมควร	2.94	ดีพอสมควร	2.99	ดีพอสมควร
6. ด้านการควบคุมพฤติกรรม	2.91	ดีพอสมควร	3.26	ดีพอสมควร	2.95	ดีพอสมควร	2.98	ดีพอสมควร
7. ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	3.17	ดีพอสมควร	3.65	ดีมาก	2.99	ดีพอสมควร	2.96	ดีพอสมควร
ค่าเฉลี่ยรวมทุกด้าน	3.05	ดีพอสมควร	3.56	ดีมาก	2.99	ดีพอสมควร	3.01	ดีพอสมควร

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในภาพรวมและรายด้านแต่ละด้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ดีพอสมควร แต่ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมและรายด้านเกือบทุกด้านเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ยกเว้นเพียงสองด้าน คือ ด้านการผูกพันทางอารมณ์ และด้านการควบคุมพฤติกรรม ที่มีคะแนนในระดับดีพอสมควรเท่าเดิม ส่วนกลุ่ม

ควบคุมนั้นพบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของครอบครัวทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดีพอสมควร เท่าเดิม

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การที่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาค่าหน้าทีครอบครัวในด้านต่าง ๆ อันเนื่องมาจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการ คือ มีการเผชิญความเครียด ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการสนับสนุนทางสังคม และ เกิดการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สกาเวเดียน กลิ่นน้อย, 2554) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มทดลองได้รับการช่วยเหลือในปัจจัยเหตุดังกล่าว การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดครอบครัว แต่ละครั้งมีกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมที่ส่งผลให้เกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีขึ้น การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัวให้เกิดความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบถึงลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และยินดีช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ครอบครัวเกิดความร่วมมือและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว การประเมินครอบครัว อภิปรายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน (Chein, 2008) และการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้อื่นรู้ถึงความต้องการของตนเอง และรู้ถึงความต้องการของคนอื่น (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา เป็นการให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุอาการ การรักษาโรคจิตเภท อาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตเภท วิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา การจัดการเรื่องยา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภท

และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามความเป็นจริง เพื่อเตรียมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (Yamachita, 1996) การที่ผู้ดูแลในครอบครัวเข้าใจอาการเจ็บป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติได้ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวลดภาระในการดูแล การรับรู้ เกิดการรับรู้ถึงการดูแลดีขึ้น (รจนา ปุณโณทก, 2550) การควบคุมพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยจิตเภทประพฤติตนอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนให้สอดคล้อง และมีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสม การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด (Lazarus, De Longis, Folkman, & Gruen, 1984) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวหลีกเลี่ยงภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด และสามารถเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ร่วมกับฝึกทักษะในการแก้ปัญหา ลดความขัดแย้ง เพื่อเพิ่มความมั่นใจ และหาวิธีจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น (McFarlane, Dixon, Lukens, & Lucksted, 2003) การพัฒนาทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัว และการใช้ความสามารถของตน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในทางบวกกับผู้อื่น โดยมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีและเหมาะสม สามารถตอบสนองทางอารมณ์ต่อกัน

อย่างเหมาะสม มีความผูกพันห่วงใย แสดงออกซึ่งความสนใจและเห็นคุณค่าของกันและกัน ทำให้ได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ได้รับการแก้ปัญหาที่ตนแก้ไม่ได้ สามารถสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม (McFarlane et al., 2003)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล: พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปประกอบการบำบัดครอบครัวซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลักที่สำคัญคือการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การควบคุมพฤติกรรม บทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไป การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด และการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียด การพัฒนาทักษะทางสังคม การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชน ควรมีการปรับเปลี่ยนตามบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ด้านการศึกษาพยาบาล: ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมปัญหาและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ศึกษาได้ตระหนักรู้และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและ

ครอบครัว ตลอดจนการวางแผนการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 พยาบาลจิตเวชในชุมชนควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชนเพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยให้ผู้ดูแลเป็นระยะๆ จะส่งผลให้เกิดการคงอยู่ของความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยการติดตามไปประเมินผลที่บ้านในระยะยาว

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในด้านบทบาท และด้านความผูกพันทางอารมณ์ เพื่อให้การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นในทุกด้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทีมอบทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามโคก และบุคลากรทุกท่าน ที่คอยสนับสนุนและเอื้ออาทรในทุกเรื่อง คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอบขอบคุณการี คณะจารย์และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2555). จำนวนผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามกลุ่มโรค. ใน *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555*. กรุงเทพฯ: บางกอกบล็อก.

จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทีปประพิณ สุขเจียว. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รจนา ปุณโณทก. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สกวเดือน กลิ่นน้อย. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). *ผลของโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญวิชัย. (2553). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมาพร ตรังศมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ชันดีการพิมพ์.

Blanchard, J. J., & Panzarella, C. (1998). Affect and social functioning in schizophrenia. In K. T. Mueser & N. Tarrrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 181-196). Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.

Cain, C. I., & Wick, M. N. (2002). Caregiving attitudes as correlates of burden in family caregiver coping with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Family Nursing*, 6, 46-47.

- Chein, T. W. (2008). Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of chinese people with schizophrenia. *The Open Nursing Journal*, 2, 28-39.
- Cook, J. A., Lefley, H. P., Pickett, S. A., & Cohler, B. J. (1994). Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. *American Journal Orthopsychiatry*, 64, 435-447.
- Fadden, G. (1998). Research update: Psychoeducation family intervention. *Journal of Family Therapy*, 20, 293-309.
- Hegde, S., Rao, S. L., & Raguram, A. (2007). Integrated psychological intervention for schizophrenia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 11(2), 5-18.
- House, J. S. (1980) Social support occupational stress and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 202-218.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- King, S., & Dixon, M. J. (1999). Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 25(2), 377-386.
- Kuipers, E. (2006). Family interventions in schizophrenia: Evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. *Journal of Family Therapy*, 28(1), 73-80.
- Lazarus, R. S., De Longis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1984). Stress and adaptational outcome: The problem of confound measures. *American Psychologist*, 40, 770-779.
- 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.
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital & Family Therapy*, 9(2), 223-245.
- Murphy, N. (2007). Development of family interventions: A 9 – month pilot study. *British Journal of Nursing*, 16(15), 948-952.
- Talamo, A., Centorrino, F., Tondo, L., Dimitri, A., & Hennen, J. (2006). Comorbid substance use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 86, 251-255.
- Taylor, M. C. (1994). *Essentials of psychiatric Nursing*. (4th ed). St. Louis: Mosby.
- Yamashita, M. (1996). A study of how families care for mental III relatives in Japan. *International Nursing Review*, 43, 121-125.