

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่อการดูแลของผู้ดูแล
และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน *

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

สุทธดา บัวจัน, พย.บ (Suttada Buajean, R.N.)**

เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์, ปรด. (Pennapa Dangdomyouth, Ph.D., R.N.)***

รัชนิกร อุปเสน, ปรด. (Ratchaneekorn Upasen, Ph.D., APN.)****

Abstract

Objectives: The present study was aimed at investigating the effects of brief family support intervention on caregivers' burden of families' caregivers and psychiatric symptoms of schizophrenic patients in community.

Methods: This study was a quasi-experimental research. The sample consisted of 40 families of schizophrenic patients who had been diagnosed by a psychiatrist as ICD10 criteria with no other psychiatric disorder and primary caregivers were living in the same family with schizophrenic patients in Muang district of Phetchaburi province, which 20 families of them were assigned into the control group and of the other 20 families were in the experimental group. The sample were selected based on the inclusion criteria. The instruments used in the study

consisted of 1) Brief Psychotic Rating Scale (BPRS), 2) caregivers' burden questionnaire, and 3) Brief family support intervention. The experimental group received three sessions of Brief family support intervention, 60 minutes/session, while a control group received regular nursing care. Data were collected during February 2015. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test.

Results: 1) After the experiment, the caregivers' burden of families' caregivers of schizophrenic patients who received brief family support intervention program was significantly lower than those before at the .05 level. 2) After the experiment, the psychiatric symptoms of schizophrenic patients who received brief family support intervention program was significantly lower than those before at the .05 level. 3) After

* การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สต.นาวิ่ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

*** Corresponding author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย Email: dnayus@yahoo.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

the experiment, the caregivers' burden of families' caregivers of schizophrenic patients who received brief family support intervention program was significantly lower than those who received regular nursing at the .05 level. 4) After the experiment, the psychiatric symptoms of schizophrenic patients who received brief family support intervention program was significantly lower than those who received regular nursing care at the .05 level.

Keywords: Caregivers' burden, Psychiatric symptoms of schizophrenic patients, schizophrenic patients in community, Brief family support Intervention

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วิธีการศึกษา: งานวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD10 ไม่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย และผู้ดูแลหลัก จำนวน 40 ครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี(กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว และกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบประเมินอาการทางจิต

ของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวเป็นรายครอบครัวที่บ้าน จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 60 นาทีรวมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ การเก็บข้อมูลดำเนินการในเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

ผลการศึกษา

1) ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ภาระของผู้ดูแล อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง และเป็นโรคเรื้อรัง โดยมีความผิดปกติทั้งทางด้าน ความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (Sadock & Sadock, 2007) มีความชุกของการเกิดโรคจิตเภท ร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2011) อาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท ที่แสดงออกในด้าน ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม หลังจากจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลสู่ครอบครัว และ ชุมชนพบว่า ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ในระยะนี้ อาการทางบวกจะน้อยลงแต่ยังคงมีอาการทางลบ ซึ่งมีลักษณะคล้ายระยะเริ่มมีอาการ แต่ระยะนี้จะมีอาการเสื่อมด้านจิตใจ และสังคม เช่น พูดน้อย เนื้อหาการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแสดง สีหน้า และการแสดงกิริยาท่าทาง ดูแข็งๆ หรือ ฝืนๆไม่เป็นธรรมชาติ แยกตนเองจากสังคม ขาด ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่สนใจดูแลสุขวิทยา ส่วนบุคคลของตนเอง เป็นต้น (Kay, Fiszbein & Opler, 1987)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษา ทั้งในและต่างประเทศ เกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมักมีอาการดำเนินโรคที่เรื้อรังและกำเริบซ้ำได้บ่อย และยังพบว่ามีปัญหา ในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชน (กชพร รัตนสมพร, 2556) ซึ่งมีปัจจัยหลายปัจจัย ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบมากขึ้น โดยมักจะแสดง อาการทางบวกหรือทางลบ หรือการป่วยซ้ำ จนต้องกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาล ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบหรือรุนแรงขึ้น พบปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานยา ไม่ตรงตามเกณฑ์การรักษาของแพทย์ ส่วนปัจจัย

ด้านครอบครัวและสังคม พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ (express emotion) ในระดับสูง เช่นการมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทแบบ ต่ำหนิ ตีเตียน (criticism) การไม่เป็นมิตร (hostility) และยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (over involvement) ลักษณะที่กล่าวมานี้มีผลต่ออาการกำเริบของผู้ป่วย (Brown, Birley, & Wing, 1972; Bustillo et al., 2001; Butzlaff & Hooley, 1998; Falloon et al., 1981) พบว่าอาการทางจิตที่กำเริบ ส่งผล กระทบต่อผู้ป่วยครอบครัวสังคมและ ประเทศชาติ (Sadock & Sadock, 2000) ด้านตัวผู้ป่วยเช่น ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ทำให้ความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ลดลง ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าผู้ดูแลต้อง เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ผลกระทบต่อประเทศชาติ เช่น รัฐบาลต้องมีภาระในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น และต้องสูญเสียรายได้ใน ส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ต้องหยุดงาน หรือต้อง ออกจากงาน (Ruane, Kuipers, & Bebbington, 2004) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น ต้อง พึ่งพาผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นสาเหตุ ให้ผู้ดูแลรับรู้และรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นั้น ไม่เป็นที่ต้องการและรู้สึกเป็นภาระ (Moller-Leimkühler, 2005; Montgomer, Gonyea, & Hooyman, 1985) ภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) สามารถแบ่งได้ 2 มิติ (Montgomery, et al., 1985) คือ 1)ภาระการดูแลเชิงปรนัย (objective burden) เป็นความรู้สึก เกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงทัศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทาง อารมณ์ ของผู้ดูแล 2) ภาระการดูแลเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็น

รูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องใช้ชีวิตส่วนมากอยู่กับครอบครัว สถาบันครอบครัวจึงกลายเป็นสถาบันหลักที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อจากโรงพยาบาล (Awad & Voruganti, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีรูปแบบการบำบัด ที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิต เช่น การดูแลแบบองค์รวม โดยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีผลทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลง (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) การสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีผลทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลง (อดิญา โพธิ์ศรี , 2551) การจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (สุดาพร สถิตยทุธการ, 2552) การใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (พรทิพย์ ไซสะอาด และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, 2555) การพัฒนาทักษะการจัดการความเครียดและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน (Norman et al., 2002) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วย (Andres et al., 2003) ในด้านการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า มีรูปแบบการช่วยเหลือภาระของผู้ดูแลได้แก่ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และภาระการดูแลของผู้ดูแล (อรรพรรณ น้อยดอ, 2550) การศึกษาพบว่า

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น และ ภาระการดูแลโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย ภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ต่อภาระการดูแล และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ปานิสรากษมสุข, 2551) การศึกษาพบว่า ภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง การบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร, 2553) โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (บุบผา ชนิกกุล, 2554) โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สุณีย์ แสงดาว, 2554) การศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลมีภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ด้านคือ ภาระเชิงอัตนัย ภาระเชิงปรนัยลดลง และ ภาระโดยรวมลดลง

จะเห็นได้ว่า การบำบัดทางจิตสังคมที่ผ่านมามีการนำรูปแบบกิจกรรมต่างๆมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อลดอาการทางจิตของผู้ป่วย หรือเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลแต่ก็ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ จนทำให้ผู้ป่วยซ้ำอยู่ เนื่องจากการป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีองค์ประกอบหลายอย่าง ทั้งจากปัจจัยการดำเนินของโรคจิตเภท และปัจจัยสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย (อรรพรรณ น้อยดอ, 2550) ตลอดจนยังมีปัญหาภาระการดูแลของผู้ดูแล และทำให้ผู้ดูแลเพิกเฉยไม่สนใจผู้ป่วย มีผลให้ผู้ดูแลเกิดอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ยังไม่หมดไป จึงจำเป็นต้องหาวิธีในการบำบัดเพื่อช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลผู้วิจัยจึงสนใจการนำรูปแบบ

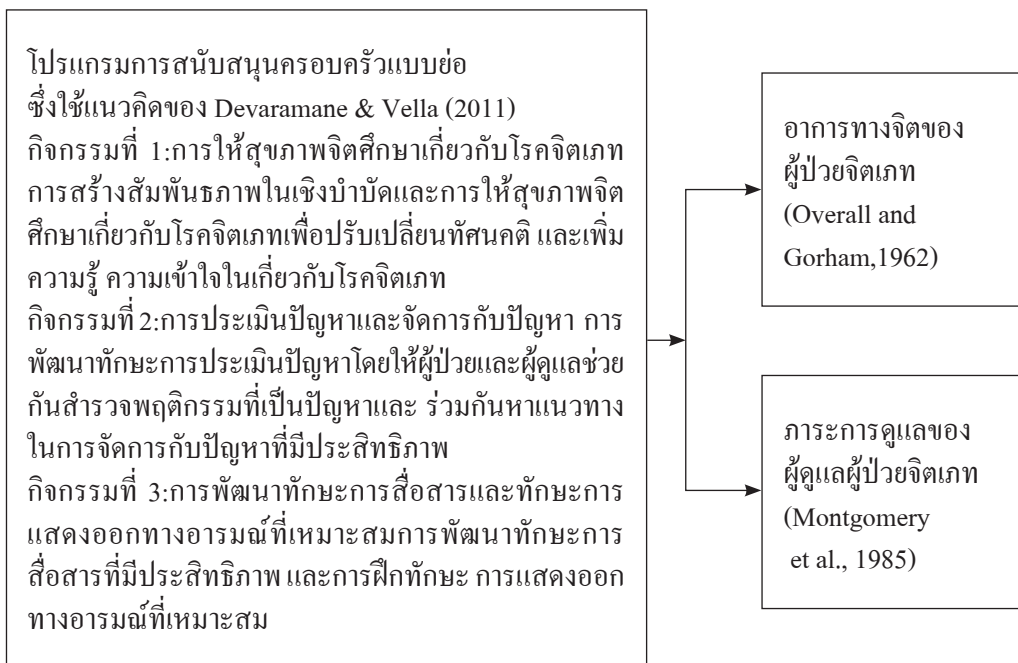
ของการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ ซึ่งเป็นรูปแบบของการบำบัดทางจิตสังคมวิธีหนึ่ง ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดภาระการดูแลและช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวทางการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ ที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทของ Devaramane & Vella (2011) ที่ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Varghese, Shah, & Udey (2002) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนและการดูแลครอบครัวแบบย่อ สามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์สูง ของผู้ดูแลและลดอัตราการกำเริบของโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (Lam, 1991; Kuipers & Bebbington, 1988) การให้การสนับสนุนครอบครัวแบบย่อสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

อีกทั้งยังเพิ่มความสามารถเผชิญปัญหา และจัดการกับปัญหา เพิ่มทักษะการสื่อสาร ทักษะลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความอดทนต่ออาการทางจิตของผู้ป่วย และสามารถลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นผลมาจากภาระการดูแลได้ (Falloon et al., 1981; Goldstein, 1978; Leff, 1982)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อของ Devaramane & Vella (2011) ที่ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Varghese (2002) มาพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมเป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 3 ครั้งๆ ละ 60 นาที รวมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม โดยมีรายละเอียด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ
3. เพื่อเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Politt & Hungler, 1999) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประชากรวิจัย คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล หลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และผู้ดูแลหลัก 1 คน ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 40 ครอบครัว โดยการจับสลากเข้ากลุ่ม

ทดลอง และกลุ่มควบคุม เกณฑ์ในการคัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยจำแนกโรคของ ICD-10 ที่มีประวัติการรักษาซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย 2) อายุ 20-59 ปี 3) มีคะแนนอาการทางจิตไม่เกิน 45 คะแนน อยู่ในระดับมีอาการอยู่บ้างแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถึง ไม่มีอาการ โดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 4) สามารถฟัง พูด อ่าน หรือ สื่อสารได้รู้เรื่อง 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์ในการคัดเข้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1) เป็นบิดาหรือมารดาสามีหรือภรรยาพี่หรือน้องหรือบุตร มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย 2) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ ในการดูแลผู้ป่วย 3) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 4) สามารถฟัง พูด อ่าน หรือ สื่อสารได้รู้เรื่อง 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์ในการคัดออก 1) ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการให้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ 2) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ อยู่ในระดับ อาการทางจิตน้อยถึงอาการทางจิตรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ในขณะเข้าร่วมกิจกรรม 3) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีปัญหาอื่นๆ เช่น มีปัญหาสุขภาพร่างกาย เช่น ป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงป่วยด้วยโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนจนเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่ม

ตัวอย่างในการวิจัยทดลองมีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างว่าควรมีอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 คน เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลอง มีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burns & Grove, 2009) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี วันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ.2557 หมายเลข คจม.พบ 001/2557 ได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี และดำเนินการเก็บข้อมูลจริงตั้งแต่วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2558 ถึง 16 กุมภาพันธ์ 2558 มีการชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาเป็นลักษณะภาพรวมทั้งหมดเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อของ Devaramane & Vella (2011) ที่ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Varghese et al (2002) ประกอบด้วย กิจกรรม 3 ครั้งได้แก่ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษา

เกี่ยวกับโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 2) การประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา กิจกรรมที่ 3) การพัฒนาทักษะการสื่อสารและทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม โดยดำเนินกิจกรรม เป็นรายครอบครัวที่บ้าน จำนวน 3 ครั้งๆ ละ 60 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต

2.2 แบบประเมินการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภทได้แก่ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัยซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVD) ได้เท่ากับ .96 ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91

2.3 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ของ Overall & Gorham (1962) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ทิพย์ กิตติรัตนไพบูลย์ (2547) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน

เพื่อใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของ Lefley (1987) จากการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .82 ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

3.2 แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท จาก การศึกษาของ ณัฐจิญา โสพิศพรมงคล (2555) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .82 ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง โดยการเตรียมความรู้ของผู้วิจัยเกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ พร้อมทั้งเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีเพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยและขออนุญาตทำการทดลอง

และเก็บข้อมูลในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี เมื่อได้รับอนุมัติแล้วติดต่อขอความร่วมมือ ชีแจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ เพื่อเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยประเมินแบบวัดภาวะการดูแลสำหรับผู้ดูแล และประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS) ของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการวิจัย (pre-test)

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ เป็นรายครอบครัวที่บ้านจำนวน 3 กิจกรรม ครั้งละ 60 นาที เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินแบบวัดภาวะการดูแลสำหรับผู้ดูแล และประเมินระดับอาการทางจิต (BPRS) ของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อีกครั้ง (post-test) หลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ 1 เดือน และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินโครงการวิจัยพร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลและอาการทางจิตของผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อภายในกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมด้วย paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และ 40 สถานภาพสมรสผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 85 และ 45 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 และ 55 อาชีพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพความเพียงพอของรายได้ ทั้งสองกลุ่มมีเพียงพอและเหลือเก็บเท่าๆ กัน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นบิดาหรือมารดา

คิดเป็นร้อยละ 60 และเป็นพี่หรือน้องคิดเป็นร้อยละ 45 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 10 ปี เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 55 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 และ 60 ตามลำดับ

2. คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ และหลังทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาระการดูแลทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัยและเชิงปรนัย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาระการดูแลทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัยและเชิงปรนัย ลดลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ (n = 20)

ภาระการดูแล	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ภาระโดยรวม						
ก่อนการทดลอง	2.20	0.78	น้อย			
หลังการทดลอง	1.53	0.23	น้อย	19	4.44	.00
ภาระเชิงอัตนัย						
ก่อนการทดลอง	2.55	0.58	ปานกลาง			
หลังการทดลอง	1.96	0.34	น้อย	19	6.04	.00
ภาระเชิงปรนัย						
ก่อนการทดลอง	1.85	1.09	น้อย			
หลังการทดลอง	1.11	0.20	น้อยที่สุด	19	3.25	.00

3. คะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ พบว่า

หลังทดลองกลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยอาการทางจิตลดลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

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

การอภิปรายผลการวิจัย

อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการดำเนินการในโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับอาการทางจิตเท่ากัน ซึ่งการวิจัยนี้ทำให้เห็นว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับอาการทางจิตไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลองมีคะแนนของอาการทางจิตลดลง จากการพิจารณาอาการทางจิต รายข้อพบว่า ความรู้สึกผิดมีคะแนนเฉลี่ยลดลงมากที่สุด รองลงมาความคิดสับสน และความตึงเครียด ส่วนคะแนนเฉลี่ยของอาการทางจิตด้านอาการซึมเศร้า ทำทางการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ และอาการตื่นเต้น กระวนกระวาย ลดลงน้อยที่สุด ผู้ป่วยที่มีอาการ

ทางจิตเท่าเดิมอาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีอาการทางจิตน้อยอยู่แล้วการที่จะทำให้ลดต่ำลงถึงขั้นปกติเป็นไปได้ยากขึ้น สำหรับในกลุ่มควบคุม คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับน้อยทั้งหมด ภายหลังการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทเท่าเดิม และมีบางรายที่มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าหากไม่มีการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลผู้ป่วยอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตคงเดิมและแนวโน้มอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทจะเพิ่มขึ้น ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าในกลุ่มทดลองมีภาระการดูแลก่อนการให้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ โดยเฉลี่ยภาระเชิงอัตนัยอยู่ในระดับปานกลาง และภาระเชิงปรนัยอยู่ระดับน้อย ภายหลังได้รับ

โปรแกรมระดับภาระเชิงอัตนัยลดลงจากระดับน้อยเป็นน้อยที่สุด ภาพรวมภาระลดลงจากระดับน้อยเป็นน้อยที่สุด อธิบายได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่งผลให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทลดลง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีภาระเชิงอัตนัยลดลง ส่วนผู้ดูแลที่มีภาระเชิงอัตนัยเท่าเดิมเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลรู้สึกเครียดจากการที่ผู้ป่วยไม่ทำกิจวัตรประจำวัน มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว จึงรู้สึกว่าเป็นภาระมาก ด้านภาระเชิงปรนัยส่วนมากมีภาระลดลง ซึ่งภาระเชิงปรนัยส่วนมากที่ลดลง ในครอบครัวที่ภาระเท่าเดิมเนื่องจากผู้ดูแลมีภาระมากและมีปัญหาด้านสุขภาพจากการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มควบคุมพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองโดยเฉลี่ยทั้งภาระเชิงอัตนัย ภาระเชิงปรนัยและภาระโดยรวมอยู่ที่ระดับเท่าเดิม และมีบางครอบครัวมีภาระเชิงอัตนัยภาระเชิงปรนัยและภาระรวมที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำทำให้ครอบครัวยังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หรือไม่ครอบคลุม อีกประการหนึ่งผู้ดูแลไม่ได้รับการฝึกทักษะในด้านต่างๆ เช่น ทักษะการประเมินปัญหาและจัดการกับปัญหา ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ เหมือนกับในกลุ่มทดลอง ทำให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมโดยส่วนใหญ่มีภาระเท่าเดิม ทั้งก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ และบางส่วนมีภาระการดูแลเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนและ

ดูแลครอบครัวแบบย่อ มีผลต่อการลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และลดภาระการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ มากกว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เพราะการเข้าไปสนับสนุนครอบครัวช่วยให้ครอบครัวเพิ่มความเข้าใจของการเกิดโรค ครอบครัวมีความเข้าใจในอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระให้ครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท (Varghese et al., 2002) การสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ ช่วยลดความเสี่ยงของการกำเริบของโรคจิตเภทที่เป็นเป็นผลมาจากการดูแล (Falloon et al., 1982; Hogarty et al., 1986; Goldstein, 1978; Leff, 1982) การสนับสนุนและการดูแลครอบครัว สามารถลดการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลและอัตราการกำเริบของโรคจิตเภท ลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาอย่างเดียวหรือการบำบัดเป็นรายบุคคล (Lam, 1991; Kuipers & Bebbington, 1988)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาลพยาบาลจิตเวชสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลหรือในชุมชน โดยสามารถปรับเปลี่ยนการดำเนินกิจกรรมตามลักษณะชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เช่น การดำเนินกิจกรรมในวันหยุดหรือในช่วงเย็นของวันธรรมดา เนื่องจากผู้ป่วยผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวบางรายต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เป็นต้น

2. การนำไปประยุกต์ใช้ สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยอื่นๆได้ ตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวในแต่ละกลุ่ม และควรได้มีการส่งเสริมให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อติดตามอาการ และชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสม่ำเสมอ ไม่เกิดการขาดยาและอาการกำเริบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มการสนับสนุนของเครือข่ายในชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแต่ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้กำหนดกิจกรรมนี้ไว้ในโปรแกรม เนื่องจากการเพิ่มการสนับสนุนเครือข่ายในชุมชน ผู้วิจัยต้องสร้างความคุ้นเคยกับชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่ซึ่งอาจต้องใช้เวลา ความเชื่อมั่น และการให้ความเคารพนับถือ อย่างไรก็ตามหากมีการเพิ่มเติมกิจกรรมนี้ขึ้นก็อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับอาการทางจิตลดลงและผู้ดูแลมีคะแนนการดูแลลดลงเพิ่มขึ้น

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

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนวิทยานิพนธ์บางส่วน

เอกสารอ้างอิง

กขพร รัตนสมพร. (2556). *ปัจจัยทำนายอาการทางจิต. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

ณัฐจิรา โสพิศพรมงคลและรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2558). ผลของโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 139-150.

บุบผา ธนิกกุล. (2554). *ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

ปาณิสรา เกษมสุข. (2551). *ผลของโปรแกรมกลุ่มระดับประจักษ์ต่อการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

- นพรัตน์ไชยธานี. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(2), 51-63.
- พรทิพย์ ไชยะอด และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ. (2555). ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดปรับระดับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(1), 43-55.
- สุภาภรณ์ ทองคารา (2545). *ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุณีย์ แสงดาว. (2554). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม ต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรณณ นื่องต้อ. (2550). *ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Awad, A. G., & Vornganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers : a review. *Pharmacoeconomics*, 26, 149-162.
- Brown, G.W., Birley, J.L.T., & Wing, J.K. (1972). Influence of family life on the course of Schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241–258.
- Butzlaff, R.L., & Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547–552.
- Burns, N. & Grove, S. (2009). *The Practice of Nursing Research: appraisal, synthesis, and generation of evidence (6th ed.)*. St. Louis: W. B. Saunders. Cullum, N.
- Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W., and Keith, S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *American Journal of Psychiatry*, 158, 163-175.
- Devaramane & Vella, V., Pai, N. B. & Vella, S. (2011). The effect of a brief family intervention on primary care's functioning and their schizophrenic relatives levels of psychopathology in India. *Asian Journal of Psychiatry*, 4 (3), 183-187.

- Falloon et al.(1981).The questionnaire family functioning :A preliminary validation of a standardized-instrument to evaluate psychoeducation family treatment a review of empirical studies. *British Journal of Psychiatry community mental treat*, 43(30), 300-330.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for *schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276.
- Kuipers, L., Leff, J., & Lam, D. (1992). *Family work for schizophrenia; A practical guide*. London: Gaskell.
- Leff, P.J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families*. New York: The Guilford Press.
- 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.
- Moller–Leimkühler, A.M. (2005). Burden of relatives and predictors of burden. Baseline Results from the Munich 5–year–follow–up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(4), 223-231.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G. & Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(4), 19-26.
- Norman, R. M. et al. (2002). An evaluation of a stress management program for individual with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58, 293-303
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research : Principles and Methods*. Philadelphia : Lippincott, J.B.
- Raune, D., Kuipers,E., & Bebbington, P.E. (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a career appraisal model. *The British Journal of Psychiatry*, 184 (4), 321-326.
- Sadock, J.B. & Sadock, A.V. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatric*. Philadelphia Lippincort Williams and Wilkins.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry : Behavioral Sciences and clinical psychiatry* (10th.ed.). Philadelphia : Williams and Wilkins. New York.
- Varghese, M., Shah, A., & Uday Kumar, G.S.(2002). *Family Intervention and Support in Schizophrenia: A Manual on Family Intervention for the Mental Health Professional. Version 2*. WHO/NIMHANS.
- World Health Organization. (2011). *World report on disability 2011*. World Health Organization. Retrieved April 25, 2016, from http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/