

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

นางสาวนัทธมนต์ ฉิมสุข

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

SELECTED FACTORS RELATED TO PSYCHOLOGICAL DISTRESS ON FAMILY
CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Natthamon Chimsuk

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวนันทมนต์ นิมสุข

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลิจิต)

5377810436 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : PSYCHOLOGICAL DISTRESS / CAREGIVERS / SCHIZOPHRENIC PATIENTS

NATTHAMON CHIMSUK : SELECTED FACTORS RELATED TO PSYCHOLOGICAL DISTRESS ON FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 165 pp.

The purposes of this descriptive research were to study psychological distress in caregiver in schizophrenic patient and relationship between psychological distress caregiver in schizophrenia patient among, duration of illness, The associated between patients and caregiver, Knowledge in caring of a schizophrenic patient, Caregiver’s capabilities in caregiver of schizophrenic patients , Coping, Social support, Measuring the perceived severity of the disease, and the psychological distress of caregivers of patients with schizophrenia. Subjects were 145 caregivers of schizophrenia patients. In the Ministry of Public Health, 18. Were selected by random sampling technique. The research instruments were The Personal data Record, Knowledge in caring of a schizophrenic patient, Caregiver’s capabilities in caregiver of schizophrenic patients, Coping, Social support, Measuring the perceived severity of the disease, and the psychological stress of caregivers of patients with schizophrenia. All instruments were tested for content validity and reliability by 5 experts. The Cronbach’s Alpha coefficient reliability of these instruments were .71, .91, .86, .93, .96 and .96 respectively. Statistic techniques use utilized in data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation. Point Biserial and Pearson Product Moment Correlation Coefficient

Major findings were as follows;

- 1. Psychological distress caregiver of schizophrenia patients was at sever level ($\bar{X} = 2.55$, $SD = 0.28$)
- 2. The associated between patients and caregiver was statistical significantly related to Psychological distress caregiver of schizophrenia patients
- 3. duration of illness, Measuring the perceived severity of the disease were statistical significantly related to Psychological distress caregiver of schizophrenia patients ($r = 0.226$, 0.862)
- 4. Knowledge in caring of as chizophrenic patient, Caregiver’s capabilities in caregiver of schizophrenic patients , Coping, Social support were statistical significantly related to Psychological distress caregiver of schizophrenia patients ($r = -0.634$, -0.623 , -0.753 , -0.717 respectively)

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing

Student’s Signature

Academic Year :2012.....

Advisor’s Signature

นัทธมนต์ นิมสุข : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล
 ผู้ป่วยจิตเภท (SELECTED FACTORS RELATED TO PSYCHOLOGICAL
 DISTRESS ON FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS)
 อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ.ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ, 165 หน้า.

การวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต
 เภท และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วย
 กับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การ
 เฝอใจความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของ
 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 18 กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบ
 เจาะจง จำนวน 145 ราย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้
 เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการเฝอใจ
 ความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบวัดภาวะกดดัน
 ด้านจิตใจ โดยเครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน
 และ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .71, .91, .86, .93, .97 และ .97
 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบน
 มาตรฐาน สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับ
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

- 1.ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.55$, $SD = 0.28$)
- 2.ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะความกดดันด้านจิตใจของ
 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -0.210$)
- 3.ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดัน
 ด้านจิตใจของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = 0.226$, 0.862)
- 4.ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การ
 เฝอใจความเครียด การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล อย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -0.634, -0.623, -0.753$, และ -0.717 ตามลำดับ)

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต.....
 ปีการศึกษา.....2555..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความเมตตาเป็นอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่าชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริม และให้กำลังใจ เป็นแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นและอดุสาหะ พยายามทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จิระแพทย์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจ และได้กรุณาให้ข้อคิดคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์ คณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำ และคอยอำนวยความสะดวกในการสัมภาษณ์ เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดาผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณกัลยาณมิตรและพี่ๆ เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งเป็นกำลังใจและมอบรอยยิ้มที่มีคุณค่ายิ่งให้กับผู้วิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ขอให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่แข็งแรงและสมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ

บทที่

1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	16
1.1 ความหมายของโรคจิตเภท.....	16
1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท.....	17
1.3 อาการของโรค การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคจิตเภท.....	21
1.4 การบำบัดรักษาโรคจิตเภท.....	24
1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท.....	26
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	37
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล.....	37
2.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	38
2.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	40
2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	42

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจ.....	43
3.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจ.....	43
3.2 การประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ.....	45
4. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	46
4.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....	46
4.2 ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล.....	47
4.3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	48
4.4 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล.....	48
4.5 การเผชิญความเครียด.....	48
4.6 การสนับสนุนทางสังคม.....	49
4.7 การรับรู้ความรุนแรงของโรค.....	49
5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	54
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	84
สรุปผลการวิจัย.....	89
อภิปรายผลการวิจัย.....	90
ข้อเสนอแนะ.....	96
รายการอ้างอิง.....	97
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	112
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	114
ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา	125
ภาคผนวก ง สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของ แบบสอบถาม.....	127

ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	137
ภาคผนวก ฉ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	146
ภาคผนวก ช ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	152
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	155

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด	55
2	จำนวน และร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้องกับระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และระยะเวลาการเจ็บป่วย.....	75
3	จำนวน และร้อยละ ของความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	77
4	จำนวน และร้อยละ ของความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล.....	78
5	จำนวน และร้อยละ ของการเผชิญความเครียด.....	78
6	จำนวน และร้อยละ ของการสนับสนุนทางคม.....	79
7	จำนวน ร้อยละ และระดับ ของการรับรู้ความรุนแรงของโรค.....	79
8	จำนวน ร้อยละ และระดับ ของภาวะความกดดันด้านจิตใจ.....	80
9	จำนวน ร้อยละ และระดับ การแสดงออกรายด้านของภาวะกดดันด้านจิตใจ.....	81
10	ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สันและค่าสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ระหว่างระยะเวลาในการดูแล ความเกี่ยวข้องกับระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	82

บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงและเรื้อรัง(Norton et. al., 2006) พบประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ามีประชากร 24 ล้านคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคจิตเภท (World Health Organization, 2006) และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งมีอุบัติการณ์ในช่วง 1 ปี 0.2 ต่อ 1,000 ความชุกชั่วชีวิต (Lifetime Prevalence) ร้อยละ 0.30-0.66 โดยพบทั้งเพศหญิงและเพศชายพบได้พอๆ กัน ร้อยละ 75 พบในช่วงอายุ 15-30 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุเฉลี่ยขณะเริ่มมีอาการเท่ากับ 21 ปีในเพศชาย และ 27 ปีในเพศหญิง(มาโนช หล่อตระกูล,ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)โรคจิตเภทเป็นปัญหาการเจ็บป่วยสำคัญที่มีอัตราส่วนสูงสุดในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด(Buchanan and Carpenter, 2005) จากสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตของประชากรไทยพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทประมาณร้อยละ 24.19 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด(กรมสุขภาพจิต, 2553) โรคจิตเภท (Schizophrenia)ถือเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรัง เป็นโรคที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาดส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆโดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ผู้ป่วยแสดงออกในลักษณะอาการหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ความผิดปกติของกระบวนการความคิด (Thought Disorder) ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมที่เห็นชัดว่าแปลก พิกล ไม่สมเหตุสมผล (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) จึงเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาและรบกวนต่อการทำหน้าที่ทางความคิดและสังคมของผู้ป่วยอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจึงจะสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติได้(บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขาวนาถ สุวลักษณ์,2547)หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดการไร้สมรรถภาพในการทำหน้าที่ โดยเฉพาะไม่สามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ(สินชัย วสุนธรา,2547; ชนมภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร,2549)

ปัจจุบันนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล มุ่งเน้นบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงหรือกำเริบเท่านั้น เมื่ออาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทน้อยลง ซึ่งจะใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3 - 4 สัปดาห์ (พิเชษฐ์ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับการจำหน่าย อาจมีอาการเจ็บป่วยบางอย่างหลงเหลืออยู่ โดยยังคงมีอาการผิดปกติ

หลายด้าน ซึ่งพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเหล่านี้ มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม บางอย่างหลงเหลืออยู่ ซึ่งยังไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพให้กลับมาดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติดั้งเดิม โดยยังมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น การปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน และความสัมพันธ์กับสังคม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544; ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544; Kane and Marder, 1993; พิเศษ อุดมรัตน์, 2552) และพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการเป็นๆ หายๆ จะมีความบกพร่องในหน้าที่และบุคลิกภาพที่เสื่อมลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุด เมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลและครอบครัวที่จะต้องเข้ามารับหน้าที่หลักในการดูแลต่อเนื่อง เพิ่มเติมจากบทบาทอื่นๆ ที่มีอยู่ให้แก่ผู้ป่วย (Chou et al., 1992 cited in Hou et al., 2008) เพราะผู้ป่วยจิตเภทจะกลับมาอาศัยอยู่กับครอบครัวถึงร้อยละ 90 (Li and D. G. A., 2006; Ganguly et al., 2010; Hanzawa et al., 2010) และเป็นหน้าที่โดยตรงของ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหรือญาติพี่น้องที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิด (สกาวัฒน์ ภูผา, 2543; สมคิด ตีรราภิ, 2545) ภายหลังจากผู้ป่วยจิตเภทกลับมาอยู่ในการดูแลของครอบครัว ครอบครัวจะมอบบทบาทผู้ดูแลหลักให้กับสมาชิกอย่างน้อย 1 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (Orem, 1991) ซึ่งผู้ดูแลมักจะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (Yeh et al., 2008) โดยอาจจะเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์โดยตรงทางสายเลือด หรือบุคคลอื่นที่ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ต้องอาศัยการทุ่มเททั้งร่างกาย แรงใจ จึงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (พิเศษ อุดมรัตน์, 2552) ทำให้ผู้ดูแลจะเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ (บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขาวานถ สุวักขณ์, 2547 ; Lp and Mackenzie, 1998)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลโรคจิตอื่นๆ (Vitaliano, Young and Zhang, 2004 ; Li et al., 2007) ภาวะกดดันด้านจิตใจมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะถ้าผู้ดูแลในครอบครัวมีภาวะกดดันด้านจิตใจน้อย ผู้ดูแลก็จะมีสุขภาพจิตดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดโอกาสเกิดการเจ็บป่วยทางจิต หากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจมาก ผู้ดูแลจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลโดยตรง ทำให้การดูแลผู้ป่วยได้ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตกำเริบ มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยซ้ำ (สุนันทา นวลเจริญ, 2553; Fortinsky et al., 2002; Yusuf , Nuhu., 2011) การที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น

มีโอกาสเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น รู้สึกมีความสูญเสีย รู้สึกอึดอัดกับตัวเองและมีการแสดงออกทางอารมณ์ ในด้านความเศร้าโศก ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกหมดหวัง หมดพลัง ความกลัว ความรู้สึกแยกตัว และความรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกกดดันด้านจิตใจ จนถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่(ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543 ;จิรนนท์ ชันแข็ง,2548; Wong,2000; Magliano et al.,2006)

ภาวะกดดันด้านจิตใจ (Psychological Distress) ของผู้ดูแลตามแนวคิดของRidner (2004) คือความไม่สุขสบายที่มีลักษณะเฉพาะ เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของบุคคล มีผลทำให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลแบบชั่วคราวหรือถาวร โดยมีลักษณะอาการต่างๆ ได้แก่ ลักษณะอาการทางกาย การย้ำคิดย้ำทำ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลลดลง วิตกกังวล ซึมเศร้า มุ่งร้าย กลัว หวาดระแวง และมีลักษณะอาการทางจิต ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลมีความรักและผูกพัน ผู้ดูแลจะรู้สึกถึงภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น (Gutierrez et al.,2005) ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติทางความคิดและอารมณ์อย่างมาก ถือเป็นโรคที่ยากต่อการดูแล และต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเนื่องจากผู้ป่วยยังมีอาการของโรคเหลืออยู่ (กรมสุขภาพจิต,2549)

การแสดงออกของผู้ดูแลที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจจะพบลักษณะต่างๆ เช่นลักษณะอาการทางกาย การดูแลผู้ป่วยทางจิตผู้ดูแลต้องเหน็ดเหนื่อยจากการให้การดูแล ส่งผลให้การรับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการใจสั่น ปวดศีรษะ แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ความดันโลหิตสูง การพักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับ หรือหลับไม่สนิท และมีปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร (นพรัตน์ ไชยธานี,2544 ; ปาณิสรา เกษมสุข,2551; Doombos, 2002, Dangdomyouth,2006; Magliano et al.2006) การที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบงานของตนเองและทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจะเกิดความวิตกกังวลได้ง่าย แสดงออกมาทางอาการย้ำคิดย้ำทำ(Aderson, Parmenter and Mok,2002) ผู้ดูแลไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในชุมชน เพราะไม่สามารถทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ซึ่งทำให้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง มีเวลาให้กับส่วนรมน้อยลง (เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและชนกพร จิตปัญญา, 2547; นันทิกา ทวิชาชาติ,2548 ;สายใจ ก้าวอนันตคุณ,2552 ; สุนันทา นวลเจริญ,2553 ; Kreutzer et. al., 2002; Kadri, Manoudi, Berrada, and Moussaoui, 2004;) ผู้ดูแลเกิดภาวะสับสน ภาวะซึมเศร้า เครียดเกิดความกลัว รู้สึกผิดหรือโกรธเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย(เวทีณี สุขมาก และคณะ,2544; Sethabouppha,2002; Weisman et al., 2005 ; Wai – Tong et al .,2007; Magliano et al.,2007; Chang ,2006 cited in Hanzawa et al., 2010)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นั้นได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล เช่น อายุ เพศ การศึกษา ระยะเวลาในการดูแล

ผู้ป่วย (Provencher et al.,2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mistonis et.al., (2010) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิง จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย และผู้ดูแลที่มีอายุน้อยมีความกดดันด้านจิตใจน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและพักผ่อนน้อยลง เกิดปัญหาด้านการเงินมีภาวะกดดันด้านจิตใจ และมีคุณภาพชีวิตลดลง (Doornbos ,2002) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ สถานภาพ มีผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยรวมทั้งเป็นผู้ป่วยเพศชาย ผู้ดูแลจะรู้สึกท้อแท้ใจเนื่องจากการที่ผู้ดูแลมองว่าผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง เป็นหลักให้ครอบครัวสมควรจะต้องดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองได้มาก แต่เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น (Ukpong, 2011; Mcdonnell et al.,2003) ปัจจัยทางด้านการเกี่ยวข้องในครอบครัว ซึ่งการดูแลผู้ป่วยส่วนมากถ้าผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องผูกพันกันมาก ผู้ดูแลจะรู้สึกถึงภาวะกดดันด้านจิตใจมากกว่าปกติ จากการทำบุคคลที่รักต้องเจ็บป่วย เช่น มารดาที่ต้องดูแลบุตรที่ป่วย มารดาจะรับรู้ถึงการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น (Gutierrez et al.,2005) ขนาดของครอบครัวมีผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ ครอบครัวที่มีขนาดครอบครัวใหญ่มีสมาชิกมากกว่า 5 คน มีภาวะกดดันด้านจิตใจมากกว่าครอบครัวขนาดเล็กที่มีสมาชิกน้อยกว่า 5 คน (Yusof and Nohu , 2011) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ดูแลที่รู้สึกว่าไม่มีแหล่งสนับสนุนจากสังคมคอยช่วยเหลือ ในกรณีที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำกว่าผู้ดูแลที่รับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ในครอบครัวของผู้ดูแลที่รับรู้ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจน้อย หรือครอบครัวที่ยากจนเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจสูงกว่าครอบครัวผู้ดูแลที่มีฐานะดี (Yusof and Nohu, 2011)

ปัจจัยด้านอื่นๆที่ส่งผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล คือปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของโรค บ่งบอกถึงอันตรายที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับความรุนแรงของโรครุนแรง จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้นตามลำดับเพราะผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงจะแสดงออกด้วยอาการก้าวร้าว เอะอะ โวยวาย อาจทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือผู้ดูแล (Mistonis et.al, 2010) ระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล ความถี่บ่อยของการเจ็บป่วยมีผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล (Ukpong, 2011) ปัจจัยด้านความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีก็จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) หากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยหรือดูแลได้น้อย ผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมาก (Orem, 1995; บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวักขณ์, 2547;Campbell,2003) ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรคจิตเภทเป็นโรคที่

ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นอย่างน้อย 6 เดือน (สมภพ เรืองตระกูล, 2553) การที่ผู้ดูแลมีความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตในแต่ละวัน ดูแลการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การให้คำแนะนำเมื่อมีปัญหา สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ติดต่อและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่บุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุก (Ruppert, 1996) ดังนั้นการมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทจะสามารถลดความรู้สึกท้อแท้ ความรู้สึกเครียด และลดภาวะกดดันด้านจิตใจ จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (จิราพร รักษาการ, 2549; ปาณิสรา เกษมสุข, 2551) ปัจจัยด้านการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล การที่ต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2552) เกิดความเครียดและมีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม (สายใจ ก้าวอนันตคุณ, 2552) ถ้าความเครียดนั้นมีมากและเกิดยาวนานจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิด สติปัญญา อารมณ์ และเจตคติของผู้ดูแลทำให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดไม่ดี (นงคราญ รวงแดง, 2550) การมองเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยไม่คิดคิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระ (Bull, 1990 อ้างถึงรัชนิกร อุปเสน, 2537) ส่งผลให้การแก้ไขอารมณ์ดีเครียดไม่ดี ไม่สามารถระบายความรู้สึกที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (Jalowiec, 1987 ; นงคราญ รวงแดง, 2550) ทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (ธิดารัตน์ คะนิงเพียร, 2550 ; Kausar, 2009) ผู้ดูแลที่มีระดับการเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหาต่ำจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (Hall and Docherty, 2000 ; บุญวดี เพชรรัตน์และเยวานาด สุวลักษณ์, 2547)

ปัญหาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญเพราะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญ การให้การดูแลผู้ป่วยให้สามารถอยู่ในชุมชน ในครอบครัวได้ยาวนานไม่ต้องกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจ (Psychological Distress) ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยให้สามารถลดภาวะความกดดันด้านจิตใจที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพในชุมชนและในครอบครัวของตนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับ ผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำถามการวิจัย

- 1.ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไร
- 2.ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากกว่าการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และคณะ, 2555) การรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงเน้นให้รักษาเฉพาะภาวะวิกฤตเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาลงจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (สมคิด ตริราชิ, 2545; กรมสุขภาพจิต, 2547) ซึ่งผู้ป่วยยังคงมีความผิดปกติบางอย่างหลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดปัญหาขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชนตามมา (Buckwalter, 1991; Cunningham, 2007) ภาวะกดดันด้านจิตใจ (Psychological Distress) มีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวเป็นอย่างมาก หากผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจน้อย ผู้ดูแลจะมีสุขภาพจิตดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนนานขึ้นและลดโอกาสเกิดการเจ็บป่วยซ้ำทางจิต นอกจากนี้ยังพบว่าการที่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากจะทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตตามมา (ปรีชา ศตวรรษธารัง และประยูรศักดิ์ เสรีเสถียร, 2543; Fortinsky et al., 2002)

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของ Ridner (2004) กล่าวว่าภาวะกดดันด้านจิตใจ เป็นภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของบุคคล มีผลทำให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลแบบชั่วคราวหรือถาวร ประกอบด้วย การขาดความสามารถในการเผชิญปัญหา

(Perceived in Ability to Cope) มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Change in Emotional Status) มีอาการไม่สุขสบาย (Discomfort) มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร (Communication of discomfort) และมีความรู้สึกเป็นอันตราย (Harm) สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของบุคคลนั้น เกิดจากประสบการณ์ของบุคคลต่อการรับรู้ทางชีวจิตสังคม (Conscious Biopsychosocial) สิ่งกระตุ้น (Stressor) ซึ่งเกิดจากความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need) โดยขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของแต่ละบุคคล มีทั้งด้านบวกและด้านลบ เป็นอาการทางกายหรือเหตุการณ์ที่สูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสิ่งกระตุ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม (Personal threat) ทำให้เกิดการต่อสู้หรือหลีกเลี่ยง ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุม (Loss of Control) ทั้งการยอมรับหรือแสดงพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ (Ineffective Coping)

ภาวะกดดันด้านจิตใจเป็นภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งทำให้เกิดความเสียหายต่อบุคคล โดยเป็นผลมาจากการปรับตัวต่อการรับรู้ในด้านลบซึ่งจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวทั้งจากบทบาทหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วย สภาพปัญหาของผู้ป่วยและปรับตัวจากภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่นั้นเป็นผลทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและคัดเลือกปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย ดังนี้

ระยะเวลาการเจ็บป่วย แสดงถึงความเรื้อรังของโรค ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับยาเป็นเวลานาน และต่อเนื่องตามแนวทางการรักษา หากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สองจะต้องให้ยาไปถึง 5 ปี และถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะให้ยาตลอดไปผู้ป่วยส่วนมากจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (Sadock and Sadock, 2005) ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง (Fowler, 1992) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น (Mc Donnell et al, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mistonis et al (2010) ที่พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจสูงขึ้น

ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่ถูกคาดหวังว่า จะต้องเป็นแหล่งความช่วยเหลือที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย โดยเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องดูแลและเกื้อหนุน สมาชิกในครอบครัว ที่เจ็บป่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเร็วที่สุดเนื่องจากความใกล้ชิด ความผูกพันต่อกัน โดยเฉพาะในสังคม วัฒนธรรมของไทย แต่บทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อบุคคลในครอบครัวแตกต่างกัน ทำให้ความรับผิดชอบของผู้ดูแลแต่ละคนแตกต่างกันไป จึงส่งผลกระทบต่อ การดูแลแตกต่างกันออกไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

การศึกษาถึงความเกี่ยวข้องระหว่างของผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท ในรัฐโอไฮโอ สหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ปกครองผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ในการดูแลร้อยละ 40 รองลงมาเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย คนกลุ่มนี้จึงมีภาระจากการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นพี่น้องของผู้ป่วย (Thompson & Doll, 1982) สอดคล้องกับการศึกษาของ Davis (1992) ที่พบว่าผู้ที่ทำการดูแลผู้ป่วยมักเป็นมารดา ภรรยา รองลงมาคือ บุตรสาว พี่และน้อง ในขณะที่บิดาและบุตรชายจะเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน สอดคล้องกับการศึกษาของ ภักธอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับนอกสายเลือดเช่น บิดามารดาจะรับรู้ต่อภาระและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลมากกว่าผู้ดูแลอื่นๆ เนื่องมาจากความรักความผูกพันและมีความจริงจังกับการดูแลผู้ป่วย ตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของไทยที่ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวจะมีความห่วงใยความผูกพันต่อกัน มีความเอื้ออาทร ส่งผลให้มีการรับรู้ ภาวะกดดันด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัวจะมากกว่าความสัมพันธ์นอกสายเลือด (บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขาวานา สุวลักษณ์, 2547; รัตนา บุญโนตก, 2550; Dangdomyouth, 2006)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแล้ว ย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความหนักใจในการดูแลและไม่สามารถเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Anderson et al., 1980) สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพรณี พึ่งเกษมสุนทร (2553) ที่ พบว่า หลังจากให้โปรแกรมบำบัดครอบครัว สามารถลดความรู้สึกรู้สึกท้อแท้ ความรู้สึกรีษัดและลดภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (ปานิสรา เกษมสุข, 2551; จิราพร รักการ, 2549)

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนมากรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป ความเจ็บป่วยนี้ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ทำให้ส่งผลต่อการดูแลไม่ดี (Sadock and Sadock, 2007) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางราย จะไม่สนใจรับประทานอาหาร ไม่สนใจอาบน้ำ ไม่สนใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนเสื้อผ้า ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว (พิเศษฐ์ อุคมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดความสามารถเหล่านี้ Orem (1995) เรียกว่า บุคคลที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เพราะฉะนั้นการที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ประสบการณ์ และการ

ดูแลตนเองในด้านต่างๆ (แก้วตา มีศรี, 2554) เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยหรือช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลได้น้อยจะทำให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวานา สุวักขณ์; Campbell, 2003) เมื่อผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ และมีการกลับเป็นซ้ำมากขึ้น (มนตรี อมรเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544)

การเผชิญความเครียด ผู้ป่วยจิตเภท มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมการตัดสินใจ และความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (WHO, 2010) ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2552) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (สายใจ ก้าวอนันตคุณ, 2552) ถ้าความเครียดมีมากและเกิดยาวนานจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิดสติปัญญา อารมณ์และเจตคติของผู้ดูแล (นงคราญ รามแดง, 2550) ผู้ดูแลที่มีระดับการเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหาต่ำจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูงทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (Hall and Docherty, 2000; บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวานา สุวักขณ์, 2547)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดและสิ่งเร้าที่เข้ามาในชีวิตหรือเหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามาในชีวิตได้ ช่วยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา (Montgomery et al, 1985; Thompson and Doll, 1993 อ้างถึงใน ทิพย์ประพิน สุขเขียว, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yusuf and Nuhu (2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับผู้ป่วยจิตเภทในไนจีเรียพบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย ผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวานา สุวักขณ์ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความมากน้อยของความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากในการดำเนินชีวิตเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติ (Almeida, 1996) การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีการกล่าวถึงน้อยมาก ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการรับรู้ต่อความถี่ของการเกิดอาการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการเสื่อมถอยความสามารถของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การรับรู้ดังกล่าวมีผลกระทบต่อผู้ดูแล สอดคล้องกับ Noh and Turner (1982) กล่าวไว้ว่า ความ

ยุ่งยากจากพฤติกรรมของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ดูแล คือ มีความรู้สึกเบื่อน่าย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะความกดดันด้านจิตใจมาก (Mistonis et al ,2010)

จากแนวเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

- 1.ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 3.ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Reseach) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยจัดสรร ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การให้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ในเขตความรับผิดชอบของเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 18

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช นครสวรรค์ราชนครินทร์ ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดจันทบุรี อุทัยธานี จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร และจังหวัดนครสวรรค์

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ตัวแปรตาม คือ ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง จำนวนเป็นปีที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิต โดยวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 นับตั้งแต่ปีที่วินิจฉัยจนถึงปีที่ผู้วิจัยทำการศึกษา สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล หมายถึง ลักษณะความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ใน 2 ลักษณะคือบิดา มารดา พี่น้อง บุตร สามี ภรรยา และลักษณะที่สองคือ ลุง ป้า น้า อา หลาน สะใภ้ และเขย ซึ่งเป็นผู้ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อม และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค สามารถประเมินได้จาก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค การรักษา และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) พัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554)

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หมายถึง ความชำนาญ ความเชี่ยวชาญของผู้ดูแลในการดูแลการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ และในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประเมินจากความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลในด้านความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Appraisal of Self-Case Agency Scale: Form A) ที่สร้างตามแนวคิดของ Ever et al., (1985) แปลโดย Hanucharumkul (1986) พัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554)

การเผชิญความเครียด หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงทั้งด้านการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด โดยการเผชิญความเครียดแบ่งเป็น 2 แบบคือทั้งแบบที่มุ่งจัดการแก้ปัญหา และแบบที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ สามารถประเมินได้จากแบบเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Jalowich (1983) ที่พัฒนาโดย ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าจะได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองและสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมในด้านต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุน จากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อน การสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้องและความเชื่อทาง ศาสนา การสนับสนุนจากบุคลากรของโรงพยาบาล การสนับสนุนจากกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ สังคม การสนับสนุนด้าน ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุน ทางสังคม ตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) ที่พัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง กระบวนการที่ผู้ดูแลทำความเข้าใจต่อประเภทของ อาการทางจิตจากความผิดปกติ ที่สังเกตเห็นว่ามีเปลี่ยนแปลงของอาการทางจิตไปจากที่ตนเอง เคยรู้สึก การลดลงของความสามารถของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและความถี่ของการ เกิดพฤติกรรมและอาการทางจิต โดยครอบคลุมในด้านอาการซึมเศร้า การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม อาการทางจิต สมาธิ ความจำ และพฤติกรรม สามารถประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมและ การรับรู้อาการทางจิตที่สร้างขึ้นโดย ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544)

ภาวะกดดันด้านจิตใจ หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ ตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ 9 ด้าน คือ

1. ลักษณะอาการทางกาย (Somatization) หมายถึง อาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนหลับไม่สนิท ปวดหลัง เหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ถ้ามีอาการกลัวจะหน้า ซีด หายใจไม่ออก ปากแห้ง เป็นต้น

2. ย้ำคิดย้ำทำ (Obsession-Compulsion) หมายถึง อาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะที่ต้องย้ำคิดย้ำทำในบางสิ่งบางอย่างเมื่อนึกถึงเหตุการณ์เพื่อลดความวิตกกังวล เช่น ล้าง มือเพราะรู้สึกว่ามีมือสกปรก ถ้าไม่คิดหรือไม่ทำจะเกิดความวิตกกังวลอย่างรุนแรง ผู้ดูแลต้อง รับผิดชอบทั้งงานตนเองและของผู้ป่วย จึงพยายามทำอะไรให้สมบูรณ์แบบที่สุดเพื่อให้เป็นที่ยอมรับ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความวิตกกังวลนั้นจะถูกแทนที่ด้วยความคิดหรือการกระทำอยู่เป็นเวลานาน

3. การรับรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Sensitivity) หมายถึง อาการที่เกิด ตามมาจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ รู้สึกว่าตนเองบกพร่องหรือมีปมด้อยโดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับ ผู้อื่น เนื่องจากการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาพบปะเพื่อนฝูงจึงแยกตัวเองออกจากบุคคล อื่นๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการพบปะติดต่อกับผู้อื่นจะมีอาการดังนี้ อารมณ์ขุ่นมัว ไม่ อยากร่วมกับใคร รู้สึกไม่มีใครรัก ไม่สบายใจเมื่อคนอื่นจ้องมอง จึงชอบอยู่คนเดียว ทำให้ส่งผล ต่อสัมพันธภาพทั้งต่อตนเองและครอบครัว

4. ซึมเศร้า (Depression) หมายถึง อาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากพยายามเก็บกดเรื่องราวต่างๆ เอาไว้จึงก่อให้เกิดความไม่สบายใจ มีลักษณะเด่น 3 ประการ คือ ด้านอารมณ์ มีอารมณ์ซึมเศร้า จะแสดงออกทางสีหน้า มีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย จะมีการเคลื่อนไหวช้า พูดจาช้า เสียงต่ำ ขาดสมาธิในการทำงาน และด้านความนึกคิด มักจะคิดอะไรไม่ออก มีความหดหู่ ไม่มีความสุข

5. วิตกกังวล (Anxiety) อาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้ความสามารถลดลง และมีการแสดงออกแตกต่างกันไป ทางระบบไหลเวียน

โลหิต เช่น ใจเต้น ใจสั่น ทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเดิน ระบบอื่นๆ เช่น ปัสสาวะบ่อย หายใจถี่ เป็นต้น

6. มุ่งร้าย (Hostility) หมายถึง อาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นอารมณ์โกรธก้าวร้าว ทำลาย มุ่งร้าย แสดงออก 2 แบบ คือ แสดงออกต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุความคับข้องใจโดยตรง เช่น ชกต่อย ดบตี ดุด่า หรือทำให้บาดเจ็บหรือแสดงออกโดยการก้าวร้าวกับคนอื่น สิ่งอื่นแทน เนื่องจากไม่สามารถแสดงความก้าวร้าวต่อสิ่งที่เป็นต้นเหตุได้

7. กลัว (Phobic Anxiety) หมายถึง อาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย เป็นอาการที่เกิดขึ้นต่อวัตถุหรือสถานการณ์ จะต้องมากเกินกว่าที่ควรเป็น ไม่สามารถขจัดได้ด้วยการอธิบายหรือใช้เหตุผล

8. หวาดระแวง (Paranoid Ideation) หมายถึง อาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย อาการที่สำคัญ คือ หลงผิดคิดว่ามีคนทำร้าย คนอื่นพูดหรือทำอะไรมีความหมายพาดพิงมาถึงตน บุคคลพวกนี้มีชีวิตแปรเปลี่ยนอยู่ระหว่างโลกแห่งความจริงและโลกแห่งความฝัน

9. ลักษณะอาการทางจิต (Psychoticism) หมายถึงอาการที่เกิดตามมาจากการดูแลผู้ป่วย และเป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นด้านจิตใจที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องผูก ส่วนความผิดปกติด้านจิตใจ ได้แก่ กังวล คิดมาก หลงลืมง่าย หงุดหงิด โกรธง่าย เหม่า เบื่อหน่าย ลึกลับ เป็นต้น ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ Brief Symptom Inventory (BSI) ของ Derogatis (1992) พัฒนาโดยนุสรวิทย์ วิชย์โกวิทเทน (2547)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ซึ่งให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างใดๆจากการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) F 20.0 – 20.9 ซึ่งมีความผิดปกติด้าน

ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง มีความเสื่อมและบกพร่องด้านต่างๆทั้งบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคมที่มารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจิต สามารถนำไปวางแผนให้การดูแล เพื่อช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แก่ผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม และทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ตระหนักถึง การดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจิต สามารถนำผลที่ได้ไปวางแผน เพื่อป้องกัน หรือลด ภาวะกดดันด้านจิตใจ ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ ต่อภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ ต่อการดำเนินการวิจัย โดยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุ ของโรคจิตเภท
- 1.3 การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรคจิตเภท
- 1.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล
- 2.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกอดันด้านจิตใจ

- 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกอดันด้านจิตใจ
- 3.2 การประเมินภาวะกอดันด้านจิตใจ

4. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 4.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย
- 4.2 ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 4.3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 4.4 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
- 4.5 การเผชิญความเครียด
- 4.6 การสนับสนุนทางสังคม
- 4.7 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงและพบมากที่สุด เป็นโรคเรื้อรัง (Sadock and Sadock, 2007) เมื่อเป็นแล้ว ผู้ป่วยมีสภาพที่ไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง (Out of Reality) แสดงออกมาโดยลักษณะต่างๆ ดังนี้ (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2555)

อาการหลงผิด (Delusion) เป็นความเชื่อในสิ่งที่ไม่เป็นจริงอย่างฝังแน่นไม่เปลี่ยนแปลง แม้จะมีเหตุผลหลักฐานมาแย้ง

อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ชนิดที่พบบ่อย คือ อาการหูแว่ว ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนชนิด เช่น Olfactory Hallucination หรือ Tactile Hallucination อาจเป็นจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย

ความผิดปกติของกระบวนการคิด (Thought Disorder) แสดงออกโดยผ่านการพูดสนทนา ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ความคิดไม่สมเหตุสมผล หรือไม่สอดคล้องกับสภาพภายนอก อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น Loosening of Associations, Incoherent Speech หรือ Tangentiality เป็นต้น

พฤติกรรมที่ใครก็เห็นชัดว่าแปลกพิกลไม่สมเหตุสมผล (Grossly Disorganized Behavior) ไม่มีจุดมุ่งหมาย คาดเดาไม่ได้ว่าทำเพราะอะไร เช่น สวมเสื้อหลายตัวมอมแมม เดินเร่ร่อน จู่ๆ ถอดเสื้อทิ้งๆ ที่อยู่ในที่สาธารณะ หรือยืนจ้องพระอาทิตย์อยู่กลางถนน เป็นต้น

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

Boyd (2005) ได้กล่าวไว้ว่า โรคจิตเภทนั้นตามความหมายของ ICD 10 เป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความบกพร่องในเรื่องความสามารถ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากมีการเจ็บป่วยทางจิต และจากระบาดวิทยาประชากรทั่วไปร้อยละ 1 จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งส่วนมากมักเริ่มมีอาการ ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มิฐานะยากจน นั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่มิฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

Sadock and Sadock (2007) ได้กล่าวไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านกระบวนการความคิด อารมณ์ การรับรู้ และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์ (2552) ได้กล่าวไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม มีระยะเวลาการป่วยนานเกิน 6 เดือน ไม่มีอาการทางด้านอารมณ์เด่นชัด

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) ได้กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของกระบวนการความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยต้องมีอาการเป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) ได้กล่าวไว้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยมักจะเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ส่วนมากมักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยไม่ได้มีสาเหตุจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย หรือพิษของยาที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการหลายๆ สาเหตุดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) ซึ่งแนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันคือ Stress-Diathesis Model ที่เชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่าโรคจิตเภทมีสาเหตุจากหลายๆ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factor) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Factor) และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Factors) และปัจจัยอื่นๆดังต่อไปนี้

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factor)

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมจากการศึกษา พบว่า มีปัจจัยด้านชีวภาพที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหรือความผิดปกติหลายปัจจัยด้วยกัน คือ

1.2.1.1 ด้านพันธุกรรม การศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการศึกษาครอบครัว การศึกษาบุตรบุญธรรม และการศึกษาในกลุ่มแฝด โดยมีการศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภท ได้มากกว่าบุตรบุญธรรม ที่มีมารดาแท้ๆ ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Black and Anderson cited in Townsend, 2000) ส่วนการศึกษาในกลุ่มแฝด นั้นพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่า หรือมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดโรคจิตเภทถึงร้อยละ 47 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)ประชากรทั่วไปมีความเสี่ยง 1.0% ,ลูกที่พ่อ

หรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีความเสี่ยง 12.0 % พี่น้องของผู้ป่วยมีความเสี่ยง 8.0% , ลูกที่พ่อและแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีความเสี่ยง 40.0%, และคู่ฝาแฝดของผู้ป่วย (ไข่ใบเดียวกัน) มีความเสี่ยง 47.0% และมีการศึกษาเพื่อหาขึ้นที่เกี่ยวเนื่องกับการเกิดโรคนั้นยังไม่พบตำแหน่งยีนที่ผิดปกติชัดเจน ซึ่งโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของยีนหลายๆแห่งร่วมกัน(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.2.1.2 ความผิดปกติของชีวเคมีของสมอง (Biological Factors) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542) การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท สารสื่อประสาทที่สำคัญ ได้แก่ สารโดปามีน (Dopamine) สารซีโรโทนิน Serotonin สารนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) สารอะซีทิลโคลีน (Acetylcholine) และ Gamma-Aminobutyric acid (GABA)

สมมติฐานโดปามีน (Dopamine Hypothesis) เชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดจาก Dopaminergic Hyperactivity โดยเฉพาะในบริเวณ Mesolimbic และ Mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ Post-Synaptic Receptor เนื่องจากพบว่ายารักษาโรคนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น Dopamine Receptor Type 2 (D2 Antagonist)

สารสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่งที่สนใจกัน คือ Serotonin พบว่า การทำงานของ Serotonin-2 (5-HT_{2A}) Receptor ใน Frontal Cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยารักษาโรคนั้นกลุ่มใหม่ (Serotonin-Dopamine Antagonists) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ Serotonin การศึกษาในระยะหลังพบว่า N-methyl-D-Aspartic Acid (NMDA) Receptor ซึ่งเป็น Receptor ของ Glutamate มีส่วนเกี่ยวข้องในการเกิดโรคนั้น การทดลองพบว่าหาก NMDA Receptor ถูกยับยั้ง จะทำให้ Glutamatergic Neurotransmission ที่ Receptor Complex นี้ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท รวมทั้งยังพบอาการด้านลบ และ Cognitive Dysfunction ด้วย(มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.2.1.3 กายวิภาคของสมอง การศึกษาผลการตรวจสมองของผู้ป่วยจิตเภทในห้องปฏิบัติการ พบว่ามีความผิดปกติอย่างชัดเจน คือขนาดของ Lateral และ Third Ventricles มีการขยายใหญ่ขึ้น ปริมาณของมวลสมองส่วน Amygdala และ Hippocampus น้อยลง และเห็นเล็กกว่าเดิม ขนาดของ Basal Ganglia ใหญ่ขึ้น Cerebral Cortex เล็กลง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ส่วน Cerebral Metabolism ลดลงด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546) มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โตกว่า

ปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางรายงานพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์บริเวณ Limbic และ Periventricle (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552)

1.2.1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่า Cerebral Blood Flow และ Glucose Metabolism ลดลงในบริเวณ Frontal Lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน Cognitive มีความสัมพันธ์กับ Prefrontal lobe dysfunction แนวคิดปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทมิได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลายๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งในระดับ cortical และ Subcortical อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ Disturbed Neural Connectivity (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2552)

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological Factor) เป็นปัจจัยทางความเกี่ยวข้องระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตนั้นเป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของ Ego และมีความเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 ;Taylor, 1994) ร่วมกับการใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา เช่น การใช้กลไกการปฏิเสธ การปกป้องหรือการถดถอย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลให้เกิดความแปรปรวนทางจิต นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536; อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

1.2.3 ความกดดันในชีวิต เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย ที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือทำให้อาการของโรคกำเริบ (สมภพ เรืองตระกูล, 2546)

1.2.4 ความผิดปกติของบุคลิกภาพ พบว่าผู้ที่มีโอกาสจะเป็นโรคจิตเภท จะมีบุคลิกภาพชนิด Schizoid เป็นคนเก็บตัวไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน พุดน้อย ไม่ไวใจคน ช่างระแวง ขาดน้ำใจ รู้สึกประหม่าง่ายเวลาพบคนอื่น อารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าคนธรรมดา (Sadock and Sadock, 2000)

1.2.5 ปัจจัยทางครอบครัว ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theories) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้การตอบสนองที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม (Irrational Reactions) และเลียนแบบความคิดของพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูที่มีปัญหาด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านการพัฒนาความเกี่ยวข้องระหว่างบุคคล เกิดจากการเรียนรู้จากตัวอย่างที่ไม่ดีในขณะที่เป็นเด็ก (Sadock and Sadock, 2003) และมีทฤษฎีกล่าวว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High Expressed-Emotion; HEE) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostility) หรือผู้ซึ่งยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotional Overinvolvement) จะมีอัตราการเจ็บป่วยซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำ (สุชาติ พหลภคย์, 2547) นอกจากนี้การที่ครอบครัว มีการสื่อสารแบบสองนัย

ไม่ชัดเจนหรือไม่ตรงไปตรงมา ทั้งคำพูดและการกระทำ หรือมีความหมายแอบแฝงจะสร้างความสับสนให้กับเด็กเกิดความยุ่งยากใจ ในการแยกแยะความจริงไม่รู้ว่าปฏิบัติอย่างไรให้คนอื่น ๆ พอใจขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นทั้งในครอบครัวและในสังคม ทำให้มีความไม่ไว้วางใจใคร ส่วนในครอบครัวที่พ่อแม่ไม่รักใคร่ป้องกัน และครอบครัว ที่พ่อหรือแม่สนิทกับลูกมากเกินไปจนทำให้อีกฝ่ายหนึ่งด้อย (Schisms and Skewed Families) และครอบครัวที่ทะเลาะ มีการใช้ความรุนแรงต่อกันเป็นประจำ ก็เป็นสาเหตุให้คนในครอบครัวนั้นเกิดความกดดันและเป็นโรคจิตเภท (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542)

1.2.6 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social – Culture Factors) มีปัญหาทางจิตใจหลายอย่าง ที่เห็นได้ชัดเกี่ยวกับสังคม และศีลธรรม เช่น ปัญหายาเสพติด ปัญหาการติดสุรา ปัญหาทางเพศบางอย่าง และโรคที่เกิดเฉพาะบางวัฒนธรรม ปัจจัยนี้มีความหมายรวมไปถึงศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี ระดับเศรษฐกิจ ทัศนคติการเมือง และกฎหมายด้วย (Angell and Test, 2002) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมุติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการ โรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้การดำรงชีพไม่สามารถทำได้ในสภาพเดิม (Downward Drift Hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social Causation Hypothesis) (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.2.7 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Factors) จากการศึกษาพบว่าภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ และเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต เป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Sadock and Sadock, 2003) และบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนมากมีสาเหตุมาจากการเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตได้แก่ การสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกออกจากงาน (Brown and Birley, 2000) ผู้ป่วยเกิดความเครียดจากการเจ็บป่วยของตนเอง เครียดจากการไม่มีงานทำหรือไม่มีรายได้ และเครียดเนื่องจากความขัดแย้งในครอบครัว มีความคับข้องใจกับครอบครัวมีการทะเลาะวิวาทถกเถียงกันบ่อย (มารศรี ปาณีวัตร, 2548)

จากปัจจัยต่างๆดังกล่าวสรุปได้ว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าเกิดจากหลายปัจจัย แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือรูปแบบของความเครียด (Stress-Diathesis Model) ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.3 การวินิจฉัย อาการ และอาการแสดง การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรคจิตเภท

1.3.1 การวินิจฉัยโรค

เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD 10) อาการต่างๆของโรคจิตเภทสามารถแบ่งเป็นกลุ่มเพื่อสร้างเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรค 9 ประเภท (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) ดังนี้

1. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia)
2. โรคจิตเภทชนิดเฮบิฟรีนิก (Hebephrenic Schizophrenia)
3. โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Catatonic Schizophrenia)
4. โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (Residual Schizophrenia)
5. โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (Undifferentiated Schizophrenia)
6. โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (Post-Schizophrenic Depression)
7. โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (Simple Schizophrenia)
8. โรคจิตเภทชนิดอื่นๆ (Other Schizophrenia)
9. โรคจิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (Unspecified Schizophrenia)

ระบาดวิทยา

อุบัติการณ์ในช่วง 1 ปี 0.2 ต่อ 1,000 ความชุกชั่วชีวิต (Lifetime Prevalence) ร้อยละ 0.30-0.66 เพศหญิงและเพศชายพบได้พอๆ กัน ร้อยละ 75 พบในช่วงอายุ 15-30 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุเฉลี่ยขณะเริ่มมีอาการเท่ากับ 21 ปีในเพศชาย และ 27 ปีในเพศหญิง (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2555)

1.3.2 อาการ และอาการแสดง

อาการทางคลินิก อาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบรุนแรง หรือเฉียบพลัน อาจมีอาการนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ ซึ่งมีการแสดงออกทางพฤติกรรม การรับรู้ อารมณ์ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป (Boy, 2005) อาการที่สำคัญของโรคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) คือ

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) กลุ่มอาการทางบวกส่วนใหญ่จะแสดงออกมาให้เห็นชัดเจนกว่ากลุ่มอาการทางลบ และสามารถเกิดขึ้นช่วงใดช่วงหนึ่งของโรคก็ได้ ซึ่งอาการทางบวกนี้เป็นเป้าหมายสำคัญในการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนานนท์, 2552) กลุ่มอาการทางบวกมีดังต่อไปนี้

1.1 อาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ หลงผิดคิดไปเองว่ามีคนคอยปองร้าย และหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน

1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยคือหูแว่ว (Auditory Hallucination) ซึ่งพบในผู้ป่วยร้อยละ 75 เสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเสียงหรือคำพูด บางคนอาจรับฟังเฉยๆ หรือพูดจาโต้ตอบด้วย

1.3 อาการผิดปกติของคำพูด ผู้ป่วยมีปัญหาด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ บางครั้งคำพูดไม่ต่อเนื่อง (Loose Association) หรือผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่องเลย (Incoherence)

1.4 ความผิดปกติด้านพฤติกรรม เช่น มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก พลุ่พล่า่น กระวนกระวาย อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก หรือในลักษณะแปลกประหลาด มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ส่งเสียงร้องตะโกน

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) กลุ่มอาการทางลบเป็นการลดหน้าที่ปกติ เช่น การลดลงของพลังงานและแรงจูงใจและการลดลงของการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งอาการทางลบจะพบได้บ่อยและคงอยู่นาน (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนายนนท์, 2552) กลุ่มอาการทางลบมีดังต่อไปนี้

2.1 อารมณ์เฉยเมย (Affective Flattening) ขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ สีหน้าเรียบเฉย ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง

2.2 พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia)

2.3 ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (Avolition) ไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจเข้าร่วมในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

สรุปได้ว่า โรคจิตเภทสามารถแสดงออกมาได้หลายรูปแบบ ที่แตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีอาการหลักๆ คือ กลุ่มอาการทางบวกและกลุ่มอาการทางลบ ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ การที่พยาบาลสามารถเข้าใจเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยจะมีส่วนช่วยในการวางแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

1.3.3 การดำเนินโรค

การดำเนินของโรค อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเมื่อเริ่มเป็นโรคครั้งแรกในผู้ชายเท่ากับอายุ 20 ปี กลางๆ และในผู้หญิง 20 ปีตอนปลาย ส่วนใหญ่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีอาการนำ (Prodromal Symptoms) มาก่อน เช่น แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียน หรือการทำงาน ไม่ดูแลสุขอนามัย และมีท่าทางสกปรก มีพฤติกรรมผิดปกติ หรือแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง ญาติพี่น้องจะสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากคนเดิม ในที่สุดผู้ป่วยจะแสดงอาการของโรคชัดเจน เช่น อาการหูแว่ว หรืออาการหลงผิด การดำเนินโรคในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันมาก บางคนเป็นๆ หายๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง โดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติ อาการ

ของโรคมักทรงหรือทรุดลงตามลำดับจนผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพในระยะแรกของโรคอาการทางด้านลบมักเด่นชัด และในเวลาต่อมาอาการทางด้านบวกจะปรากฏเมื่อได้รับการรักษาอาการทางด้านบวกจะหมดไป แต่อาการทางด้านลบจะคงอยู่ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

การดำเนินโรคจิตเภททั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555)

1. ระยะอาการนำ (Prodromal Phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักเป็นกลุ่มอาการด้านลบ เช่น มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัว อยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ อาจออกดูระแวง แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนอาจนานตั้งแต่เป็นสัปดาห์จนถึงเป็นปี โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลลงเรื่อยๆ

2. ระยะอาการกำเริบ (Active Phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual Phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ Flat Affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบ (Relapse หรือ Acute Exacerbation) เป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบพบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งที่เป็นครั้งเดียวแล้วหายขาดหรือเป็น 2-3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete Remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากอาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete Remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยังเป็นบ่อยๆ ครั้ง และยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการทางลบมากกว่า

1.3.4 การพยากรณ์โรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีผลลัพธ์ของการรักษาที่แตกต่างกันอย่างมาก กล่าวคือ มีตั้งแต่การฟื้นตัวกลับมาย่างสมบูรณ์ไปจนถึงความเรื้อรังของอาการของโรคและภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ (ธวัชชัย ลิพหานาจ, 2552) ซึ่งการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท การรักษาโรคจิตเภทที่สำคัญ ได้แก่

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

ในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณี que ผู้ป่วยไม่ยอมกินยาและมีปัญหาในการวินิจฉัย ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

1.4.2 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยาเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยจิตเภท นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้นส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

1.4.2.1 ระยะเวลาควบคุมอาการ (Acute Phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลง โดยเร็วการที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยาส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

1.4.2.2 ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization Phase) หลังจากที่อาการสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ และควรให้ขนาดเดิม

1.4.2.3 ระยะเวลาการคงที่ (Maintenance Phase) เป็นช่วงที่อาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดีการควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก แล้วจะค่อยๆ ลดขนาดลง ร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือนจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้นหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาวนานอย่างน้อย 5 ปีหากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต(มาโนช หล่อตระกูล และ

ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555) ผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีปัญหาด้านความคิดอยู่แล้วแพทย์ควรสั่งยาที่ทำให้ผู้ป่วยสะดวกในการรับประทานยา เช่น หลีกเลี่ยงการใช้ยาหลายขนาน ใช้น้ำที่รับประทานเพียงวันละ 1-2 ครั้ง เกิดผลข้างเคียงจากยาน้อย เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการเรื่องยาของตนเองได้ถูกต้องและร่วมมือในการรับประทานยา (พิเชษฐ์ อดุมรัตน์ และ สรยุทธวาสิกนันท์, 2555)

1.4.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลการรักษาไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยาโดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรง ผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ป่วยที่มี Severe Depression ร่วมด้วย โดยการรักษาด้วยไฟฟ้าต้องทำร่วมกับการรักษาด้วยยาโรคจิต โดยทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนประมาณ 12 ครั้ง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555)

1.4.4 การรักษาจิตสังคม

การรักษาจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้างแม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไขรวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้ หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆด้าน การรักษาจิตสังคมประกอบด้วย(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555)

1.4.4.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษาตั้งเป้าหมายตามที่เป็จริง และผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่วยให้หาวิธีแก้ปัญหในแบบที่ทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้

1.4.4.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Psychoeducation or Family Counselling) เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์เพื่อให้การทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้น

1.4.4.3 กลุ่มบำบัด (Group Therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.4.4.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ

เท่าที่ทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาคุ้มกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจและเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จะเห็นได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง มีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลให้การทำหน้าที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ความสามารถในด้านต่างๆ ลดลง ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทจึงไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ควรมีการผสมผสานการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม จะทำให้ผู้ป่วยคงสภาพในภาวะปกติมากที่สุด

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1.5.1 ความหมายการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2550) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาลซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวิถีภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้

อรพรรณ ลือนุญชวิชัย (2554) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยส่วนรวมหรือเรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

สรุปได้ว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง การพยาบาลที่ใช้องค์ความรู้แนวคิด ทฤษฎีทั้งในด้านศาสตร์และศิลป์มาใช้ในการดูแลช่วยเหลือและบำบัดสนับสนุนส่งเสริมด้านสุขภาพป้องกันหรือดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยทางจิตรวมทั้งครอบครัว

1.5.2 หลักการพยาบาลทั่วไป

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่

ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมาย และด้านสังคมการพูดคุยๆ ทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยบิดเบือน และทำให้เกิดการตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น และสิ่งสำคัญ คือ เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วย ต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุวณีย์ เกียรติแก้ว, 2547) พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2) กำหนัดถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือการทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้วยังต้องกำหนัดถึงการดูแลช่วยเหลือ การตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคลครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วยคือการช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

1.5.3 การใช้กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลการประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษาการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อวิเคราะห์ระดับพฤติกรรม และสาเหตุของพฤติกรรมต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำสู่การวางแผน การพยาบาลอย่างครอบคลุมซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ดังนี้

1.5.3.1 การประเมินสภาพปัญหา

1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ได้รับสารอาหารสารน้ำ การพักผ่อน พยาบาลใช้การสังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย พยาบาลใช้การสังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบทั่วไป

2) การประเมินด้านการคิด มีความผิดปกติระดับใด อาการหลงผิดประสาทหลอน ความ คิดโดนปองร้ายมีหรือไม่ ความรุนแรงเพียงใดต้องได้รับการช่วยเหลือหรือระมัดระวังเพียงใด

3) การรับรู้ของผู้ป่วย ระดับการรับรู้ของผู้ป่วย อาการประสาทหลอน ระยะเวลาที่เกิดและการตอบสนอง เพื่อกำหนดแนวทางช่วยเหลือ

4) พฤติกรรมของผู้ป่วย มีการแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร อาการย้ำคิดย้ำทำ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอนต้องได้รับการช่วยเหลือ

5) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพและสร้างความไว้วางใจอย่าเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.7.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งสภาพทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและสัมพันธภาพ

1.5.3.3 การวางแผนการพยาบาล โดยมีการวางแผนระยะสั้นและระยะยาวเน้นหลักการดังนี้

1) การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยใน ระยะที่มีอาการจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆดังนี้

1.1) การดูแลความปลอดภัยให้ผู้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

1.2) การดูแลสภาพร่างกาย การได้รับสารน้ำ อาหาร การพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

1.3) การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ได้รับยาถูกต้องปลอดภัยสังเกตและระวังอาการ ที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

1.4) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่มสร้างสัมพันธภาพด้วยความ เข้าใจไว้วางใจสนับสนุน ความเข้าใจไว้วางใจสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะ การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นทั้งรายบุคคล และเป็นกลุ่ม

1.5) พัฒนาการปรับตัวการมองตน และการมองโลกในทางที่ดี

2) การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต

2.1) การดูแลตนเองด้านสุขภาพและการบำบัดอย่างต่อเนื่องเน้นการใช้ยาอย่าง ถูกต้อง การรับประทานอาหารการมีกิจกรรมต่างๆการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล

2.2) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

2.3) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน หน่วยงานใกล้บ้าน

1.5.3.3.4 การปฏิบัติกรพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาลโดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม

1) เสริมสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ
2) ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

3) รักษาสมดุลด้านชีววิทยา
4) ใช้ความคงเส้นคงวา ชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
6) นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม
7) ระวังระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียง ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

1.5.3.3.5 การประเมินผล ผลการประเมินควรพิจารณาดังนี้

1) ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ
2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางชีวภาพ

3) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้ดีขึ้น
4) ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
5) ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
6) ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
7) ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านการคิดและการรับรู้ มีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมินได้ วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินทางการพยาบาล

1.5.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.5.4.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจุบันนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลได้มุ่งเน้นบรรเทาอาการทางจิตที่รุนแรงหรือกำเริบเท่านั้น เมื่ออาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทน้อยลง ผู้ป่วยจิตเภทจะใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3 - 4 สัปดาห์ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับการจำหน่าย เพียงแค่ดูแลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีอาการผิดปกติหลายด้าน ซึ่งพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเหล่านี้ มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม บางอย่างหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน และความสัมพันธ์กับสังคม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544; กัทธอำไพ พิพัฒนานานนท์, 2544; Kane and Marder, 1993; พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552) และพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการเป็นๆ หายๆ ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีความบกพร่องในหน้าที่และบุคลิกภาพที่เสื่อมลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุด เมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) ก่อให้เกิดปัญหาขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชนตามมา (Buckwalter, 1991; Cunningham, 2007) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนยังมีปัญหาในการดูแลตนเองอย่างมาก (รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถประกอบอาชีพได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น และมักพบปัญหาการไม่ได้รับการสนใจเอาใจใส่จากญาติหรือผู้ดูแล ไม่มีผู้ดูแลให้ยา ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกำเริบ และป่วยซ้ำ ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2554; Townsend, 2006) ประกอบด้วย

1. ปัญหาด้านพฤติกรรม

1.1 ปัญหาพฤติกรรมทางจิตที่พบบ่อยได้แก่ ะอะอะอาละวาด แสดงอาการโกรธเกลียด รุนแรงทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของและทรัพย์สิน (วาสนา ปานดอก, 2545; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมอึดหัวเราะคนเดียว พูดบ่นคนเดียว หวาดระแวง ซึมเศร้า เดินไปเดินมา เดินเรื่อยเปื่อย กลางคืนไม่นอนและออกเดินตลอด (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2547)

1.2 ปัญหาด้านการปฏิบัติตัว ได้แก่ ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว พบว่าหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะแรกสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมา

ไม่ยอมสนใจ ไม่ช่วยเหลือตัวเองและเรียกร้องความสนใจจากครอบครัว (Gopinath and Chaturvedi, 1992 อ้างในสถิต วงศ์สุรประภิต, 2542)

1.3 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่มากถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมดซึ่งการสูบบุหรี่จะให้ฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตลดลงและทำให้เกิดอาการ Parkinsonism ได้ (Kaplan and Sadock, 1998) และจากการศึกษาของจันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 45.1

2. ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยา พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำได้ คือ ผู้ป่วยมักหยุดยาเองจากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ เกิดความน่าเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง บางรายขาดความรู้โดยเชื่อว่าตนเองมีอาการดีขึ้นแล้ว (อุมพร กาญจนรักษ์, 2545; กาญจนา เจริญชัย, 2547; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547; มารศรี ปาณิวัตร, 2548) และผู้ป่วยร้อยละ 60 ไม่ยอมรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (Vvelligan and Weiden, 2006 อ้างถึงใน Cunningham, 2007) ไม่ต้องการรับประทานยาต่อหรือปรับลดขนาดยาเพิ่มขนาดยาเอง ใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม หรือผิดวิธี (เพชรริ คันธสายบัว, 2548)

3. ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี (จิรัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) มีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเฉพาะญาติผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน บางส่วนเกิดความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวญาติบางรายไม่ยอมรับผู้ป่วย และอยากให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีการรับรู้ตราบาปมากที่สุด ในบรรดาโรคจิต (สุพัฒนา สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน, 2548) ทำให้รู้สึกทรมานต้องปิดบังการเจ็บป่วยไว้ (เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ และคณะ, 2547)

4. ปัญหาการประกอบอาชีพและรายได้ จากการศึกษาของ Dickerson et al, (2000) พบว่าผู้ป่วยขาดทักษะหน้าที่ทางสังคมและอับอายเกิดความไม่สบายใจในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น และเมื่ออาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วยจะทำงานไม่ได้เช่นเดิม ไม่มีสมาธิ เกียจคร้าน (จิรัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องเผชิญกับภาวะตกงาน

5. ปัญหาขาดการดูแลและเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้านมักไม่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากญาติ ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ถูกปล่อยให้อยู่บ้านคนเดียวเนื่องจากญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล หรือเพื่อความสะดวกในการประกอบอาชีพของญาติ (วาสนา ปานดอก, 2545; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549; สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542)

6. ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความเครียดจากการเจ็บป่วยของตนเอง เครียดจากการไม่มีงานทำหรือไม่มีรายได้ และเครียดเนื่องจากความขัดแย้งในครอบครัว มีความซับซ้อนใจกับครอบครัวมีการทะเลาะวิวาทถกเถียงกันบ่อย (มารศรี ปาณิวัตร, 2548)

สรุปได้ว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่วนมากมักพบปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น เอะอะ โวยวาย ทำลายข้าวของ ไม่ยอมรับประทานยา แยกตัวออกจากสังคม ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติดูแลหรือญาติไม่สนใจดูแล ถูกปล่อยไว้คนเดียว เกิดความเครียดเนื่องจากความเจ็บป่วยของตนเอง จากปัญหาครอบครัว จากการไม่มีงานทำขาดรายได้ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

1.5.4.2 ความหมายการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยตามระยะเวลาที่ป่วย ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง แม้จะจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนแล้วก็ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ จึงจำเป็นต้องให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน การพยาบาลในชุมชนจะมีความแตกต่างจากการดูแลในโรงพยาบาล ตรงที่สามารถค้นหาแหล่งทรัพยากรซึ่งอาจชุกช่อนอยู่ในชุมชนและยังไม่มีบทบาทอย่างชัดเจน เพื่อสร้างและสนับสนุนให้แหล่งทรัพยากรเหล่านั้น ได้มีบทบาทอย่างเข้มแข็งมากขึ้นในการเป็นพันธมิตรด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนดังกล่าวนี้จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยซึ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ต้องถูกทอดทิ้งให้อยู่กับครอบครัวที่ไม่มีความพร้อม โดยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง เพราะครอบครัวเหล่านี้มักจะได้รับผลกระทบด้านลบทางจิตใจและรับรู้ถึงความเป็นภาระจากการดูแล การดูแลในชุมชนจึงถือเป็นวิธีการดูแลที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2549 อ้างใน ปาณิสรา เกษมสุข, 2551)

อรพรรณ ลือนุญธวัชชัย (2545) ได้กล่าวถึงกิจกรรมที่พยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ การประเมินสภาวะผู้รับบริการ การสร้างสัมพันธภาพกับชุมชน การพัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว สอนให้ความรู้ทางสุขภาพจิตการปรับตัว ทักษะชีวิต และการประกอบอาชีพ ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม การสนับสนุนให้กำลังใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การประสานงานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ และการประเมินผล และการปรับการดูแลเป็นระยะๆ

รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2552) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน เป็นการนำองค์ความรู้ในทฤษฎีพัฒนาการ ทฤษฎีชีววิทยา ทฤษฎีสังคมวิทยา และทฤษฎีทางจิตวิทยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเพื่อการดูแลและบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวให้ลดจากภาวะทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิต บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่าง

อิสระในชุมชนจึงจำเป็นต้องใช้ความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล รวมทั้งแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อการตัดสินใจในการบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวให้ถูกต้องตามหลักการและสอดคล้องตามสถานการณ์ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพที่สุด

ดังนั้น ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจในโรคจิตเภทและเข้าใจผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลควรมีทักษะในการสร้างแรงจูงใจกับครอบครัว และชุมชนให้เห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม และช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการให้การพยาบาลแบบผสมผสานการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้ จากการศึกษาแบบอภิมานของ Macleod, Elliott and Brown (2011) พบว่าการพยาบาลที่พยาบาลด้านสุขภาพจิตชุมชนให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มความรู้เรื่องโรคจิตเภทแก่ผู้ดูแล และเป็นการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ดูแลอีกด้วย ดังนี้ คือ

1 การให้ความรู้ (Educational intervention) เพื่อให้มีความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการจัดการที่มีประโยชน์ อาจกระทำได้ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม ซึ่งมีข้อมูลหลักฐานว่าสามารถลดภาระในการดูแลครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2 การให้ความรู้สนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Supportive family education) เน้นการสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Supportive family education) เน้นการสนับสนุนครอบครัวเกี่ยวกับการให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพ เป้าหมายลดความเครียดและการดูแลเสริมสร้างคุณภาพการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต

3 การบำบัดครอบครัว (Family intervention) เป็นการบำบัดที่มีรูปแบบพิเศษที่เน้นการดูแลทางด้านชีววิทยา (Biology) เน้นที่การใช้ยาและสังคมของผู้ป่วยจิตเภท (Social component) เน้นที่การสื่อสาร การฝึกทักษะการแก้ปัญหา การให้ความรู้ เครือข่ายทางสังคม โดยใช้หลักแนวคิดที่กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ส่งผลกระทบถึงภาวะของครอบครัว การบำบัดครอบครัว (Family intervention) เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวบำบัด จากการศึกษาที่มีข้อมูลหลักฐานว่าสามารถลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ (Barrowclough et al., 1998)

4 การสนับสนุนบริการในชุมชน (Community support services) ได้แก่ การจัดการรายกรณี การให้บริการเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน โปรแกรมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน การให้คำปรึกษา การให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีพยาบาลอยู่ด้วย

5 กลุ่มสนับสนุนร่วมกัน (Mutual support groups) การใช้กลุ่มสนับสนุนเป็นสิ่งที่สามารถสร้างเสริมพลังอำนาจและการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี สามารถลดภาระของครอบครัวได้

6. งานบริการกลางวัน (Day care services) เป็นลักษณะที่เป็นโปรแกรมการดูแลเพื่อลดภาระของครอบครัวโดยบุคลากรที่ได้รับการอบรมมาโดยเฉพาะ

การดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน โรงพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยกลับชุมชนเร็วขึ้น ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพหลังการจำหน่ายจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความต่อเนื่อง ส่วนการส่งต่อระดับบนลงสู่ระดับล่าง คือ การส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนอาการทุเลาแต่ยังต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากหน่วยบริการตติยภูมิสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งรูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่ การดูแลที่บ้าน มีแนวคิดในการดูแลดังนี้ (กัลยา โนอินทร์, 2542)

1. เป็นการบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทรมานร่วมกัน
2. เป็นบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายวิชาชีพร่วมกัน
3. เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้รับบริการแบบผสมผสาน 4 มิติ
4. เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข
5. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
6. เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการ กับผู้ป่วยและครอบครัว
7. เป็นการบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จึงมีลักษณะดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

1. การประเมินสถานะผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
2. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน โดยมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจ การยอมรับและความเชื่อถือไว้วางใจ
3. การพัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจในกันและกันของสมาชิกในครอบครัว
4. สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว
5. ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม ซึ่งสามารถกระทำได้ทั้งให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและการให้คำปรึกษารอบครัว
6. การสนับสนุนให้กำลังใจในโอกาสที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ
7. การเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัวให้เข้าใจ มั่นใจในบทบาท ความสามารถและความรับผิดชอบของตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง
8. ประสานงานการดูแลครอบครัวกับชุมชน และองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นการสร้างความร่วมมือกับชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว
9. ประเมินผลและปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้เหมาะสมตามความต้องการมากที่สุด

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาระบบการบริการพยาบาล จะต้องคำนึงถึงการดูแลบุคคลแบบองค์รวม คือการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องร่วมประสานงานกันระหว่างผู้มารับบริการ ซึ่งก็คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาลและทีมผู้รักษาซึ่งเป็นผู้ให้บริการในทุกๆ ด้านทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูล การร่วมตัดสินใจและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาลนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.5.5 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านในระยะนี้จะเน้นที่การดูแลของครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่

ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรงพยาบาลผู้
 ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลและ
 ครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วยรวมทั้งมีอิทธิพล
 ต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่าผู้ดูแลและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญและ
 เชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริม
 และสนับสนุนให้ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแล
 สุขภาพที่บ้านจะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจึงจะสามารถนำแห่ง
 ประโยชน์จากผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ ในชุมชนมาใช้ให้เกิด
 ประโยชน์สูงสุด การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชจึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับ
 สิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการครอบคลุม 6 บทบาท คือ (Harder et al., 1987 อ้างถึง
 ใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2536; ทศนา บุญทอง, 2543)

1. บทบาทผู้ดูแล โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับ
 ผู้ใช้บริการ ทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ใช้บริการเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้อง
 ขอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน
2. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผนดำเนินการและประสานงานกับทีมสห
 วิชาชีพ ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการ และกิจกรรม
 อื่นๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัว
 มากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล
3. บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวพัฒนาทักษะทาง
 สังคมที่เหมาะสมให้ การจัด โอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่
 ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือทางสังคม
4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สำรวจปัญหา
 แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด
 ปรับความรู้สึกรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเองเพื่อตนเอง เพื่อลดความ
 ทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิด และทีมสุขภาพ
5. ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครูหรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้
 ข้อมูลย้อนหลัง ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
 ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างถาวร

6. ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหา

จากแนวคิดดังกล่าว นำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน เป็นการเยี่ยมบ้านรายครอบครัว อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลในครอบครัว หรือผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัว มีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแลดังนี้

Orem (1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมาย ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

Davis (1992 อ้างในดาวรุ่ง หนูแก้ว, 2546) ให้ความหมายว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือผู้ให้การช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล

Horowitz (1985 cited in Horowitz and Reinhard, 1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดูแลเป็นครั้งคราว

เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลคือ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวช ทั้งทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่น้อง บุตรหลาน หรือทางกฎหมาย เช่น สามีนี ภรรยาหรือผู้ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมให้กับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค

การเลือกผู้ดูแลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวต้องพิจารณาหลายๆปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการดูแล รวมทั้งแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วยตลอดจนสุขภาพรวมทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละบุคคลของผู้ดูแลนั้นขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีเข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ

2.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การเจ็บป่วยทางจิตต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวผู้ดูแล และการที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกติ นั้น ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตา และอดทนต่อผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534) กล่าวถึงการดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องการ ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลทั้ง 6 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย หากมีอาการทางจิตมากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อน
- 2) ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชย และให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่ดูค่าหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรงเพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย
- 3) ด้านสังคม ผู้ที่มีพฤติกรรมเฉื่อยชา แยกตัวเอง ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่นการพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา หรือร่วมงานต่างๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน

4) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ อาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล

5) ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนหรือดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการรักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

6) ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะการปรับตัวให้กับผู้ป่วยให้สามารถรับมือกับชีวิตและช่วยเหลือตนเองได้

จอม สุวรรณโน (2541) กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

1) ปฏิบัติการดูแลโดยตรงทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

2) ช่วยเหลือประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ

3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดจากสถานบริการสุขภาพจิตหาซื้อยา 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 รักษา และฟื้นฟู

จะเห็นได้ว่า บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบมากมายดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความอดทน มีการสังเกตที่ดี รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและตัดสินใจ

ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรรีบบำรุงผู้ดูแลผู้ป่วยตามความต้องการการดูแลให้ครอบคลุมตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท

2.3 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

Department of Social Change and Mental Health (WHO, 2000 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549) ได้แบ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้านคือ

ผลกระทบทางด้านจิตใจ ภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ดังนี้

1. อารมณ์เศร้า (Sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปต่างๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไป อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง

2. ความรู้สึกผิด (Guilt) บางครั้งผู้ดูแลอาจจะโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วยเนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่างๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเอง ภายหลัง

3. ความโกรธ (Anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตนเอง หรือโกรธเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

4. ความรู้สึกอับอาย (Embarrassment) ผู้ป่วยอาจมีปัญหาทางด้านความจำและปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ทำให้เกิดความอับอายได้

5. ความรู้สึกโดดเดี่ยว (lonely) ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสพบเพื่อนฝูงหรือสังคม เหมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว

ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological problem) พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อยๆ เช่น

1. อาการปวดหลัง (Backache) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักมีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยตามร่างกาย อันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตนเอง และปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจ (Psychosomatic) ที่มีสาเหตุมาจากภาวะเครียดที่สื่อให้ทราบว่าภาระที่ผู้ดูแลรับไว้ นั้นนับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาระนั้นๆ

2. อ่อนเพลียไม่มีแรง (Weakness) เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมักมีปัญหาในการนอนหลับทำให้ผู้ดูแลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรงทำให้เกิดโรค

แทรกซ้อนได้ และยังทำให้ผู้ดูแลมีอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่าย ส่งผลต่อการให้การดูแลผู้ป่วย โดยตรงได้เช่นกัน

3).มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (Increase health problem) ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่ต้องให้การดูแลตลอดเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอาจไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วกำเริบมากขึ้น และอาจมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น

ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic problem)

1). การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน (Change in working pattern) มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายอาจต้องเสียดลางออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

2). รายได้ลดลง (Lower income) ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว ย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้น และบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นอีก

3). ความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าผลกระทบของผู้ดูแลอีก ดังนี้

ผลกระทบทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ชุมชน พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทบางคนมีอาการรุนแรงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แปลกประหลาด น่ากลัวและคุกคามต่อบุคคลในชุมชนได้ (Tammiga อ้างถึงใน สุมณฑา บุญชัย, 2545) ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในชุมชน เพราะไม่สามารถทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ซึ่งทำให้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง มีเวลาให้กับส่วนรมน้อยลง (เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ และคณะ, 2547; นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548 ; สายใจ ก้าวอนันตคุณ, 2552 ; สุนันทา นวลเจริญ, 2553 ; Kreutzer et. al., 2002; Kadri, Manoudi, Berrada, and Moussaoui, 2004)

ผลกระทบด้านความเป็นส่วนตัว ผู้ดูแลจะรู้สึกที่ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่สามารถกำหนดเวลาได้แน่นอน มีความสามารถในการทำงานแย่ง เนื่องจากภารกิจที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (มนตรี อมรเชษฐ์กุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) ผู้ดูแลต้องหยุดหรือลางานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (รัชนิกร อุปเสน, 2541; Thomson et. al., 1993; Eakes, 1995)

สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อโดยตรงแก่ผู้ดูแลในทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความกดดันด้านจิตใจ เครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกอับอายและเป็นตราบาป อาจทำให้เกิดการเบียดเบียนผู้ป่วย ไม่ช่วยเหลือผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ และอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม สามารถปรับตัวได้เมื่อเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดี ผู้ป่วยจิตเภทก็ได้รับการดูแลที่เหมาะสมไม่ถูกทอดทิ้งและลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

2.4 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกแล้ว นอกจากผู้ดูแล จะได้รับผลกระทบตามที่กล่าวมาแล้วยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล การทารุณกรรม หรือผู้ป่วยอาจถูกทอดทิ้งตามมาได้ ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาต่อไปได้ ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้ดูแลก่อนที่ครอบครัวจะแตกสลาย จากการศึกษาวิจัยต่างๆ ได้เสนอแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาต่อไปได้ มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ประการต่อไปนี้ Paker (1992 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2549)

1. มีเวลาหยุดพักจากการดูแล (Time of From Caring) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้ป่วย
2. ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (Help From Others) เป็นความพึงพอใจจากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแล เช่น การช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ความเมตตา การช่วยเหลือทางสังคม
3. ได้รับความบริการ (Provision of Services) บทบาทของการบริการที่ช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น การบริการทางด้านสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ การบริการทางสังคมจากนักสังคมสงเคราะห์ การบริการดูแลชั่วคราวหรือกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยได้โดย
 - 3.1. ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและสังเกตภาวะเครียดของผู้ดูแล เพราะระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล
 - 3.2. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความคับข้องใจ เพื่อลดภาวะเครียดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในผู้ดูแล
 - 3.3. ให้ข้อมูล ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตามที่ผู้ดูแลต้องการ เพื่อช่วยผู้ดูแลกลับสู่กิจวัตรประจำวันเดิมได้เร็วขึ้น และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น

3.4. ช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแล มีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลและลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น

3.5. ส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล สาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง หรือการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจ

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจ

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีผู้ให้คำจำกัดความของภาวะความกดดันด้านจิตใจ (Psychological Distress) ใ่ว่างชัดเจน แต่พบว่ามีการใช้ภาวะความกดดันด้านจิตใจในเรื่องของด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ ด้านจิตวิทยา และทางด้านสังคมศาสตร์ โดยมีผู้กล่าวถึงภาวะความกดดันด้านจิตใจไว้ดังนี้

Abeloff et al., (2000) กล่าวถึงภาวะกดดันด้านจิตใจว่า เป็นแนวคิดทั่วไปที่กล่าวถึงการทำหน้าที่การปรับตัวที่ไม่ถูกต้องเมื่อบุคคลเผชิญปัญหากับความเครียด

Miles et al., (1999) อธิบายว่า สิ่งที่มีอิทธิพลที่ทำให้เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ มีผลมาจาก ความหวั่นไหวของครอบครัว ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม ความวิตกกังวลต่อสุขภาพของผู้ป่วย และบทบาทหน้าที่ ที่ทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ ซึ่งผลกระทบนี้สามารถเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

Masse (2009) อธิบายภาวะกดดันด้านจิตใจของบุคคลทั่วไป พบว่า บุคคลทั่วไปอธิบายการเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ ซึ่งสามารถอธิบายได้เป็น 6 ประโยค คือ

1) หมดกำลังใจและมองไม่เห็นอนาคต (Demoralization and Pessimism Toward the Future)

2) มีความกลัดกลุ้มและความเครียด (Anguish and Stress)

3) สูญเสียคุณค่าในตนเอง (Self-Deprecitation)

4) ไม่เข้าร่วมสังคม โดดเดี่ยว (Social Withdrawal and Social Isolation)

5) สุขภาพทางกายเปลี่ยนแปลง (Somatization)

6) ถีบตัว (Withdrawal into Oneself) และ Masse ได้พยายามทำเครื่องมือในการวัด แต่ไม่ได้บอกสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ

Ridner (2004) ให้ความหมายของภาวะกดดันด้านจิตใจ หมายถึง ความไม่สบายใจที่มีลักษณะเฉพาะ (unique discomfort) เป็นภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของบุคคล มีผลทำให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลแบบชั่วคราวหรือถาวร ประกอบด้วย การขาดความสามารถในการเผชิญปัญหา (Perceived in Ability to Cope) มีการเปลี่ยนแปลงทาง

อารมณ์ (Change in Imotional Status) มีอาการไม่สุขสบาย (Discomfort) มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร (Communication of Discomfort) และมีความรู้สึกเป็นอันตราย (Harm) และ Ridner (2004อ้างถึงใน ปวีณา แนนทนา ,2547) ยังได้สรุปถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของบุคคลนั้น เกิดจาก

- 1) ประสบการณ์ของบุคคลต่อการรับรู้ทางชีวจิตสังคม (Conscious Biopsychosocial)
- 2) สิ่งกระตุ้น (Stressor) ซึ่งเกิดจากความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmetneed) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล มีทั้งด้านบวกและด้านลบ อาจเป็นอาการทางกายหรือเหตุการณ์ที่สูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก
- 3) การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสิ่งกระตุ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม (Personal Threat) ทำให้เกิดการต่อสู้หรือหลีกเลี่ยง
- 4) ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุม (Loss of Control) การยอมรับหรือการกระทำ
- 5) การเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ (Ineffective Coping)

จากการให้ความหมายที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า ภาวะกดดันด้านจิตใจเป็นภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ทำให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลโดยเป็นผลมาจากการปรับตัวต่อการรับรู้ในด้านลบ

จากแนวคิดของ Ridner (2004) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีภาวะกดดันด้านจิตใจ เป็นผลจากการที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านต่างๆ คือ ความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร รวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรม จึงเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษา และรบกวนการทำหน้าที่ทางความคิดและสังคมของผู้ป่วยอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องจึงจะสามารถดำรงชีวิตใกล้เคียงปกติได้(บุญวดี เพชรรัตน์,2547) และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดการไร้สมรรถภาพในการทำหน้าที่ โดยเฉพาะไม่สามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ(สินชัย วสุนธรา,2547; ชนมภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร,2549) เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดกลัวการถูกทำร้าย จากผู้ป่วยอาการกำเริบของอาการ รู้สึกโดดเดี่ยว คับข้องใจ รู้สึกเป็นตราบาปของสังคม (Milligan,1997) รู้สึกขัดแย้ง เป็นทุกข์ อับอาย เบื่อหน่าย กังวลใจ วิตกกังวล(Montgomery et al.,1985 ; Walter et al.,1999; Rungreangkulkij and Gilliss,2000;Chien,2008) และเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ(บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขาวนาถ สุวลักษณ์, 2547) ร้อยละ30 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (Wong,2000) ปัญหานั้นจะเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวที่ขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย(ทูลภา บุญผาสังข์,2545) ขาดการสนับสนุนทางสังคม และ

ไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ (Lim and Ahn,2003)จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมานั้น ใน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ Ridner (2004) ที่ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความ กดดันด้านจิตใจได้อย่างชัดเจนครอบคลุม และบอกถึงอาการแสดงออกของบุคคลที่มีภาวะกดัน ด้านจิตใจ มี 9 ด้านด้วยกันคือ. ลักษณะอาการทางกาย (Somatization) ย้ำคิดย้ำทำ (Obsession- Compulsion) การรับรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Sensitivity) ซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) มุ่งร้าย (Hostility) กลัว (Phobic Anxiety) หวาดระแวง (Paranoid Ideation) ลักษณะอาการทางจิต (Psychoticism) ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาล เพื่อศึกษาภาวะความกดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

3.2 การประเมินภาวะความกดันด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อนำมาประเมินภาวะความกดัน ด้านจิตใจไว้หลายเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการนำมาประเมินภาวะความกดันด้านจิตใจนั้นจะ ขึ้นอยู่กับแนวคิดภาวะความกดันด้านจิตใจที่ผู้ทำการศึกษานั้นสนใจ

3.2.1 แบบประเมิน Symptom Checklist-35-Revised (SCL-35R) แบบประเมินนี้เป็นส่วน หนึ่งของ SCL-90R ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Derogatis ในปี 1983 แบบประเมิน SCL-35R นี้ ประกอบด้วย 35 ข้อคำถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คืออาการทางกาย (Somatization), วิตกกังวล (Anxiety) และ ซึมเศร้า (Depression) แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะความกดันด้านจิตใจสูง แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้วัดความ กดันด้านจิตใจของบิดาและมารดาของเด็ก ซึ่งป่วยเป็นมะเร็งจำนวน 195 คู่ ได้ค่าความเที่ยงของ เครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .97 (Yeh, 2003)

3.2.2 แบบประเมิน Profile of Mood State (POMS) ของ McNair และคณะที่สร้างขึ้นปี 1971 เป็นแบบประเมินภาวะอารมณ์ 6 ชนิด ได้แก่ ความเครียด ความซึมเศร้า ความโกรธ ความ เหนื่อยล้า ความสับสน และความกระปรี้กระเปร่า แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามที่เป็น คำคุณศัพท์ 65 ข้อคำถาม ใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) แบบประเมินนี้นำไปใช้วัด ความกดันด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 212 คน โดยความกดันด้านจิตใจแปลผลจาก ค่าความไม่สมดุลทางอารมณ์ ซึ่งได้จากการรวมคะแนนของทุกข้อคำถาม ความไม่สมดุลทาง อารมณ์มาก หมายถึง ความกดันด้านจิตใจสูง มีความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .91 (Uchitomi et al., 2003)

3.2.3 แบบประเมิน Brief Symptom Inventory (BSI) ที่สร้างขึ้น โดย Derogatis ในปี 1975 แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถาม จำนวน 53 ข้อ แต่ละข้อใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4

คะแนน) แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 213 คน โดย OFarrell, Murray และ Hotz (2000) คะแนนความกดดันด้านจิตใจคำนวณโดยการรวมคะแนนของทุกข้อหาคด้วยจำนวนข้อที่กลุ่มตัวอย่างเลือกคะแนนที่ได้เรียกว่า Global Severity Index (GSI) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะความกดดันด้านจิตใจสูง มีความเสี่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .90

3.2.4 แบบประเมิน Psychological Distress Manifestation Measurement Scale (PDMMS) พัฒนาโดย Masse ในปี 1998 แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้ผู้ถูกประเมิน ประเมินอาการของตนเองจำนวน 23 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง มีความกดดันด้านจิตใจสูง แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินความกดดันด้านจิตใจของประชาชนทั่วไปจำนวน 400 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากัน .93 (Masse, 1998; 2000)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน Brief Symptom Inventory (BSI) ในการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ เนื่องจากแบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่มีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ ประกอบกับแบบประเมินนี้ได้เคยนำไปใช้ในการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีลักษณะของข้อคำถามที่ครอบคลุมการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจด้านการแสดง ลักษณะอาการทางกาย ย้ำคิดย้ำทำการรับรู้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ซึมเศร้า วิตกกังวล มุ่งร้าย กลัว หวาดระแวง ลักษณะอาการทางจิต เนื้อหาของข้อคำถามภาวะกดดันด้านจิตใจนั้น เป็นการประเมินการแสดงออกด้านต่างๆของภาวะกดดันด้านจิตใจ อีกทั้งเป็นข้อคำถามที่สามารถทำความเข้าใจได้ง่าย และไม่ซับซ้อน จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ด้วยพยาธิสภาพของโรคที่เกิดกับตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตัวเองได้ ต้องพึ่งพาญาติ หรือคนใกล้ชิดในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีภาวะกดดันด้านจิตใจ(บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขียวนาถ สุวลักษณ์, 2547) สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของบุคคลนั้น จากการศึกษาของ Ridner (2004) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในงานวิจัย ผู้วิจัยคัดสรรมาดังนี้

4.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ในการที่ผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ที่มีอาการทั้งทางร่างกาย และทางด้านจิตใจนั้น ไม่ว่าจะผู้ป่วยเป็นโรคที่เกิดทางกาย หรือโรคที่เกิดอาการทางจิต ผู้ดูแล

นั้นเกิดผลกระทบมากมายหลายด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สะท้อนถึงความเรื้อรังของโรค เพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับยาเป็นเวลานานและต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาของโรค เช่น ผู้ป่วยที่มารับการรักษาครั้งแรก หลังจากอาการพอทุเลาแล้วจะต้องให้ยาต่ออีกประมาณ 1 ปี เป็นอย่างน้อย หากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สอง จะต้องให้ยาไปถึง 5 ปี และถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะทำให้ขาดตลอดไป(มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากและฝืนปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้จะมีความอดทนน้อย อาจไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา(เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536)ผู้ป่วยส่วนมากมักจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (American Psychiatric Association, 1994)ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูงเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่กลับเป็นซ้ำภายใน 2-6 เดือนหลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 50 และภายใน 2 ปีหลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 70 (Fowler, 1992)และเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังนานๆ ทำให้ระดับศักยภาพในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยลดลง(Quilan and Ohlund, 1995) ถึงแม้ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเองบ้างแต่ก็มักเป็นไปแบบขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจและแรงจูงใจ(Kaplan and Sadock, 1995)ทำให้ผู้ป่วยเกินครึ่งมีปัญหาการปรับตัวหลังจำหน่ายไปอยู่บ้านผู้ป่วยมักจะมีผลของความล้มเหลวของความสามารถในทุกด้านรวมทั้งการดูแล ซึ่งทำให้ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเกือบทุกด้าน ผู้ดูแลจึงเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ (บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขาวนาถ สุวลักษณ์ , 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mistonis et al (2010) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจสูงขึ้น

4.2. ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่ถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นแหล่งความช่วยเหลือที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากความผูกพันต่อกันความใกล้ชิด และเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องดูแลเกื้อหนุนสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยให้มีสุขภาพดีขึ้นโดยเร็วที่สุด โดยเฉพาะในสังคมวัฒนธรรมของไทย แต่บทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อบุคคลในครอบครัวแตกต่างกัน ทำให้ความรับผิดชอบของผู้ดูแลแต่ละคนแตกต่างกันไปด้วย ในครอบครัวบุคคลที่อยู่ในครอบครัว มีลักษณะความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ใน 2 ลักษณะ คือ บิดา มารดา พี่น้อง บุตร สามี ภรรยา และลักษณะที่สองคือ ลูก ป้า น้า อา หลาน สะใภ้ และเขย ในการดูแลผู้ป่วย ในครอบครัวเดียวกันนั้น ผู้ดูแลจะรู้สึกถึงความรักความผูกพัน ความห่วงใย ในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล จึงขึ้นอยู่กับความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความผูกพันกันมาก ผู้ดูแลจะรู้สึกถึงภาวะกดดันด้านจิตใจมาก ที่บุคคลที่รักต้องเกิดการเจ็บป่วย เช่น

มารดาที่ต้องดูแลบุตรที่ป่วย มารดาจะรับรู้ถึงการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น (Gutierrez et al., 2005)

4.3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นอย่างน้อย 6 เดือน(สมภพ เรื่องตระกูล ,2553) การที่ผู้ดูแลมีความรู้ในการช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน ดูแลการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ การให้คำแนะนำเมื่อมีปัญหา สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ติดตามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่บุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (Ruppert, 1996) การมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทจะสามารถลดความรู้สึกท้อแท้ ความรู้สึกเครียดและลดภาวะกดดันด้านจิตใจจาก การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้(จิราพร รักการ, 2549 ; ปาณิสรา เกษมสุข ,2551)สอดคล้องกับการศึกษาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคทางกายเช่น การศึกษาของ Platz et al. (2000) ในการศึกษาทัศนคติในการฝึกกู่ชีวิตให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าก่อนได้รับการฝึกกู่ชีวิตครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วย เพราะกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกลัวว่าไม่มีความรู้เพียงพอและความเข้าใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย จึงทำให้บุคคลในครอบครัวรู้สึกขาดอำนาจในการควบคุมสิ่งที่จะเกิดขึ้น รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ส่งผลให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจขึ้น

4.4 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ความชำนาญ ความเชี่ยวชาญของผู้ดูแลในการดูแลการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ และในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล มีผลต่อตัวผู้ป่วยจิตเภท คือ เกิดอาการกำเริบ ป่วยซ้ำ ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) และมีผลต่อตัวผู้ดูแลเอง คือผู้ดูแลจะรู้สึก ท้อแท้ สิ้นหวัง กลัว และมีภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมาก (Orem,1995;บุญวาทิ เพชรรัตน์และ ยาวานาถ สุวลักษณ์, 2547;Campbell,2003)

4.5 การเผชิญความเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยมักมีการเผชิญปัญหาโดยใช้อารมณ์ และใช้การหลีกเลี่ยงและหนีปัญหาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งพบว่าการแก้ปัญหาเหล่านี้จะเพิ่มภาวะความกดดันด้านจิตใจมากขึ้นตามลำดับ (Nyamathi et al, 1992; O'Farrell, Murray, and Hotz, 2000) ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลและ ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยนอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (พิเชษฐ อุคมรัตน์,2552) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (สายใจ ก้าวอนันตคุณ, 2552) ถ้าความเครียดนั้นมีมากและเกิดยาวนานจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง

ความคิดสติปัญญา อารมณ์และเจตคติของผู้ดูแล (นงคราญ รามแดง, 2550) ผู้ดูแลที่มีระดับการเผชิญความเครียดสูงแก้ปัญหาต่ำจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูงทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (Hall and Docherty, 2000 ; บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขาวนาถ สุวักขณ์, 2547)

4.6 การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่เกิดจากการติดต่อกันระหว่างบุคคลทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลสามารถที่จะลดภาวะกดดันด้านจิตใจได้ (Wortman, 1984) Pender (1996) ได้อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับความรัก การยอมรับนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลหนึ่ง แต่ไม่รวมถึงการที่บุคคลจะกระทำการใดสิ่งหนึ่งเพื่อบุคคลอื่น การที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่มีแหล่งสนับสนุนจากสังคมคอยช่วยเหลือ ผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำกว่าผู้ดูแลที่รับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ในครอบครัวของผู้ดูแลที่รับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางการเงินจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจน้อย หรือครอบครัวที่ยากจนเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจสูงกว่าครอบครัวที่มีฐานะดี (Yusof and Nohu, 2011)

4.7 การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสิ่งกระตุ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม (Personal threat) ทำให้เกิดการต่อสู้หรือหนี ระดับความรุนแรงของโรคนั้นบ่งบอกถึงอันตรายที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมีระดับความรุนแรงของโรคมก จะมีความกดดันด้านจิตใจมากขึ้นตามลำดับเพราะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการรุนแรงจะแสดงออกด้วยอาการก้าวร้าว เอะอะไว้วาย ทำร้ายตัวเองและผู้ดูแล (Mitsonis et.al, 2010) การที่ผู้ดูแลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคาดการณ์ล่วงหน้าไม่ได้ว่าจะเกิดอาการอะไรขึ้นมาได้นั้น ผู้ดูแลเกิดภาวะสับสน ภาวะซึมเศร้า เครียดเกิดความกลัว รู้สึกผิดหรือโกรธเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย (เวทีณี สุขมาก และคณะ, 2544; Sethabouppha, 2002; Magana et al., 2004; Weisman et al., 2005 ; Wai – Tong et al ., 2007; Magliano et al., 2007; Chang , 2006 cited in Hanzawa et al., 2010)

5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขาวนาถ สุวลักษณ์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยเป็นผู้นำผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 250 ราย ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การรับรู้เศรษฐกิจฐานะของครอบครัวของผู้ดูแล และการรับรู้ว่ามีแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลคือ ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

นุสรรา วิชัยโกวิทเทน (2547) ศึกษาถึงภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังจากฝึกวิถีชีวิตร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจในวันแรกที่ตกลงเข้าร่วมในการวิจัยและตอบแบบประเมินอีกครั้งทางไปรษณีย์ ส่วนกลุ่มทดลองตอบแบบประเมินการกดดันด้านจิตใจในวันแรกที่ตกลงเข้าร่วมในการวิจัยและตอบแบบประเมินอีก 2 ครั้ง หลังจากได้รับโปรแกรมฯ ครบทุกขั้นตอนในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ มีภาวะความกดดันด้านจิตใจ หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 3 ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และมีภาวะความกดดันด้านจิตใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิรนนท์ ชันแข็ง (2548) ศึกษาประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 15 ราย ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า มารดาให้ความหมายการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทว่า เป็นการกระทำที่อยากให้นุตรหายจากความเจ็บป่วย และเป็นการแสดงความรักผูกพัน ห่วงใยของความเป็นแม่ ส่วนประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท มี 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) ประสบการณ์ด้านการรับรู้ความเจ็บป่วย มารดาคิดว่าการเจ็บป่วยของบุตรมีที่มาจาก 2 สาเหตุ ได้แก่ เกิดจากความเครียดหรือคิดมากทำให้ประสาทไม่ดี เกิดจากถูกผีเข้าหรือโดนของ

2) ประสบการณ์ด้านพฤติกรรมกรดูแล ซึ่งแบ่งพฤติกรรมกรดูแลเป็น 2 ระยะ ได้แก่ พฤติกรรมกรดูแลระยะแรกที่มีการเจ็บป่วย/มีอาการทางจิต และพฤติกรรมกรดูแลในระยะอาการสงบ/ไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ

3) ประสบการณ์ด้านอารมณ์และความรู้สึกจากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท แบ่ง 4 กลุ่ม ได้แก่ (ก) ไม่มีความสุขช่วงที่มีอาการ คือ ความรู้สึกก্লุ้มใจ กอดคั่นด้านจิตใจ เป็นอยู่ในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย เป็นห่วงเป็นใย ความรู้สึกยุ่งยากลำบากเมื่อต้องพาผู้ป่วยเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ ความรู้สึกอับอายในพฤติกรรมที่เกิดจากการเจ็บป่วย เจ็บตัว และเจ็บใจเมื่อถูกบุตรทำร้ายร่างกาย (ข) การมีความหวังว่าบุตรจะหายจากการเจ็บป่วย ถึงแม้จะได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่าโอกาสหายขาดมีน้อยหรืออาจต้องรับประทุกันยาตลอดชีวิต (ค) สบายใจเมื่อมีอาการดีขึ้น และ (ง) ทำใจยอมรับการกรดูแลเมื่อบุตรเจ็บป่วย

Ip and Mackenzie (1998) ศึกษาประสบการณ์ในการดูแลญาติที่ป่วยเป็นโรคทางจิตอย่างรุนแรงที่บ้านของผู้ดูแลในประเทศฮ่องกง ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักจำนวน 8 ราย ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลและรับการดูแลต่อที่บ้าน พบว่า ประสบการณ์ของผู้ดูแลมี 5 ลักษณะ คือ

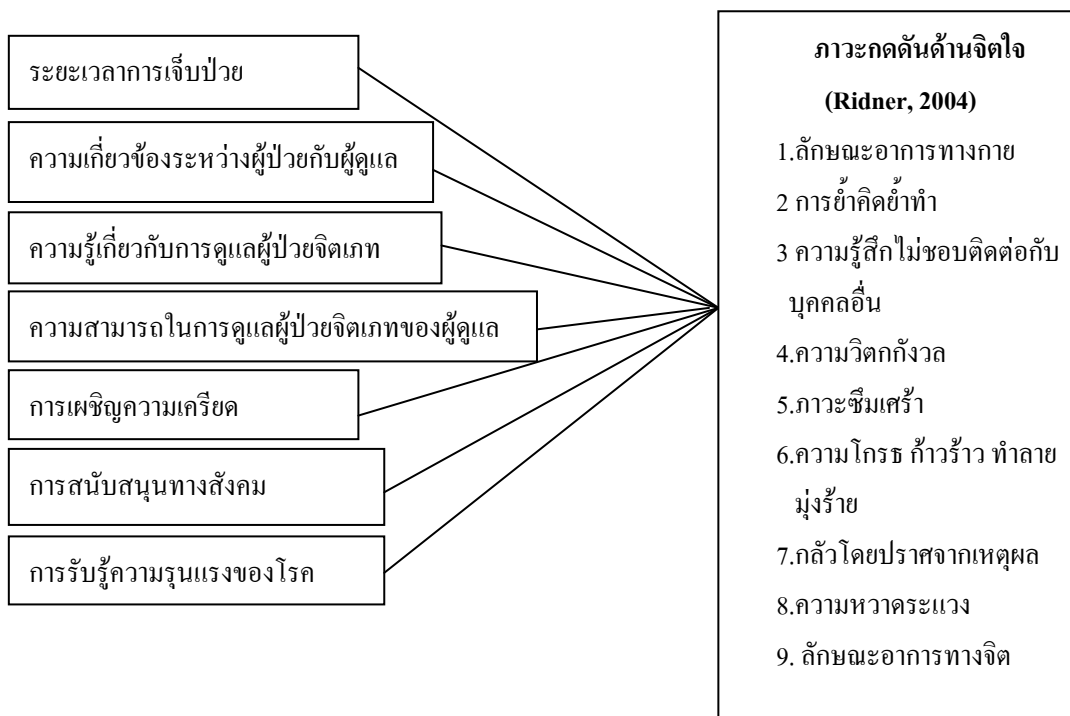
- 1) ได้รับผลกระทบด้านอารมณ์ ได้แก่ ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ ความรู้สึกโกรธ ผิดหวัง ท้อแท้ กังวลว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และรู้สึกหมดหวัง
- 2) วิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัว ผู้ดูแลรู้สึกว่ากรดูแลผู้ป่วยนั้นขัดขวางการดำเนินชีวิตทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาด้านการเงิน
- 3) ได้รับผลกระทบด้านจิตสังคม ได้แก่ ผู้ดูแลรู้สึกว่ากรดูแลผู้ป่วยนั้นขัดขวางการดำเนินชีวิตทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาด้านการเงิน
- 4) ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลรู้ว่าตนได้รับความช่วยเหลือทางสังคมน้อย
- 5) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและบริการด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ผู้ดูแลต้องการข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของญาติ ความรู้เรื่องยา และการรักษา การบริการที่ได้รับ และการจัดการกับอาการของผู้ป่วย

Chang and Horrocks (2006) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิต ด้วยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดของ Heidegger กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตที่เป็นชาวจีนในประเทศมาเลเซียจำนวน 19 ราย พบว่า ผู้ดูแลได้ให้ความหมายการดูแลว่า 1) เป็นงานวันต่อวัน (day to day care) คือ การดูแลผู้ป่วยเรื่องกิจวัตรประจำวันในแต่ละวัน 2) เป็นงานที่ต้องทน (Enduring the caregiving process) ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนมากแสดงถึงความรู้สึกเป็นภาระในการที่ตน

ต้องพยายามช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และต้องทนกับพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมที่ก้าวร้าวและรุนแรง และผู้ดูแลยังรู้สึกอับอาย ท้อแท้ โมโห เบื่อหน่าย ทุกข์ใจและรู้สึกเป็นปมด้อย แต่แม้ผู้ดูแลผู้ป่วยจะบอกเล่าถึงความรู้สึกไม่พึงพอใจและเป็นภาระ ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกคนก็ให้ข้อมูลว่าตนจะทนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป และ 3) การคงหน้าที่ในการดูแล (Surviving the caregiving process) ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนมากกล่าวว่าลักษณะการอนุমানสาเหตุเชิงบวกของตนทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเรียนรู้วิธีที่จะยอมรับและเผชิญกับความบกพร่องของผู้ป่วยและสถานการณ์การดูแล

Mitsonis et al (2010) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 87 รายที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านบวกและด้านลบผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลคือ ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลกล่าวคือถ้าระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยาวนานผู้ดูแลจะเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น ระดับอาการของผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจคือ ถ้าผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจัดสรร ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค โดย การใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ในเขตความรับผิดชอบของเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 18

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนกนครินทร์ ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดจังหวัดอุทัยธานี จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร และจังหวัดนครสวรรค์ในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 ที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. โดยมีวิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1987) ซึ่งมีในสูตรการคำนวณดังนี้

$$N = 8k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}, k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$N = (8 \times 10) + 50$ ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ 130 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ (Dillman, 2000) ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีก 10 %กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 165 คน

โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย
2. มีความสัมพันธ์ในฐานะบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน เขย สะใภ้ หรือญาติที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันสม่ำเสมอโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
3. มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

4. สามารถเข้าใจภาษาไทยมีการรับรู้ที่ดี สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจจังหวัดที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 18 พบว่า มีทั้งหมด 5 จังหวัดคือ จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร จังหวัดนครสวรรค์และ จังหวัดชัยนาท และจังหวัดใกล้เคียงที่มารับบริการอีก 3 จังหวัด รวมเป็น 8 จังหวัด คือ จังหวัดเพชรบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดสุโขทัย จากนั้นทำการสุ่มเลือกจังหวัดโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากจังหวัดจำนวน 4 จังหวัดแบบไม่แทนที่ จากทั้งหมด 8 จังหวัดซึ่งผลการสุ่มได้จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร และจังหวัดนครสวรรค์

2. แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัด เนื่องจากประชากรของแต่ละจังหวัดมีจำนวนไม่เท่ากัน จากการสำรวจประชากรของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทใน 4 จังหวัด คือ จังหวัดอุทัยธานี จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร จังหวัดนครสวรรค์ อ้างอิงข้อมูลประชากรผู้ป่วยโรคจิตเภทจากแผนกเวชสถิติโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ในปีงบประมาณ 2555 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด ดังนี้

จังหวัด	จำนวนประชากร		จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	
อุทัยธานี	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท	518 คน	จำนวน	31 คน
กำแพงเพชร	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท	395 คน	จำนวน	23 คน
พิจิตร	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท	269 คน	จำนวน	16 คน
นครสวรรค์	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท	1619 คน	จำนวน	95 คน
รวม	จำนวน	2801 คน	จำนวน	165 คน

3. ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ดูแลทุกรายที่มารับบริการในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลจนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละจังหวัด ซึ่งจำนวนรวมทั้งหมด คือ 165 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุทัยธานี ในเดือน ธันวาคม 2555 ทุกวันอังคาร ถึง วันศุกร์ เวลา 09.00 – 12.00 น

กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดนครสวรรค์ในเดือน มกราคม 2556 ทุกวันอังคาร ถึง วันศุกร์ เวลา 09.00 – 12.00 น

กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดกำแพงเพชร ในเดือน กุมภาพันธ์ 2556 ทุกวัน อังคาร ถึง วันศุกร์ เวลา 09.00 – 12.00 น

กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดพิจิตร ในเดือน กุมภาพันธ์ 2556 ทุกวันอังคาร ถึง วันศุกร์ เวลา 09.00 – 12.00 น

4.ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ไม่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ได้มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นเพื่อให้มี ความสมบูรณ์ของข้อมูลและให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง ผู้วิจัยจึงได้ตัดกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวออก ทำให้มี กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ทั้งสิ้นเท่ากับ 145 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย ข้อ คำถามเกี่ยวกับ เพศผู้ดูแล อายุผู้ดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้อง ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงจาก แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) พัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554) จำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 12 ข้อ (ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 18, 19) เป็นข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ (ข้อ 3, 11, 12, 14, 15, 16, 17)

แบ่งเป็นคำถาม ดังนี้

ความหมายของโรคจิตเภท	จำนวน 1 ข้อ
สาเหตุของโรคจิตเภท	จำนวน 5 ข้อ
อาการของโรคจิตเภท	จำนวน 4 ข้อ
การดำเนินของโรคจิตเภท	จำนวน 1 ข้อ
การรักษาโรคจิตเภท	จำนวน 2 ข้อ
การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	จำนวน 7 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน

คำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับข้อคำถามบางข้อเนื่องจากมีความหมายที่ผู้ดูแลผู้ป่วยอ่านแล้วเกิดความสับสนในข้อคำถาม โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น จำนวน 5 ข้อ ข้อที่ 1, 2, 10, 13, และ 15 ดังนี้

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
1. โรคจิตเภทหมายถึงโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป	1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก การกระทำที่ผิดปกติและไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง
2. สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง	2. สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง
10. ผู้ป่วยโรคจิตเภททุกคนมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย คาดเดายาก	10. ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย คาดเดายาก ไม่รู้ว่าต้องการอะไร
13. คนที่มีอาการเหม่อลอย เกียจคร้าน ชอบอยู่คนเดียว ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง ถือว่าเริ่มป่วยเป็นโรคจิตเภท	13. คนที่มีอาการเหม่อลอย นั่งอยู่เฉยๆ ไม่มีกิจกรรมอะไร ชอบอยู่คนเดียว ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง ต้องรีบให้การดูแล
15. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษา ถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ หรือไปเสพยาเสพติด ผู้ป่วยก็จะไม่มีอาการกำเริบ	15. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยา หากได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ หรือไปเสพยาเสพติด ผู้ป่วยจะไม่มีอาการกำเริบ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

โดย ผู้วิจัย นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรของคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder - Richardson 20 : KR20) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .70 - .80

(Dixon,2001)สำหรับแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล แบบสอบถาม 26 ข้อ ค่าความเที่ยงที่ได้คือ .55 กรณีที่ตัดข้อคำถาม ข้อ 5, 9, 13, 15, 18, 22 เพื่อให้ค่าความเชื่อมั่นสูงขึ้นจำนวนข้อคำถามทั้งหมดมี 20 ข้อจาก 26 ข้อ แล้วนำมาคิดค่าความเที่ยงโดยวิธี KR 20 ผลที่ได้คือ .71 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแล ของแก้วตา มีศรี (2554) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Appraisal of Self-Care Agency Scale: Form A) ที่สร้างตามแนวคิดของ Ever et al., (1985) แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามด้านบวก 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่ตรงกับตัวท่านเลย ตรงกับตัวท่านปานกลาง ตรงกับตัวท่านมากที่สุด เพื่อให้ที่ความละเอียดของความสามารถมากขึ้น โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคไม่ตรงกับการกระทำ กิจกรรมการดูแลของผู้ตอบเลย
ตรงกับตัวท่านน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำ กิจกรรมการดูแล ของผู้ตอบน้อย
ตรงกับตัวท่านปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำกิจกรรม การดูแลของผู้ตอบเพียงครั้งหนึ่ง
ตรงกับตัวท่านมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำกิจกรรม การดูแลของผู้ตอบมาก
ตรงกับตัวท่านมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับการกระทำกิจกรรม การดูแล ของผู้ตอบมากที่สุด
เกณฑ์การให้คะแนน		
ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	1	คะแนน
ตรงกับตัวท่านน้อย	2	คะแนน
ตรงกับตัวท่านปานกลาง	3	คะแนน
ตรงกับตัวท่านมาก	4	คะแนน
ตรงกับตัวท่านมากที่สุด	5	คะแนน

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

ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80	แปลผล	มีความสามารถในระดับสูง
ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 51-79	แปลผล	มีความสามารถในระดับปานกลาง
ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50	แปลผล	มีความสามารถในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบวัดความสามารถของผู้ดูแล นี้ ผู้วิจัยได้มีการประยุกต์เนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบว่าแบบวัดความสามารถของผู้ดูแล สามารถวัดความตรงตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ความชำนาญที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ให้ข้อเสนอแนะพิจารณาความสอดคล้องในด้านต่างๆ และนำมาปรับแก้ไขโดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับการตัดสินใจในแต่ละข้อจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจาก 4 ใน 5 คน (Polit & Beck, 2004) ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547) โดยใช้เกณฑ์ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 2006) โดยคำนวณจากสูตร

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

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยรวมได้เท่ากับ 1.0 โดยประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับข้อคำถามบางข้อเนื่องจากมีความหมายที่

ผู้ดูแลผู้ป่วยอ่านแล้วเกิดความสับสนในข้อคำถาม โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น จำนวน 1 ข้อ ข้อที่ 8 ดังนี้

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
8. ท่านตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบหรือก่อปัญหา รบกวน	8. ท่านตัดสินใจแยกผู้ป่วยหรือส่งโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบหรือก่อปัญหา รบกวน

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดย ผู้วิจัย นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้มากกว่า .8 (Nunnally, 1978 อ้างถึงใน อารีขรรณ อ่วมธานี, 2553) สำหรับแบบวัดนี้ ได้ค่าความเที่ยง .91

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญความเครียด ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบวัดการเผชิญความเครียดของ ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) โดยใช้แนวคิดของ Jalowich (1983) โดยแบบวัดครอบคลุมการเผชิญความเครียดในด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ซึ่งเป็นข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ดังนี้ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เป็นความจริงทั้งหมด	ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึก ทุกครั้ง	4	1
เป็นความจริงบ่อยครั้ง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกส่วนมาก	3	2

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เป็นความจริงบ่อยครั้ง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึก บางครั้ง	2	3
ไม่เป็นจริง	ข้อความนี้ไม่ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกเลย	1	4

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม เป็นรายด้านทั้งสองด้านคือด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ นำคะแนนมารวมโดยคะแนนสูง หมายถึง มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ดี คะแนนต่ำ หมายถึง การใช้วิธีเผชิญความเครียดที่ไม่ดี

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาการเผชิญความเครียดแต่ละประเภทแยกจากกันและการเผชิญความเครียดโดยรวมให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-4 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของการเผชิญความเครียด สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนใช้เกณฑ์ของประคอง วรรณสูตร (2542) โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	3.50-4.00	หมายถึง	มีความสามารถในการเผชิญความเครียดมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	2.50-3.49	หมายถึง	มีความสามารถในการเผชิญความเครียดปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.50-2.49	หมายถึง	มีความสามารถในการเผชิญความเครียดน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.00-1.49	หมายถึง	มีความสามารถในการเผชิญความเครียดน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบวัดการเผชิญความเครียด นี้ ผู้วิจัยได้มีการประยุกต์เนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบว่าแบบวัดความสามารถของผู้ดูแล สามารถวัดความตรงตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวช จำนวน 1ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญที่มีประสบการณ์มากกว่า 5ปี จำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN)

จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่านและ พยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ความชำนาญที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ให้ข้อเสนอแนะพิจารณาความสอดคล้องในด้านต่างๆ และนำมาปรับแก้ไขโดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับการตัดสินใจในแต่ละข้อจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจาก 4 ใน 5 คน (Polit & Beck, 2004) ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราษฎร, 2547) โดยใช้เกณฑ์ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 2006) โดยคำนวณจากสูตร

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

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยรวมได้เท่ากับ .97 โดยประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับข้อคำถามบางข้อเนื่องจากมีความหมายที่ผู้ดูแลผู้ป่วยอ่านแล้วเกิดความสับสนในข้อคำถาม โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น จำนวน 1 ข้อ ข้อที่ 17 ดังนี้

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
17.ท่านหลีกเลี่ยงเมื่อเกิดความเครียด	17. ท่านหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดความเครียด

2.การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัย นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้มากกว่า .8 (Nunnally, 1978 อ้างถึงใน อารีขรรณ อ่วมตานี, 2553) สำหรับแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยง .86

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยพัฒนาประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) ที่พัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ ข้อ 1-5 การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า 5 ข้อ คือ ข้อ 6-10 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มี 5 ข้อ คือ ข้อ 11-15 การได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ มี 5 ข้อ คือ ข้อ 16-20 การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร มี 4 ข้อ คือ ข้อ 21-24

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

น้อยที่สุด	มีค่าคะแนน เท่ากับ 1	น้อย	มีค่าคะแนน เท่ากับ 2
ปานกลาง	มีค่าคะแนน เท่ากับ 3	มาก	มีค่าคะแนน เท่ากับ 4
มากที่สุด	มีค่าคะแนน เท่ากับ 5		

การแปลผลคะแนน

คะแนน 24 – 55 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

คะแนน 56 – 88 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนน 89 – 120 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม นี้ ผู้วิจัยได้มีการประยุกต์เนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบว่าแบบวัดความสามารถของผู้ดูแล สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ความชำนาญที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ให้ข้อเสนอแนะพิจารณาความสอดคล้องในด้านต่างๆ และนำมาปรับแก้ไขโดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับการตัดสินใจในแต่ละข้อจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจาก 4 ใน 5 คน (Polit & Beck, 2004) ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราษฎร, 2547) โดยใช้

เกณฑ์ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 2006) โดยคำนวณจากสูตร

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

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยรวมได้เท่ากับ .97 โดยประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับข้อคำถามบางข้อเนื่องจากมีความหมายที่ผู้ดูแลผู้ป่วยอ่านแล้วเกิดความสับสนในข้อคำถาม โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น จำนวน 1 ข้อ ข้อที่ 4 ดังนี้

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
4. ท่านไม่เคยรู้สึกเหงา ว้าเหว่ เมื่อต้องอยู่ตามลำพัง	4. ท่านไม่เคยรู้สึกเหงา ว้าเหว่ เมื่อต้องอยู่ตามลำพังโดยไม่มีคนในครอบครัวอยู่เป็นเพื่อน

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัย นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้มากกว่า .8 (Nunnally, 1978 อ้างถึงใน อารียัวรรณ อ่วมธานี, 2553) สำหรับแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยง .93

ส่วนที่ 6 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคสร้างขึ้นโดย กัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท อาการและอาการแสดง และการสัมพันธเชิงลึก ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 15 คน และผู้ป่วยจิตเภท 5 คน และใช้แบบวัดนี้เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อชนิดของพฤติกรรมและอาการที่เป็นปัญหาและความถี่ของการเกิดอาการ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 29 ข้อ แบ่งเป็นลักษณะการมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและ

อาการที่แสดงออก 5 กลุ่ม คือ 1) อาการซึมเศร้า มีจำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 1,3,4,5,8,13 และ 22 2) การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม มีจำนวน 10 ข้อ คือ ข้อ 2, 6, 7, 9, 11, 21, 23, 24, 25 และ 26 3) อาการทางจิต จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 10, 12, 14, 15 และ 16 4) สมาธิและความจำ จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 17, 18, 19 และ 20 5) พฤติกรรมติดสารเสพติด จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 27, 28 และ 29 คำตอบเป็นระดับคะแนน มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คือ เริ่มตั้งแต่ ไม่เกิดเลย จนถึงเกิดขึ้นมากที่สุด ตามลำดับดังนี้

ไม่เกิดเลย	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความเห็นว่าพฤติกรรมและอาการทางจิตข้อนั้นไม่เกิดขึ้นเลย
เกิดเล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความเห็นว่าพฤติกรรมและอาการทางจิตข้อนั้นเกิดขึ้นบ้างเล็กน้อยหรือเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก
เกิดมาก	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความเห็นว่าพฤติกรรมและอาการทางจิตข้อนั้นเกิดมากขึ้นหรือเกิดขึ้นบ่อย
เกิดมากที่สุด	หมายถึง	ผู้ดูแลมีความเห็นว่าพฤติกรรมและอาการทางจิตข้อนั้นเกิดขึ้นเป็นประจำหรือบ่อยมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

ไม่เกิดเลย	0 คะแนน	เกิดเล็กน้อย	1 คะแนน
เกิดมาก	2 คะแนน	เกิดมากที่สุด	3 คะแนน

การแปลผลการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแล มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 87 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Theoretical Range of Scale โดยนำคะแนนสูงสุดของแบบวัดลบคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยระดับที่ผู้วิจัยต้องการประเมิน (เต็มศรี ชำนาญกิจ, 2544) ได้ดังนี้

คะแนน 0-29	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับต่ำ
คะแนน 29.1-58	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง
คะแนน 58.1-87	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมาก

ส่วนการแปลผลการรับรู้ความรุนแรงของโรคตามการแบ่งรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 5 ด้าน โดยใช้เกณฑ์ของ Theoretical Range of Scale เช่นเดียวกัน กำหนดเกณฑ์ได้ดังนี้

ด้านอาการซึมเศร้า มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 21 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน 0-7	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 7.1-14	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 14.1-21	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก
ด้านการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม คะแนนมีตั้งแต่ 0 ถึง 30 โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้		
คะแนน 0-10	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 10.1-20	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 10.1-20	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องอยู่ในระดับมาก
ด้านอาการทางจิต มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 15 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้		
คะแนน 0-5	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านอาการทางจิตอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 5.1-10	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านอาการทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 10.1-15	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านอาการทางจิตอยู่ในระดับมาก
ด้านสมาธิและความจำ มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 12 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้		
คะแนน 0-4	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านสมาธิและความจำอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 4.1-8	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านสมาธิและความจำอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 8.1-12	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านสมาธิและความจำอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้ ผู้วิจัยได้มีการประยุกต์เนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบว่าแบบวัดความสามารถของผู้ดูแล สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่านและ

พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความชำนาญที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ให้ข้อเสนอแนะพิจารณาความสอดคล้องในด้านต่างๆ และนำมาปรับแก้ไขโดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับการตัดสินใจในแต่ละข้อจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจาก 4 ใน 5 คน (Polit & Beck, 2004) ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รางกูร, 2547) โดยใช้เกณฑ์ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 2006) โดยคำนวณจากสูตร

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

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยรวมได้เท่ากับ .97 โดยประเด็นอื่น ๆ ที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับข้อคำถามบางข้อเนื่องจากมีความหมายที่ผู้ดูแลผู้ป่วยอ่านแล้วเกิดความสับสนในข้อคำถาม โดยปรับการใช้คำเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจได้ง่ายขึ้น จำนวน 1 ข้อ ข้อที่ 3 ดังนี้

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
3. นอนมากหรือน้อยกว่าปกติ	3. มีความผิดปกติของการนอน เช่นนอนมากหรือน้อยกว่าปกติ

2.การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดย ผู้วิจัย นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้มากกว่า .8 (Nunnally, 1978 อ้างถึงใน อารีวรรณ อ่วมธานี, 2553) สำหรับแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยง .97

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{4 - 0}{4} \\ &= 1 \end{aligned}$$

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนได้ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
0.00-1.00	แสดงอาการด้านนั้นอยู่ในระดับเล็กน้อย
1.00-2.00	แสดงอาการด้านนั้นอยู่ในระดับปานกลาง
2.00-3.00	แสดงอาการด้านนั้นอยู่ในระดับมาก
3.00-4.00	แสดงอาการด้านนั้นอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ นี้ ผู้วิจัยได้มีการประยุกต์เนื้อหาของข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบว่าแบบวัดความสามารถของผู้ดูแล สามารถวัดความตรงตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ จากการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่านและพยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ความชำนาญที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ให้ข้อเสนอแนะพิจารณาความสอดคล้องในด้านต่างๆ และนำมาปรับแก้ไขโดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับการตัดสินใจในแต่ละข้อจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาจาก 4 ใน 5 คน (Polit & Beck, 2004) ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสม และภาษาที่ใช้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2547) โดยใช้เกณฑ์ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit and Hungler, 2006) โดยคำนวณจากสูตร

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

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยรวมได้เท่ากับ 1.0

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดย ผู้วิจัย นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายและนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้มากกว่า .8 (Nunnally, 1978 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) สำหรับแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยง .97

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับต้นฉบับถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ และได้รับอนุมัติจากโรงพยาบาลจิตเวชราชนครินทร์ ในวันที่ 18 ธันวาคม 2555

3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยติดต่อและเข้าพบหัวหน้าคลินิกจิตเวชในการเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ตามวันและเวลาที่ทางโรงพยาบาลมีคลินิกจิตเวช ซึ่งผู้ทำวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลหมุนเวียนกันไป โดยแบ่งตามกลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดที่ต้องการศึกษาดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุทัยธานี ในเดือน ธันวาคม 2555 ทุกวันอังคาร ถึงวันศุกร์ เวลา 09.00 – 12.00 น

กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดนครสวรรค์ในเดือน มกราคม 2556 ทุกวันอังคาร ถึง วันศุกร์ เวลา 09.00 – 12.00 น

กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดกำแพงเพชร ในเดือน กุมภาพันธ์ 2556 ทุกวัน
อังคาร ถึง วันศุกร์ เวลา 09.00 – 12.00 น

กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดพิจิตร ในเดือน กุมภาพันธ์ 2556 ทุกวันอังคาร ถึง
วันศุกร์ เวลา 09.00 – 12.00 น

4. นำแบบประเมินไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่
ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามคุณสมบัติและสถานที่ที่กำหนด โดยแนะนำ
ตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบ
ถึงสิทธิในการตอบหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้ดูแลยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นใบ
ยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ผู้ดูแลทำแบบประเมินด้วยตนเอง ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
ผู้ดูแลผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุผู้ดูแล เพศผู้ดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วย
ของผู้ป่วย ความเกี่ยวข้องกับระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถในการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญความเครียดส่วนที่ 5 แบบสอบถามการ
สนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 6 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนที่ 7. แบบประเมินภาวะ
กดดันด้านจิตใจ Brief Symptom Inventory (BSI) ซึ่งใช้เวลาประมาณคนละ 50 นาที ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูล ในกรณีที่ผู้ดูแลมองไม่เห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบประเมิน ผู้วิจัยเป็น
ผู้ซักถามผู้ดูแลด้วยตนเอง

5. นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์
ทั้งหมดจากผู้ดูแล 145 คนคิดเป็นร้อยละ 100 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้ว
นำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมของทั้งสี่ โรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูล เกี่ยวกับ โครงร่างของงานวิจัยและ
เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ขอความร่วมมือในการทำ
วิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเป็นลายลักษณ์อักษรถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์
ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ ความยุติธรรม
การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือใน
การเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้า

ร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล แล้วให้สิทธิ์ในการตัดสินใจด้วยตนเองในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ดูแลยินยอมให้เซ็นชื่อยินยอม คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตามลำดับ ดังนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร ระหว่าง ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล กับ ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของพอยท์ ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05และเปรียบเทียบค่า r โดยการแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังนี้ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553)

เมื่อ r มีค่า 0.0 - 0.2 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก

เมื่อ r มีค่า 0.2 - 0.4 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำ

เมื่อ r มีค่า 0.4 - 0.6 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ปานกลาง

เมื่อ r มีค่า 0.6 - 0.8 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูง

เมื่อ r มีค่า 0.8 - 1.0 แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูงมาก

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย เกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมิน 6 ส่วน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 145 คน จากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุทัยธานี จังหวัดพิจิตร จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติค่าความถี่และค่าร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 2

ตอนที่ 2 ศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในตารางที่ 3 ถึง 9

ตอนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของพอยท์ ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation แสดงผลในการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 10

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.1 การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล และระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (n = 145)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	55	37.9
ชาย	90	62.1
อายุ (ปี) Mean \pm S.D		
Median (Min-Max)	45.14 \pm 10.94	
	45 (21-74)	
20-29	7	4.8
30-39	40	27.6
40-49	46	31.7
50-59	37	25.5
ตั้งแต่ 60 ขึ้นไป	15	10.3
สถานภาพสมรส		
โสด	43	29.7
คู่	95	65.5
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7	4.8
ระดับการศึกษา		
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.7
ปริญญาตรี	13	9
อนุปริญญา	6	4.1
มัธยมศึกษา	35	24.1
ประถมศึกษา	88	60.7
ไม่ได้เรียน	2	1.4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ	8	5.5
พนักงานบริษัท	3	2.1
อื่นๆ (ธุรกิจส่วนตัว)	134	92.4
รายได้บาท/เดือน Median (Min-Max)		
น้อยกว่า 5,000	22	16.8
5,001-10,000	93	71
10,001-15,000	6	4.6
มากกว่า 15,000	10	7.6
ไม่ระบุ	14	
ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล		
บิดา/มารดา	60	41.4
ภรรยา/สามี	20	13.8
พี่น้อง	29	20
บุตร	16	11
ญาติ	20	13.8
ระยะเริ่มเจ็บป่วย Median (Min-max)		
น้อยกว่า 5 ปี	92	63.4
5 – 10 ปี	36	24.8
10 ปีขึ้นไป	17	11.7

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 145 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 มีอายุเฉลี่ย 45.14 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 40 – 49 ปี มีจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7 ส่วนใหญ่สถานภาพคู่สมมีจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 88 คนคิดเป็นร้อยละ 60.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพ

(เกษตรกรกรม ทำนา ทำสวน ทำไร่) จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 92.4 ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท/เดือน จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 71 ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกับผู้ดูแลเป็นบิดามารดา ภรรยา สามี พี่น้องบุตร จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 86.2 ส่วนใหญ่ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 92คน คิดเป็นร้อยละ 63.4

ตอนที่ 2 ศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังตารางที่ 3 – 8

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 145)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D
มีความรู้ในระดับสูง	16.0-20.0	34	23.4	17.94	1.13
มีความรู้ในระดับปานกลาง	10.0-15.9	36	24.8	11.83	1.81
มีความรู้ในระดับต่ำ	0.0 – 9.9	75	51.7	7.43	1.58
รวม		145	100	10.99	4.54

จากตารางที่ 3 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ นั้นอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 24.8

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล (n = 145)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D
มีความสามารถในระดับสูง	84 – 105	18	12.4	87.78	2.98
มีความสามารถในระดับปานกลาง	54 – 83	42	29	68.29	10.82
มีความสามารถในระดับต่ำ	21 – 53	85	58.6	45.42	5.32
รวม		145	100	57.30	16.90

จากตารางที่ 4 พบว่าความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 58.6 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 29

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของการเผชิญความเครียด (n = 145)

ระดับความสามารถในการเผชิญความเครียด	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D
เผชิญความเครียดได้ระดับสูง	3.50-4.00	5	3.4	3.58	0.05
เผชิญความเครียดได้ระดับปานกลาง	2.50-3.49	38	26.2	3.01	0.25
เผชิญความเครียดได้ระดับน้อย	1.50-2.49	78	53.8	1.69	0.14
เผชิญความเครียดได้ระดับน้อยที่สุด	1.00-1.49	24	16.6	1.35	0.09
รวม		145	100	2.04	0.71

จากตารางที่ 5 พบว่าการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ในระดับน้อย จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมาคือ มีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ระดับปานกลาง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ และระดับ ของการสนับสนุนทางสังคม (n = 145)

ระดับความได้รับการสนับสนุนทางสังคม	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง	89 - 120	7	4.8	90.00	2.65
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	56 - 88	100	69	68.27	9.90
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ	24 - 55	38	26.2	44.11	3.67
รวม		145	100	62.99	14.83

จากตารางที่ 6 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 69 รองลงมาคือได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ และระดับ ของการรับรู้ความรุนแรงของโรค (n = 145)

ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D
การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับต่ำ	0-29	41	28.3	13.90	8.08
การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง	29.1-58	71	49	40.66	9.95
การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมาก	58.1-87	33	22.8	66.00	3.10
รวม		145	100	38.86	20.40

จากตารางที่ 7 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง จำนวน 71คน คิดเป็นร้อยละ 49 และรองลงมาคือมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับต่ำจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ และระดับ ของภาวะความกดดันด้านจิตใจ (n = 145)

ระดับภาวะกดดันด้านจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วย	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D
มีภาวะกดดันด้านจิตใจ อยู่ในระดับเล็กน้อย	0.0-1.0	42	29	0.13	0.19
มีภาวะกดดันด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง	1.0-2.0	41	28.3	1.64	0.26
มีภาวะกดดันด้านจิตใจ อยู่ในระดับมาก	2.0-3.0	58	40	2.55	0.28
มีภาวะกดดันด้านจิตใจ อยู่ในระดับมากที่สุด	3.0-4.0	4	2.8	3.02	0.00
รวม		145	100	1.61	1.06

จากตารางที่ 8 พบว่าภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับมาก จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือ มีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับเล็กน้อย จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 29

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ และระดับ ของภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลแยกตามรายด้าน (n = 145)

ด้านของภาวะความกดดันด้านจิตใจ	\bar{X}	S.D	Median	Min	Max	ระดับ
ลักษณะอาการทางกาย (Somatization)	1.53	1.18	1.57	0.00	3.14	ปานกลาง
ย้ำคิดย้ำทำ (Obsession-compulsion)	1.60	1.16	1.83	0.00	3.33	ปานกลาง
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal sensitivity)	1.66	1.13	2.00	0.00	3.50	ปานกลาง
ซึมเศร้า (Depression)	1.65	1.08	2.00	0.00	3.17	ปานกลาง
วิตกกังวล (Anxiety)	1.74	1.16	2.00	0.00	3.50	ปานกลาง
มุ่งร้าย (Hostility)	1.61	1.08	1.80	0.00	3.40	ปานกลาง
กลัว (Phobic anxiety)	1.47	1.16	1.40	0.00	3.00	ปานกลาง
หวาดระแวง (Paranoid ideation)	1.61	1.16	1.80	0.00	3.40	ปานกลาง
ลักษณะอาการทางจิต (Psychoticism)	1.34	1.06	1.40	0.00	3.40	ปานกลาง
รวม GSI	1.61	1.06	1.87	0.00	3.02	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีภาวะกดดันด้านจิตใจ โดยแสดงออกในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่ามี การแสดงออกทางด้านวิตกกังวล ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านซึมเศร้า สูงกว่าด้านอื่นๆ

ตอนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของพอยท์ ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation แสดงผลในการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสหสัมพันธ์ของพอยท์ ไบซีเรียล ระหว่าง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กับภาวะความกดดันด้านจิตใจ

ปัจจัยอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)	0.226	0.006	ต่ำมาก
ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล	-0.210	0.012	ต่ำ (b)
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	-0.634	<0.001	สูง
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	-0.623	<0.001	สูง
การเผชิญความเครียด	-0.753	<0.001	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	-0.717	<0.001	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.862	<0.001	สูงมาก

b = P-value from Point Biserial Correlation

จากตารางที่ 10 พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมาก กับภาวะกดดันด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รองลงมาคือ ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับภาวะกดดันด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 ปัจจัยด้านความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 ส่วนปัจจัยด้านระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation reseach) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจัดสรร ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

- 1.ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 3.ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจัดสรร ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์โดยการใส่รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ในเขตความรับผิดชอบของเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 18

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดจังหวัดอุทัยธานี จังหวัดกำแพงเพชร จังหวัดพิจิตร และจังหวัดนครสวรรค์ในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 ที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. โดยมีวิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน โดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1987) ซึ่งมีในสูตรการคำนวณดังนี้

$$N = 8k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}, k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$N = (8 \times 10) + 50$ ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 130 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 10 % ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล หรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (Dillman, 2000) กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 145

โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย
2. มีความสัมพันธ์ในฐานะบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน เขย สะใภ้ หรือญาติที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันสม่ำเสมอโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือเป็นผู้ดูแลที่รับภาระด้านเศรษฐกิจความเป็นอยู่ของผู้ป่วยให้การดูแลสม่ำเสมอต่อเนื่อง

3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อเนื่อง
4. สามารถเข้าใจภาษาไทยมีการรับรู้ที่ดี สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุผู้ดูแล เพศผู้ดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) พัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีคำตอบลักษณะปลายเปิดมีคำตอบให้เลือกตอบ 2 ข้อ จำนวน 20 ข้อซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 12 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ แบ่งเป็นคำถาม ดังนี้ ความหมายของโรคจิต จำนวน 1 ข้อ สาเหตุของโรคจิตจำนวน 5 ข้อ อาการของโรคจิตจำนวน 4 ข้อ การดำเนินของโรคจิตจำนวน 1 ข้อ การรักษาโรคจิต จำนวน 2 ข้อ การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจำนวน 7 ข้อ สำหรับแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยง .71

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแล ของแก้วตา มีศรี (2554) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Appraisal of Self-Care Agency Scale: Form A) ที่สร้างตามแนวคิดของ Ever et al., (1985) แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามด้านบวก 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากไม่ตรงกับตัวท่านเลย ตรงกับตัวท่านปานกลาง ตรงกับตัวท่านมากที่สุด สำหรับแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยง .91

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญความเครียด ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบวัดการเผชิญความเครียดของ ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) โดยใช้แนวคิดของ Jalowich (1983) โดยแบบวัดครอบคลุมการเผชิญความเครียดในด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ซึ่งเป็นข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ดังนี้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 13 ข้อการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ จำนวน 19 ข้อ สำหรับแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยง .86

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยพัฒนาประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al.

(1981) ที่พัฒนาโดย แก้วตา มีศรี (2554) ซึ่งเป็นข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ ข้อ 1-5 การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า 5 ข้อ คือ ข้อ 6-10 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มี 5 ข้อ คือ ข้อ 11-15 การได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ มี 5 ข้อ คือ ข้อ 16-20 การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร มี 4 ข้อ คือ ข้อ 21-24 สำหรับแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยง .93

ส่วนที่ 6 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคสร้างขึ้นโดย ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท อาการและอาการแสดง และการสัมภาษณ์เชิงลึก ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 15 คน และผู้ป่วยจิตเภท 5 คน และใช้แบบวัดนี้เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อชนิดของพฤติกรรมและอาการที่เป็นปัญหาและความถี่ของการเกิดอาการ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 29 ข้อ แบ่งเป็นลักษณะการมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและอาการที่แสดงออก 5 กลุ่ม คือ 1) อาการซึมเศร้า มีจำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 1,3,4,5,8,13 และ 22 2) การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม มีจำนวน 10 ข้อ คือ ข้อ 2,6,7,9,11,21,23,24,25 และ 26 3) อาการทางจิต จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 10,12,14,15 และ 16 4) สมาธิและความจำ จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 17,18,19 และ 20 5) พฤติกรรมติดสารเสพติด จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 27,28 และ 29 คำตอบเป็นระดับคะแนน มี 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คือ เริ่มตั้งแต่ ไม่เกิดเลย จนถึงเกิดขึ้นมากที่สุด สำหรับแบบวัดนี้ได้ค่าความเที่ยง .97

ส่วนที่ 7. แบบประเมินภาวะกอดคั่นด้านจิตใจ Brief Symptom Inventory (BSI) ที่สร้างขึ้นโดย Derogatis และ Melisaratos (1983) ซึ่งประเมินภาวะกอดคั่นด้านจิตใจ โดยแบ่งเป็น 9 ด้าน คือ 1) ลักษณะอาการทางกาย (Somatization) 2) ย้ำคิดย้ำทำ (Obsession-compulsion) 3) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal sensitivity) 4) ซึมเศร้า (Depression) 5) วิตกกังวล (Anxiety) 6) มุ่งร้าย (Hostility) 7) กลัว (Phobic anxiety) 8) หวาดระแวง (Paranoid ideation) และ 9) ลักษณะอาการทางจิต (Psychoticism) รวม 53 ข้อ แบบประเมินภาวะกอดคั่นด้านจิตใจนี้มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .90 โดยนุสรา วิชัยโกวิทแทน (2547) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจาก ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .97

แบบประเมินภาวะกอดคั่นด้านจิตใจประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมิน 9 ด้าน คือ

- 1) ลักษณะอาการทางกาย (Somatization) 7 ข้อ คือ ข้อ 2, 7, 23, 29, 30, 33 และ 37
- 2) ย้ำคิดย้ำทำ (Obsession-Compulsion) 6 ข้อ คือ ข้อ 5, 15, 26, 27, 32 และ 36
- 3) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Sensitivity) 4 ข้อ คือ ข้อ 20, 21, 22 และ 42
- 4) ซึมเศร้า (Depression) 6 ข้อ คือ ข้อ 9, 16, 17, 18, 35 และ 50

- 5) วิตกกังวล (Anxiety) 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 12, 19, 38, 45 และ 49
- 6) มุ่งร้าย (Hostility) 5 ข้อ คือ ข้อ 6, 13, 40, 41 และ 46
- 7) กลัว (Phobic Anxiety) 5 ข้อ คือ ข้อ 8, 28, 31, 43 และ 47
- 8) หวาดระแวง (Paranoid Ideation) 5 ข้อ คือ ข้อ 4, 10, 24, 48 และ 51
- 9) ลักษณะอาการทางจิต (Psychoticism) 5 ข้อ คือ ข้อ 3, 14, 34, 44 และ 53 มี 4 ข้อที่ไม่จัดอยู่ในด้านใด คือ ข้อ 11, 25, 39 และ 52 แต่ Derogatis and Melisaratos (1983) ผู้สร้างแบบประเมินภาวะกีดกันด้านจิตใจให้ความเห็นว่าข้อคำถามทั้ง 4 ข้อ มีความสำคัญที่สามารถนำมาใช้ประเมินภาวะกีดกันด้านจิตใจได้จึงยังคงข้อคำถามนั้นไว้ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) คือ 0=ไม่รู้สึก, 1= รู้สึกกีดกันเล็กน้อย, 2= รู้สึกกีดกันปานกลาง, 3= รู้สึกกีดกันมาก, 4= รู้สึกกีดกันมากที่สุด

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลได้ตามวันและเวลาที่ทาง โรงพยาบาลมีคลินิกจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลหมุนเวียนกันไป กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 165 คน ซึ่งแบ่งตามกลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดที่ต้องการศึกษาดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุทัยธานี ในเดือน ธันวาคม 2555 ทุกวันอังคาร ถึง วันศุกร์ เวลา 09.00 – 12.00 น

กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดนครสวรรค์ ในเดือน มกราคม 2556 ทุกวันอังคาร ถึง วันศุกร์ เวลา 09.00 – 12.00 น

กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดกำแพงเพชรในเดือน กุมภาพันธ์ 2556 ทุกวันอังคาร ถึง วันศุกร์ เวลา 09.00 – 12.00 น

กลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดพิจิตร ในเดือน กุมภาพันธ์ 2556 ทุกวันอังคาร ถึง วันศุกร์ เวลา 09.00 – 12.00 น

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร ระหว่าง ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล กับ ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับ ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1.ข้อมูลส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 145 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 มีอายุเฉลี่ย 45.14 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 40 – 49 ปี มีจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7 ส่วนใหญ่สถานภาพคู่มิมีจำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาจำนวน 88 คนคิดเป็นร้อยละ 60.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพ(เกษตรกรรม ทำนา ทำสวน ทำไร่)จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 92.4 ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท/เดือน จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 71 ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลเป็นบิดามารดา ภรรยา สามี พี่น้องบุตร จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 86.2 ส่วนใหญ่ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 92คน คิดเป็นร้อยละ 63.4

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ผู้นั้นอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 24.8 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 58.6รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 29 การเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ในระดับน้อย จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมาคือ มีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ระดับปานกลาง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 การสนับสนุนทางสังคมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 69 รองลงมาคือได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง จำนวน 71คน คิดเป็นร้อยละ 49 และรองลงมาคือมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับต่ำจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า

1. ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = 0.226$)

2. ความเกี่ยวข้องกับระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -0.210$)

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -0.634$)

4. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -0.623$)

5. การเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -0.753$)

6. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = 0.16$)

7. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = 0.33$)

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

ภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกอดันด้านจิตใจในระดับมาก จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือ มีภาวะกอดันด้านจิตใจในระดับเล็กน้อย จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 29 การแสดงออกของภาวะกอดันด้านจิตใจ แยกตามรายด้าน พบว่ามีการแสดงออกในแต่ละด้านในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลมีการแสดงออกทางด้านวิตกกังวล ($\bar{X} = 1.74$)มากที่สุด รองลงมาคือ การแสดงออกทางด้านสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 1.66$) และการแสดงออกทางด้านซึมเศร้า ($\bar{X} = 1.65$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขาวนาถ สุว

ลักษณะ(2547) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่าการที่ผู้ดูแลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลาานานจะเกิดผลกระทบ คือ มีภาวะกดดันด้านจิตใจ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษา และใช้เวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนาน (Sadox and Sadock, 1998) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่หลังจากอาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างและมีอาการหลงเหลือมากขึ้นเรื่อยๆ บางคนเป็นๆ หายๆ ในขณะที่บางคนเป็นเรื้อรัง (Kaplan and Sadock, 1998) จากร่องรอยของโรคที่หลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เช่น หย่อนความสามารถในการดูแลตนเองทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน ความปลอดภัยของตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นบกพร่อง มีความทนต่อความตึงเครียดได้น้อย (ทูลภา บุพผาสังข์, 2545) จึงทำให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจจากการให้การดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางส่วนมีอาการรุนแรงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม น่ากลัว แปลกประหลาด คุกคามต่อบุคคลในชุมชนได้ (Tammiga as cited in Anders, 2000 อ้างในสุมณฑา บุญชัย, 2545) ทำให้ผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษา Eakes (1995) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ยากของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า บิดา มารดาเกิดความรู้สึกเสียใจ โกรธ สับสน เศร้าใจ สิ้นหวัง และเกิดความยุ่งยากใจเป็นอย่างมาก นับตั้งแต่ทราบว่าบุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท และความรู้สึกเหล่านี้ยังคงเกิดกับผู้ที่เป็นบิดามารดาตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ Ip and Mackenzie (1998) ศึกษาถึงประสบการณ์ในการดูแลญาติที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตอย่างรุนแรงที่บ้านของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ของผู้ดูแล ประกอบไปด้วย 5 ประเด็นหลัก โดยผลกระทบทางด้านอารมณ์ประกอบด้วย ความรู้สึกกดดันด้านจิตใจ ความสูญเสีย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นมารดาจะรู้สึกเศร้าใจเป็นอย่างมาก เมื่อบุตรที่จะต้องเป็นผู้นำของครอบครัวอย่างบุตรชายต้องมีการเจ็บป่วยขึ้น ทำให้ครอบครัวขาดผู้นำ ความรู้สึกหมดหวังกับความพยายามที่จะรักษา และเมื่อที่จะต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถจัดการอะไรได้เพียงลำพัง สาเหตุเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความทุกข์ทรมานและส่งผลความกดดันด้านจิตใจ ดังคำพูดของแม่ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

“ รู้สึกเป็นห่วงลูกมาก ไม่อยากทิ้งให้ลูกอยู่คนเดียว กินไม่ได้นอนไม่หลับเมื่อเห็นลูกมีอาการกำเริบ ทุกข์ใจมากที่สุด กลัวเขาทำร้ายตัวเองเวลาเขามีอาการ จึงต้องมารับยาให้ทุกเดือน ถ้าเราเป็นไรไป ใครจะดูแลลูกเราต่อ รู้สึกท้อใจมาก ”

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลาการเจ็บป่วย จากการศึกษาจะพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = 0.226$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้ โดยที่ระยะเวลาการเจ็บป่วยแสดงถึงความเรื้อรังของโรค ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับยาเป็นเวลานานและต่อเนื่องตามแนวทางการรักษา หากมีอาการกำเริบ เป็นครั้งที่สองจะต้องให้ยาไปถึง 5 ปี ถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะให้ยาตลอดไป ผู้ป่วยส่วนมากจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (Sadock and Sadock, 2005) เมื่อผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกเหนือจากงานหรือหน้าที่ของตนเองที่ทำอยู่จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mitonit .et.al (2011) ที่พบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่าความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -0.210$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทำการศึกษานั้น มีความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล เป็นบิดามารดา ภรรยา สามี พี่น้องบุตรเป็นจำนวนมาก จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 86.2 ซึ่งครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่ถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นแหล่งความช่วยเหลือที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย โดยเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องดูแลและเกื้อหนุน สมาชิกในครอบครัว ที่เจ็บป่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นโดยเร็วที่สุดเนื่องจากความใกล้ชิด ความผูกพันต่อกัน โดยเฉพาะในสังคม วัฒนธรรมของไทย บทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อบุคคลในครอบครัวแตกต่างกัน ทำให้ความรับผิดชอบของผู้ดูแลแต่ละคนแตกต่างกันไป จึงส่งผลกระทบต่อารดูแลแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Davis(1992) ที่พบว่าผู้ที่ทำการดูแลผู้ป่วยมักเป็นมารดา ภรรยา รองลงมาคือ บุตรสาว พี่และน้อง ในขณะที่บิดาและบุตรชายจะเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน สอดคล้องกับการศึกษาของ ภทรอำไพ พิพัฒนานนท์(2544)ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับนอกสายเลือดเช่น บิดามารดาจะรับรู้ต่อภาระและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลมากกว่าผู้ดูแลอื่นๆ อันเนื่องมาจากความรักความผูกพัน

และมีความจริงจัง ห่วงใยกับการดูแลผู้ป่วย ตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของไทยที่ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวจะมีความห่วงใยความผูกพันต่อกัน มีความเอื้ออาทร ส่งผลให้มีการรับรู้ ภาวะกดดันด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัวจะมากกว่าความสัมพันธ์นอกสายเลือด (บุญวาทิ เพชรรัตน์ และ ยาวานาถ สุวลักษณ์, 2547) จากการสอบถามผู้ดูแลรายหนึ่งที่เป็นมารดาผู้ป่วยได้เหตุผลของการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลว่า

“ความกตัญญู ทุกข์ใจ ไม่มีใครเหมือนความทุกข์ใจ ของแม่ที่มีลูกป่วย ทางจิตได้หรือทุกข์ใจ ทุกๆเรื่อง ไม่ว่าจะ การดูแล การหาอาหารให้เขากิน การพามารับยาตามหมอนัด และที่สำคัญ จะไปไหน เหมือนคนอื่นก็ไม่ได้ เป็นห่วงลูกจะอยู่บ้านอย่างไร ใครจะหาข้าว หาอาหารให้กิน ไม่กล้าทิ้งให้อยู่คนเดียวที่บ้าน นี่ถ้าไม่มารับยาที่โรงพยาบาลให้เขากินนะ เขาคงมีอาการกำเริบ กลัวเขาทำร้ายตนเอง และคนในครอบครัว แม่ทุกข์ใจที่สุดแล้วที่มีลูกเจ็บป่วย บางทีคิดนะว่าถ้าเป็นแทนลูกได้ อยากเป็นแทนลูกเลย สงสารลูกที่สุด”

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -0.634$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา นั้นมีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 51.7 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 24.8 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับเดียวกันคือประถมศึกษาเป็นจำนวน 88 คนคิดเป็นร้อยละ 60.7 ซึ่งไม่มีการกระจายตัวในระดับการศึกษาอื่น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระดับการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลเกิดความหนักใจในการดูแลและไม่สามารถเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Anderson et al., 1980) สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพรณีย์ พึ่งเกษมสุนทร (2553) ที่พบว่า ภายหลังจากให้โปรแกรมบำบัดครอบครัว สามารถลดความรู้สึกท้อแท้ ความรู้สึกเครียดและลดภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้(ปานิสรา เกษมสุข, 2551; จิราพร รักการ, 2549)

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน

ระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -0.623$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้ เนื่องจาก ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ทำการศึกษานั้น มีระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 58.6 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 29 ผู้ดูแลส่วนมากได้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป ความเจ็บป่วยนี้ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน (Sadock and Sadock, 2007) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางราย จะไม่สนใจรับประทานอาหารเช้า ไม่สนใจอาบน้ำ ไม่สนใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนเสื้อผ้า ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว (พิเชษฐ์ อดุมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดความสามารถเหล่านี้ Orem (1995) เรียกว่า บุคคลที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เพราะฉะนั้นการที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเหล่านั้นทำให้ผู้ดูแลต้องมีการเรียนรู้วิธีการดูแล การจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาต่างๆ เพื่อให้ตนเองสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของตนเองได้ซึ่งความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล มาจากประสบการณ์ และการดูแลตนเองในด้านต่างๆ (แก้วตา มีศรี, 2554) เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยหรือช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้น้อยจะทำให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวานา สุวักขณ์; Campbell, 2003) เมื่อผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ และมีการกลับเป็นซ้ำมากขึ้น (มนตรี อมรเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544) แต่ในทางตรงกันข้ามเมื่อผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะรู้สึกไม่เครียด เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่ไม่สามารถคาดเดาได้ล่วงหน้า ทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้

. **การเผชิญความเครียด** จากการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -0.753$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ในระดับน้อย จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 รองลงมาคือ มีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ระดับปานกลาง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 26.2 การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเผชิญความเครียดได้มากผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจน้อยลง ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม การตัดสินใจและความบกพร่องทางหน้าที่การงาน และสังคม (WHO, 2010) ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่แทนผู้ป่วย นอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (พิเชษฐ์ อดุมรัตน์, 2552) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (สายใจ ก้าวอนันตคุณ, 2552) ถ้าความเครียดนั้นมีมาก

และเกิดยาวนานจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความคิดสติปัญญา อารมณ์และเจตคติของผู้ดูแล(นงคราญ รางแดง, 2550) ผู้ดูแลที่มีระดับการเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหาต่ำจะมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบสูงทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (Hall and Docherty,2000 ; บุญวดี เพชรรัตน์ และ เขาวานาสกุลลักษณ์, 2547)

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = 0.16$)ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เพราะการสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียด และสิ่งเร้าที่เข้ามาในชีวิต หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามาในชีวิตได้ ช่วยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา (Montgomery et al, 1985;Thompson and Doll,1993 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว,2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yusuf and Nuhu (2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับผู้ป่วยจิตเภท ในไนจีเรียพบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย ผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวานาสกุลลักษณ์ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = 0.33$)ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความมากน้อยของความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากในการดำเนินชีวิตเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติ(Almeida, 1996) การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์(2544) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ต่อความถี่ของการเกิดอาการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการเสื่อมถอยความสามารถของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทการรับรู้ดังกล่าวมีผลกระทบต่อผู้ดูแล สอดคล้องกับ Noh and Turner(1982) กล่าวไว้ว่า ความยุ่งยากจากพฤติกรรมของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ดูแล คือ มีความรู้สึกเบื่อหน่าย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะความกดดันด้านจิตใจมาก (Mistonis et al ,2010)

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลและบุคลากรสุขภาพจิต ควรมีการวางแผนและ พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วย
2. ควรจัดกิจกรรมพยาบาลที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ โดยจัดให้มีกลุ่มส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เน้นให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการรับรู้ปัญหา ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย และมีความเต็มใจในการให้การดูแลต่อไป

ด้านการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมการลดภาวะกดดันด้านจิตใจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยพัฒนาศักยภาพความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เช่น กลุ่มจิตบำบัดครอบครัว หรือ กลุ่มบำบัดที่เน้นการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น
2. ควรศึกษาถึงบทบาทพยาบาลต่อการลดภาวะความกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอื่นๆต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กาญจนา เจริญชัย. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม
เกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยา โนนินทร์. (2542). การดำเนินสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. การค้นคว้า
แบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แก้วตา มีศรี. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ต้นดีผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2553). รายงานประจำปี. นนทบุรี: กองแผนงานกรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำใน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต. 13 (1):1-13.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการดูแลของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรนนท์ ชันแข็ง. (2548). ประสบการณ์ของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ

พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

จอม สุวรรณ โน. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการ

พยาบาลศาสตร์ 7(3): 147-154

ชฎาภา ประเสริฐทรง.(2543).ความรู้สึกลทางอารมณ์ความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษา

ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 14(2): 30-39

ชนมาภรณ์ พงษ์จันทร์เสถียร. (2549). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลใน

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชมนาด คู่่มเงิน.(2543). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเข้มแข็งของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชลบุรี.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2544. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิต.

ฉวีวรรณ สัตยบรรณ.(2550). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.พิมพ์ครั้งที่ 9.โครงการ

สวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี.

ดาวรุ่ง หนูแก้ว. (2546). ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปรับตัว

และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา

การพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การ

สนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ

จิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนาศ บุญทอง.(2543).ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึง

ประสงค์ในอนาคต.กรุงเทพมหานคร : สภาการพยาบาล

ที่ประพิน สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์

ปริญญาโทมหาบัณฑิต,สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ธวัชชัย ลิพหานาจ. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา; ชานเมืองการพิมพ์.

ธิดารัตน์ คณิงเพียร.(2550).กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.สุรินทร์ : วิทยาลัย

พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์.

- นงการ รวงแดง.(2550). **ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา.**
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช,
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทวัน มีกุล.(2552). **ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ การทำ
 หน้าที่ของครอบครัวและภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวีชาชาติ. (2548). **ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช.** กรุงเทพมหานคร
- นุสรวิชัย โกวาทิน.(2547). **ผลของโปรแกรมการฝึกผู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน ร่วมกับการสนับสนุนด้าน
 ข้อมูล และอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.**
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและ
 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพรณ พึ่งเกษมสุนทร.(2553). **ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลใน
 ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
 สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). **ระเบียบวิจัยทางการพยาบาล.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญวดี เพชรรัตน์ (2546). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่
 บ้าน.** สงขลานครินทร์เวชสาร 21 (4): 249-258.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวักขณ์.(2547). **ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแล
 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง.** วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,12(3),141-149.
- ปานิสรา เกษมสุข. (2551). **ผลของโปรแกรมกลุ่มประคับประคองต่อภาวะการดูแลและภาวะ
 ซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
 สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). **ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการ
 ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์

- เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ,อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา.(2547).ตราบาป: การรับรู้ และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต18(1): 1-9.
- เพ็ญประภา มะลาไวย์. (2550). การพัฒนาโครงการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- เพชร คันธสายบัว.(2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. พิมพ์ครั้งที่ 1 สงขลา: ซานเมืองการพิมพ์.
- ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร. (2534). จิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เล่มที่ 3. เชียงใหม่; หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรชัย พงศ์สงวนสินและคณะ. (2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ : เฉพาะกรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีษะเกษ. วารสารกรมสุขภาพจิต 5 (3): 16-23.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2544). รูปแบบการทำนายภาวะของผู้ดูแล: การทดสอบเชิงประจักษ์ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิต ศรีสุรภา และจำลอง ดิษยวิชย์. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่; แสงศิลป์การพิมพ์.
- มารศรี ปาณีวัตร. (2548). บทบาทพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มัลลิกา สิงหสุริยะ. (2547). การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล: กรณีศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2552). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทบีคอนด์ เอ็นเตอร์ไพร์ส จำกัด.

- มนตรี อมพิเชษฐ์กุลและพรชัยสงวนศิลป์. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2539). แนวคิดการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลศาสตร์, 14, 43-52.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2542). ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 13, 1-9.
- ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. ราชบัณฑิตยสถาน, 9(2), 156-165.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2552). เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยผู้ใหญ่ในชุมชน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา ปานดอก. (2545). กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(4), 33-38.
- เวทีณี สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ, และ เปรมฤทัย ศรีจันทร์. (2544). ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- วรกษ นิธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สกาวัฒน์ ภูผา. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุขภาพจิต, กรม. (2549). ข้อมูลสถิติ. Available at: <http://www.dmh.moph.go.th>.

- สมคิด ตีรารักษ์. (2545). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สถิต วงศ์สุระประกิจ. (2542). ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). การพยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤติยา แสวงเจริญ, ปราณีพร บุญเรือง, สมจิต แคนลีแก้ว, และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2547). รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมภพ รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). พยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท. ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุมณฑา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนันทา นวลเจริญ. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน. (2548). การศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภท. ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4. หน้า 67-90. กรุงเทพมหานคร.
- สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวิมล สมัตตะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชา การ

- พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
 สิ้นชัย วสุนทรธา. (2547). **จิตเภท**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล.
- สายใจ ก้าวอนันต์คุณ.(2548).**ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา**.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศรีสุดา วณาลีสินและคณะ. (2546). ปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 11(3): 121-131.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2546). แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**. 13(5): 1-11.
- หทัยรัตน์ บำเพ็ญแพทย์.(2544).**ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ที่ได้รับการดิ่งถ่วงกระดูก**.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่มหาวิทยาลัยบูรพา.ชลบุรี.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้าพรินต์ติ้ง.
- อุบลรัตน์ สิงหเสนี. (2552).**ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิญา เจริญน้ำ.(2551). **ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2545). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ:

- Cain, C.J., & Wick, M.N. (2000). Caregiving attitudes as correlates of burden in family caregivers coping with chronic obstructive pulmonary disease. **Journal of Family Nursing**, 6 (1), 46-67
- Chien, W.T., and Chan, S.W. (2009). Testing the Psychometric Properties of Chinese Version of the Level of Expressed Emotion Scale. *Research in Nursing & Health* 32 : 59-70.
- Cobb, S. 1976. Social Support as Moderator of Life Stress. **Psychosomatic medicine** 38 (September-October) : 300-314.
- Cook, J.A., Lefley, H.P., Pickett, S.A., & Cohler, B.J. (1994) Age and family burden Among parents of offspring with severe mental illness. **American Journal Orthopsychiatric**, 64(3), 435-447.
- Compbell RL. **Predictions of caregiver's burden over a three month period following Hospitalization of the patient**. Dissertation abstracts international, University of Pennsylvania. [online]. 2001; 62-05B. Available from: [http://www.lip.umi.com/dissertations/search\[2003sept 13\]](http://www.lip.umi.com/dissertations/search[2003sept 13]).
- Cunningham, P.A. (2007). The roll of psychiatric nurse in home care. **Home Healthcare Nurse**. 25(10): 645-652.
- Dangdomyouth, P. (2006). **Family caregiving process for a person with schizophrenia**. Doctoral disssretation. Nursing Science, Faculty of Nursing, Graduate school, Chulalongkorn University.
- Davis, L.L. (1992). Buiding a sience of caring for caregivers. **Family & Community**. 15(2), 1-9.
- Derogatis, L. R., and Melisaratos, N. 1983. The Brief Symptom Inventory: An Introductory Report. Psychological Medicine 13: 595-605.
- Doornbos, M.M. (2002). Family caregivers and the mental health care system: Reality and Dream. **Archives of Psychiatric Nursing**, 16(1), 39-46.
- Dillman, D. A. (2000). Mail and internet surver. **The tailored design method**. (2nd ed). New York: Jone Wiley & Sons.
- Ever, G., et al. (1985). **Development of the Appraisal of Self-Care Agency Scale**. Paper Presented at International Research Conference. Edmonton : Canada.
- Fortinsky R, Kercher K, Burant C (2002) Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. **Ageing Ment Health** 6: 153-160

- Fowler, L. (1992). Family psychoeducation: Chronic psychiatrically ill Caribbean patient. **Journal of Psychosocial Nursing** 30 (3): 27 - 32
- 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.
- Gradon, P., Jenaro, C., & Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia Outpatients: burden and predictor variables. **Psychiatry research**, 158, 335-343.
- Gutierrez J, Caqueo A, Kavanagh D (2005) Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 40:899-904
- Hall, M. J. and Docherty, N.M. (2000) Parent coping styles and Schizophrenia patient behavior as predictor of expressed emotion. **Family Process** 39:435-444.
- Hamarat, E., Thompson, D., Zabucky, K.M., Steele, D., and Matheny, K.B. (2001). Perceived Stress and coping Resource Availability as Predictors of Life Satisfaction in Young, Middle-Aged, and Older Adult. **Experimental Aging Research**. 27: 181-196
- Hanucharunkul, S. (1988). **Social support, self care and quality of life in cancer patients Receiving radiotherapy in thailand**. Doctoral Dissertation of Nursing Graduate School, Wayne State University.
- 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.
- 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**
- 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(16): 138-150.
- Jalowice and other. (1987). Psychiatric Assessment of Jalowice : Coping Scale. **Nursing Research** 33 (3) .
- Kadri, N., Manoudi, F., Berrada, S., & Moussaoui, D. (2004). Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. **Canadian Journal of psychiatry**. 49 : 625-629.
- Kane, J.M., & Marder, S.R. (1993). Psychopharmacologic of schizophrenia. **Schizophrenia**

Bulletin, 19(4), 287-302.

- Kausar, S., and Nasr, T. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. **Annals of General Psychiatry** 8 : 1-17
- Lefley, H. P. (1987). Aging parent as caregivers of mentally ill adult children: An emerging Social problem. **Hospital & Community Psychiatry**. 38(10): 1063-1070.
- Li, J., Lambert, C. E. & Lambert, V. K. (2007). Predictors of family caregivers burden And quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China. **Nursing and Health Sciences**, 9, 192-198.
- Lim YM, Ahn Y (2003) Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. **Appl Nurs Res** 16:110-117
- Ip, G. S. H. & Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at Home: The experience of family carers in Hong Kong. **Archives of Psychiatric Nursing**, 12(5), 288-289.
- 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., 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.
- Magliano L, McDaid D, Kirkwood S, Berzins K (2007) **Carers and families of people with mental health problems**. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G (eds) *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*. Open University Press, Berkshire, pp 374-396
- Masse. (2000). Qualitative and quantitative analyses of psychological distress Methodological complementarity and ontological incommensurability **Qualitative Health Research** 10: 411-423
- McFarlane, W.R., Dixon, L. & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia : A review of the literature. **Journal of Marital and Family Therapy** 29:233-245

- McDonnell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG (2003) Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. **Fam Process** 42:91-103
- Miles, M.S., Holditch-Davis, D., Burchinal, P., and Nelson, D. (1999). Distress and growth outcomes in mother of medically fragile infants. **Nursing Research**. 48: 129-140.
- Mitsonis. C., Voussoura. F., Dimopoulos. N., Psarra.a.V. Kararizou. E., Latzouraki.E. Zervas.I., and Katsanou. M.N.(2010). Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. 22: 1-7.
- Montgomery,R.J.V.,Gonyea,J.G.& Hooyman, N.R.(1985).Caregiving and the experience of subjective and objective burden. **Family Relation** 34(4):19-26.
- Noh, S., & Turner, R. (1987). Living with psychiatric patients: Implications for the mental health of family members. **Social Science and Medicine**, 25(8), 263-272.
- O'Farell, P., Murray, J., and Hotz, S.B. (2000). Psychologic distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation. **Heart & Lung**. 29(2): 97-104.
- Ohaeri JU (2001) Caregiver burden and psychotic patients' perception of social support in a Nigerian setting. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 36: 86-93
- Ohaeri JU, Fido AA (2001) The opinion of caregivers on aspects of schizophrenia and major affective disorders in a Nigerian setting. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 36: 493-499
- Orem, D. E. (1991). **Nursing Concept of Practice**. 4th edition. St Louis: Mosby Year Book.
- Orem.D.E.(1995). **Nursing : Concept practice**.(5th ed.).St.Louis : Mosby – Year Book
- Otom,A.S.,Doughan, A.M.,Kawar,J.s., & Hattar, E.Z. 1997. Traumatic spinal cord injury in Jordan – an epidemiological study. **Spinal cord**. 35. 253-274.
- Polit, D.F., & Beck, T.B. (2004). **Nursing research: Principles and methods** (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Provencher H, Perreault M, St-Onge M, Rosseau M (2003) Predictors of psychological distress in family caregivers of persons with Psychiatric disabilities. **J Psychiatr Ment Health Nurs** 10:592-607
- Ridner SH (2004) Psychological distress: concept analysis. **J Adv Nurs** 45:536-545
- Ruppert, R.A. (1996). Caring for lay caregiver. **American Journal of Nursing**. 96: 40-45.

- Sadock, J. B. and Sadock, V. A. (2000). **Kaplan and sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th edition.** Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2003). **Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. (9th ed.)** Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sadock, J.D. & Sadock, A.V. (2005). **Comprehensive Text book of Psychiatry. 8th ed.** Philadelphia : Lippincott.
- Sadock, J. B. a. S., A. V. (2007). **Concise Textbook of Clinical Psychiatry.** Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Schaefer, C., Coyne, J. C. and Lazarus, R. (1981). The health-related function of social support. **Journal of Behavioral Medicine.** 4: 381-406.
- Scazufca M and Kuipers E. 1998. Stability of expressed emotion in relatives of those with Schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social function. **Psychol Med** 28(2):453-61
- Sethabouppha, P. H. (2002). **Buddhist family caregiving: A phenomenological study of family caregiving to the seriously mentally ill in thailand [Abstract].** Unpublished dotaldissertation, University of Verginia
- Thompson, E.H., & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: An Invisible crisis. **Family Relations**, 31(7), 379-388.
- Thompson, E.H., Futterman, A.M., Gallagher- Thompson, D., Rose, I.M. & Lovetts, S. BSocail. support and caregiving burden in family caregivers of frial elder. **Journal of Gerontology** .(1993). 48S:245-254.
- Thondeike, R. M. (1978). **Correlational procedures for research.** New York: Garder Press.
- Uchitomi, Y., Mikami, I., Nagai, K., Nishiwaki, Y., Akechi, I., and Okamura, H. (2003). Depression and psychological distress in patients during the year after cardiac resection of non-small-cell lung cancer. **Journal of Clinical Oncology.** 21(1): 69-77.
- Ukpong DI (2006) Demographic factors and clinical correlates of burden and distress in relatives of service users experiencing schizophrenia: a study from south-western Nigeria. **Int J Ment Health Nurs** 15:54-59

- Ukpong DI.(2011).Bruden and psychological Distress Among Nigerian Family Caregivers of Schizophrenic Patients : The Role of Positive and Negative Symptoms.**Turkish Journal of Psychiatry.**(22) : 1-6.
- Vitaliano PP, Young HM, Zhang J (2004) Is caregiving a risk factor for illness? **Curr Dir Psychol Sci** 13:13-16
- Wai-Tong, C., Chan, S. W. C., and Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese Family caregivers of people with schizophrenia [Article]. **Journal of clinical Nursing** 16(6): 1151 – 1161.
- Wehmeier,S.(2000).**Oxford advanced learner’s dictionary of current English**(6th ed).Oxford: Oxford University press.
- Weisman A, Rosales G, Kymulainan J, Armesto J (2005) Ethnicity, family cohesion, religiosity and general emotional distress in patients with schizophrenia and their relatives. **J Nerv Ment Dis** 193: 359-368
- Wong, D. F. K. (2000). Stress factor and mental health of careers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: Implications for culturally sensitive practice. **British Journal of Social Work**, 30(10), 365-383.
- World Health Organization. (2006). **ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**. (10 revision). (volume 1A). Geneva.
- World Health Organization.(2010). **The ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorder Clinical Descriptoins and Diagnostic Guidelines**. Geneva : World Health Organization.
- Yeh,L.-L., Hwu, H.-G., Chen, C.-H., Chen, C.-H., and Wu, A. C. C. (2008). Factors Related to Percieved Needs of Primary Caregivers of Patients with Schizophrenia. **Journal Of the Formosan Medical Association** 107(8): 664 – 652.
- Yusuf, Nuhu. (2011). Factorss associated with emotional distress among caregivers of Patients With schizophrenia in katsina, Nigeria. **Soc Psychiatry Epidemiol**, 46: 11-16.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
นพ. วรวัฒน์ ไชยชาญ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช)โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา	อาจารย์คณะพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางบุษบา กล้ายมูข	พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง(APN)
น.ส.ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ	สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รพ.
น.ส.ปวีณา แน่นหนา	เสนา จ. พระนครศรีอยุธยา
	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล
	สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
	พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผ่าตัด ศัลยกรรม
	ทรวงอก ตึก 5 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย



โรงพยาบาลหนองฉาง	
เลขรับที่	3603
วันที่	27 มิ.ย. 2555
เวลา	15:00 น.

ที่ ศธ 0512.11/ 1394

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ กรกฎาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฉาง

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

เนื่องด้วย นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค และแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผอ.ก. โรงพยาบาลหนองฉาง

- เพื่อโปรดทราบ
- เห็นควรแจ้ง คุณทัศนีย์ เพื่อทราบและดำเนินการ

พ. 4

(นางพนิดา บุญมี)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
สำนักงานเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี โทร. 080-6865-959

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



ที่ ศธ 0512.11/ 1354

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 กรกฎาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครสวรรค์ราชชนรินทร์

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

เนื่องด้วย นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 165 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค และแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ชื่อนิสิต

นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี โทร. 080-6865-959

ที่ ศธ 0512.11/ 1059



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

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

เนื่องด้วย นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวปวีณา แนนหนา พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผ่าตัดศัลยกรรมทรวงอก สก.5 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางสาวปวีณา แนนหนา
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี โทร. 080-6865-959



ที่ ศธ 0512.11/1059

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

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

เนื่องด้วย นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกตสันดานจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางบุษบา คล้ายมุข ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางบุษบา คล้ายมุข

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี โทร. 080-6865-959

ที่ ศธ 0512.11/ (054)



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๕ มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

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

เนื่องด้วย นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกตัญญูด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางสาวชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี โทร. 080-6865-959



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
 ที่ ศธ 0512.11/10๙๑ วันที่ ๒๕ มิถุนายน 2555
 เรื่อง ขอร้องเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

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

เนื่องด้วย นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)
 รองคณบดี
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
 นิสิต

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
 นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี โทร. 080-6865-959

ที่ ศร 0512.11/ 1059



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

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

เนื่องด้วย นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์วรรัตน์ ไชยชาญ นายแพทย์เชี่ยวชาญ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นายแพทย์วรรัตน์ ไชยชาญ
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี โทร. 080-6865-959

ที่ ศธ 0512.11/1256



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 กรกฎาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. หนังสือขอทำวิจัย 4 ชุด
 2. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 4 ชุด
 3. จำนวน Subject (คำนวณ Sample size) 4 ชุด
 4. เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก 4 ชุด
 5. ผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น 4 ชุด
 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 4 ชุด
 7. รายการอ้างอิง 4 ชุด
 8. ข้อมูขารณาด้านจริยธรรม 4 ชุด
 9. ระยะเวลาในการศึกษา 4 ชุด
 10. ระบุแหล่งทุนและงบประมาณ 4 ชุด
 11. เอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูล 4 ชุด
 12. หนังสือยินยอมโดยสมัครใจ 4 ชุด
 13. ประวัติผู้วิจัย 4 ชุด

เนื่องด้วย นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมฤทธิ์ โทร. 0-2218-1152
นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี โทร. 080-6865-959

ที่ ศร 0512.11/ 109๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

26 มิถุนายน 2555

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เนื่องด้วย นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ นางรจนา ปุณโณทก สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (2550) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152
นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี โทร. 080-6865-959

ที่ ศร 0512.11/1394



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ กรกฎาคม 2555

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองฉาง

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

เนื่องด้วย นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกตสันดานจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค และแบบประเมินภาวะกตสันดานจิตใจ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี โทร. 080-6865-959

ภาคผนวก ค
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

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

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

$$CVI = \frac{25}{26} = .97$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

$$CVI = \frac{21}{21} = 1.00$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

$$CVI = \frac{31}{32} = .97$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

$$CVI = \frac{23}{24} = .97$$

5. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค

$$CVI = \frac{28}{29} = .97$$

6. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ

$$CVI = \frac{53}{53} = 1.00$$

ภาคผนวก ง

สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
test1	15.0000	8.897	.152	.	.695
test2	15.3667	7.757	.442	.	.665
test3	15.0000	8.897	.152	.	.695
test4	15.2000	7.890	.442	.	.666
test6	15.1333	8.395	.275	.	.685
test7	15.3000	7.597	.517	.	.655
test8	15.0333	8.930	.105	.	.700
test10	15.0000	9.103	.037	.	.703
test11	15.0667	8.271	.390	.	.674
test12	15.1000	7.886	.531	.	.659
test14	15.1000	8.852	.103	.	.702
test16	15.1667	8.282	.302	.	.682
test17	15.1333	8.740	.134	.	.700
test19	15.1667	8.971	.034	.	.711
test20	15.1333	8.464	.246	.	.688
test21	15.0000	9.103	.037	.	.703
test23	15.2000	7.614	.558	.	.652
test24	14.9333	9.099	.121	.	.696
test25	14.9667	8.792	.272	.	.688
test26	15.1000	8.369	.311	.	.682

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.697	.673	20

แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
eff1	73.8333	129.040	.548	.	.912
eff2	73.7333	129.789	.498	.	.913
eff3	73.7667	129.289	.636	.	.911
eff4	73.8333	125.868	.626	.	.910
eff5	74.0000	125.241	.671	.	.909
eff6	73.8000	126.234	.501	.	.913
eff7	74.6333	123.137	.572	.	.912
eff8	73.7333	129.237	.430	.	.914
eff9	74.0667	128.340	.430	.	.915
eff10	73.4667	130.189	.564	.	.912
eff11	73.6333	137.206	.076	.	.921
eff12	73.7333	126.685	.718	.	.909
eff13	73.9667	121.757	.704	.	.908
eff14	73.4667	134.809	.293	.	.916
eff15	74.2000	122.786	.623	.	.910
eff16	74.2333	122.392	.713	.	.908
eff17	73.8667	123.223	.725	.	.908
eff18	73.7333	124.961	.734	.	.908
eff19	73.6000	123.628	.717	.	.908
eff20	73.8000	127.614	.543	.	.912
eff21	73.5667	128.254	.497	.	.913

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.915	.917	21

แบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
st1	81.1333	127.982	.232	.	.855
st2	80.9000	123.679	.530	.	.849
st3	81.2333	117.013	.738	.	.842
st4	80.9667	121.620	.552	.	.848
st5	81.5000	122.603	.397	.	.851
st6	81.3000	122.907	.432	.	.851
st7	80.9667	115.620	.833	.	.839
st8	81.1667	119.592	.720	.	.844
st9	81.4000	118.041	.751	.	.843
st10	81.5333	121.361	.539	.	.848
st11	81.3333	122.023	.500	.	.849
st12	80.9333	122.823	.471	.	.850
st13	81.2333	132.806	-.122	.	.863
st14	82.9333	126.547	.245	.	.855
st15	81.4000	126.041	.250	.	.855
st16	82.0667	123.306	.317	.	.854
st17	82.2667	119.582	.501	.	.848
st18	82.4000	122.248	.320	.	.854
st19	81.8000	129.062	.093	.	.859
st20	81.9333	124.133	.308	.	.854
st21	81.0333	123.206	.468	.	.850
st22	81.2000	121.959	.539	.	.848
st23	82.3667	130.861	-.026	.	.865
st24	81.9667	125.551	.227	.	.857
st25	81.2667	129.306	.077	.	.859

แบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท(ต่อ)

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
st26	82.4000	126.869	.259	.	.855
st27	81.0667	119.651	.470	.	.849
st28	81.6333	120.654	.532	.	.848
st29	81.2333	130.944	-.016	.	.862
st30	82.3667	127.137	.170	.	.858
st31	83.0000	128.345	.198	.	.856
st32	82.3333	118.092	.496	.	.848

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.856	.860	32

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
soc1	86.2333	142.737	.731	.	.924
soc2	86.3000	150.631	.456	.	.930
soc3	85.6667	150.713	.554	.	.927
soc4	86.5667	153.289	.418	.	.930
soc5	86.0000	153.103	.501	.	.928
soc6	86.2000	156.510	.478	.	.928
soc7	86.4000	152.179	.704	.	.925
soc8	86.2667	149.375	.778	.	.924
soc9	86.0333	157.895	.500	.	.928
soc10	86.0000	157.103	.406	.	.929
soc11	86.2333	153.702	.556	.	.927
soc12	85.9000	151.817	.668	.	.925
soc13	86.2000	152.303	.519	.	.928
soc14	85.8667	153.775	.674	.	.926
soc15	86.0333	153.964	.649	.	.926
soc16	86.4333	154.806	.437	.	.929
soc17	86.1333	155.706	.443	.	.929
soc18	86.0000	152.069	.682	.	.925
soc19	86.0667	155.582	.535	.	.927
soc20	86.2333	152.737	.606	.	.926
soc21	86.3667	146.516	.830	.	.922
soc22	86.0667	151.651	.549	.	.927
soc23	86.3667	147.964	.697	.	.925
soc24	86.1333	150.809	.694	.	.925

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.930	.934	24

แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
se1	27.6333	424.102	.419	.	.969
se2	28.1000	420.231	.740	.	.967
se3	27.1333	429.154	.360	.	.969
se4	27.1667	414.902	.676	.	.967
se5	27.3000	415.734	.625	.	.968
se6	27.3667	407.757	.743	.	.967
se7	27.9667	428.447	.320	.	.969
se8	27.4333	407.909	.759	.	.967
se9	27.2667	406.409	.777	.	.967
se10	27.7000	411.666	.680	.	.967
se11	28.0000	417.172	.630	.	.968
se12	27.9333	407.857	.698	.	.967
se13	27.4667	409.775	.725	.	.967
se14	27.2000	402.993	.874	.	.966
se15	27.2667	395.582	.864	.	.966
se16	27.5000	406.328	.796	.	.966
se17	27.3000	401.528	.850	.	.966
se18	27.3667	412.723	.695	.	.967
se19	27.1333	414.602	.786	.	.967
se20	27.0333	423.275	.541	.	.968
se21	28.2000	423.131	.566	.	.968
se22	27.2333	403.840	.860	.	.966
se23	27.6000	416.662	.602	.	.968
se24	27.6667	411.954	.801	.	.967
se25	27.6667	405.885	.780	.	.967
se26	27.4333	408.599	.797	.	.966
se27	27.6333	400.378	.844	.	.966
se28	27.9667	413.206	.682	.	.967
se29	27.3333	398.161	.842	.	.966

แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค(ต่อ)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.968	.967	29

แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
bs1	36.5333	840.533	.591	.	.966
bs2	37.1333	847.775	.372	.	.966
bs3	37.6000	858.386	.239	.	.966
bs4	37.2333	848.185	.368	.	.966
bs5	37.2667	842.754	.444	.	.966
bs6	37.0333	847.206	.480	.	.966
bs7	37.8333	854.006	.373	.	.966
bs8	38.0000	853.862	.458	.	.966
bs9	38.0333	838.516	.740	.	.965
bs10	37.7667	838.185	.651	.	.965
bs11	37.0000	811.241	.738	.	.965
bs12	37.5667	830.599	.694	.	.965
bs13	37.5333	841.844	.444	.	.966
bs14	37.6000	838.731	.512	.	.966
bs15	37.2667	837.444	.542	.	.966
bs16	37.3667	821.757	.698	.	.965
bs17	37.5000	829.983	.664	.	.965
bs18	37.5000	823.500	.684	.	.965
bs19	37.4000	826.179	.794	.	.965
bs20	37.5000	840.466	.540	.	.966
bs21	37.7667	840.668	.634	.	.965
bs22	37.6333	833.068	.589	.	.966
bs23	37.5667	835.840	.730	.	.965
bs24	37.6000	828.731	.725	.	.965
bs25	37.0333	820.999	.685	.	.965
bs26	37.1667	806.213	.855	.	.964
bs27	37.0000	813.172	.822	.	.965
bs28	37.7000	839.252	.477	.	.966
bs29	37.6333	838.171	.624	.	.965
bs30	37.7000	837.597	.711	.	.965

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
bs31	37.4000	814.317	.787	.	.965
bs32	37.7667	845.840	.376	.	.966
bs33	37.3333	819.333	.706	.	.965
bs34	36.9333	827.857	.495	.	.966
bs35	37.6000	824.524	.719	.	.965
bs36	37.0667	821.237	.727	.	.965
bs37	37.3667	825.413	.660	.	.965
bs38	37.3000	824.148	.722	.	.965
bs39	38.1000	855.128	.472	.	.966
bs40	38.2333	869.426	-.130	.	.967
bs42	37.8333	841.868	.608	.	.966
bs43	37.9333	861.995	.180	.	.967
bs44	38.0333	843.689	.659	.	.966
bs45	37.9667	826.447	.744	.	.965
bs46	37.6333	827.826	.682	.	.965
bs47	37.8333	829.661	.762	.	.965
bs48	37.5333	835.775	.600	.	.966
bs49	37.8333	827.661	.767	.	.965
bs50	37.9667	835.068	.668	.	.965
bs51	37.5333	836.051	.510	.	.966
bs52	37.3667	845.826	.279	.	.967
bs53	37.5667	844.737	.423	.	.966

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.966	.966	52

ภาคผนวก จ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน และเติมคำในช่องว่างที่กำหนดไว้

1. เพศ [] หญิง
[] ชาย
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
[] โสด [] คู่
[] หม้าย [] หย่าร้าง
[] แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
[] สูงกว่าปริญญาตรี [] ปริญญาตรี
[] อนุปริญญา [] มัธยมศึกษา
[] ประถมศึกษา [] ไม่ได้เรียน
5. อาชีพ
[] ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ
[] พนักงานบริษัท
[] รับจ้าง
[] ไม่ได้ประกอบอาชีพ
[] อื่นๆ (เกษตรกรรม, ธุรกิจส่วนตัว) ระบุ.....
6. รายได้ ปัจจุบันท่านมีรายได้.....บาท/เดือน/วัน
7. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะเป็น [] บิดา/มารดา [] ภรรยา/สามี [] พี่น้อง
[] บุตร
[] ญาติ (น้ำ อา หลุ่ ป้า หลาน เขย สะใภ้)
8. ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วยถึงปัจจุบันจำนวน.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย (/) ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับ

โรคจิตเภท

รายการ	ใช่ (1)	ไม่ใช่ (0)
1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก การกระทำที่ผิดปกติและไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง		
2. สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง		
3. โรคจิตเภทเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า โคนของ		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
18. เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะต้องดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ		
19. เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเสพสิ่งเสพติดทุกชนิด		
20. ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พูดคนเดียว มีที่ทำไม่ว่างใจใคร ควรรอดูอาการไปก่อน จนถึงวันนัดจึงมาพบแพทย์		

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย หรือตรงกับความรู้สึก หรือลักษณะของผู้ดูแล ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ดังนั้นขอให้ผู้ดูแล ตอบคำถามตามการกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะ ที่ผู้ดูแลคิดว่าตรงกับตนเองมากที่สุด การให้ความหมายของข้อความที่เลือกมีดังนี้

ไม่ตรงกับตัวท่านเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับกรกระทำ ความรู้สึก หรือ ลักษณะของท่านเลย
ตรงกับตัวท่านน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับกรกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะของ ท่านน้อย
ตรงกับตัวท่านปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับกรกระทำ ความรู้สึก หรือ ลักษณะของตัวท่านปานกลาง
ตรงกับตัวท่านมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับกรกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะของ ท่าน มาก
ตรงกับตัวท่านมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับกรกระทำ ความรู้สึก หรือลักษณะ ของตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ตรงกับตัว ท่านเลย	ตรงกับ ตัวท่าน น้อย	ตรงกับ ตัวท่าน ปาน กลาง	ตรงกับตัว ท่าน มาก	ตรงกับตัว ท่าน มากที่สุด
	1	2	3	4	5
1. ท่านดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นประจำสม่ำเสมอ					
2. ท่านพยายามให้การดูแลผู้ป่วยด้วย ตนเองมากที่สุด					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
20. ท่านขอความช่วยเหลือจากญาติและ เพื่อนฝูงในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีความ ต้องการ					
21. ท่านสอบถามแพทย์เกี่ยวกับผลและ ฤทธิ์ข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยได้รับยา ชนิดใหม่					

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมพันธ์เกี่ยวกับความคิด การกระทำ ความรู้สึกรู้สีกต่อการเผชิญความเครียดของท่านในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยข้อคำถามครอบคลุมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ข้อคำถามมีจำนวน 32 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกผิด

เป็นความจริงทั้งหมด หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิดการกระทำและ
ความรู้สึกรู้สีกทุกครั้ง

เป็นความจริงบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิดการกระทำและ
ความรู้สึกรู้สีกส่วนมาก

เป็นความจริงน้อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิดการกระทำและ
ความรู้สึกรู้สีกบางครั้ง

ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนี้ไม่ตรงกับความคิดการกระทำและ
ความรู้สึกรู้สีกเลย

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เป็นความจริงทั้งหมด	เป็นความจริงบ่อยครั้ง	เป็นความจริงน้อยครั้ง	ไม่เป็นความจริง
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา				
1. ท่านแยกแยะปัญหาที่เกิดขึ้นออกเป็นประเด็นย่อยๆ				
-				
13. ท่านตั้งเป้าหมายแก้ปัญห				
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์				
14. เมื่อเกิดความเครียดท่านมักทำลายสิ่งของ				
-				
32. เมื่อเกิดความเครียดท่านจะมองเป็นเรื่องตลก				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ให้กาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงช่องเดียว

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านมีคนที่น่าไว้วางใจและสามารถพูดคุยปรึกษาปัญหาต่างๆได้					
2. คนรอบตัวท่านไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้ท่านรู้สึกหมกมุ่นกังวลใจ					
-					
-					
-					
-					
-					
-					
23. มีคนคอยให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เหมือนเดิม เช่น ทำงานบ้าน ดูแลผู้ป่วย ทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น					
24. มีคนให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน					

ส่วนที่ 6 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค

คำชี้แจง สำหรับผู้ดูแล: แต่ละข้อคำถามเป็นอาการทางจิตหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่ท่านดูแล โปรดพิจารณาว่าแต่ละข้อเกิดขึ้นหรือไม่ และมีความถี่เพียงใด

คำชี้แจง สำหรับผู้สัมภาษณ์: ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่บอกระดับการรับรู้ที่ตรงกับความเป็นจริงตามที่ผู้ให้การสัมภาษณ์ตอบ และกรณาคอบทุกข้อ

โดยระดับคะแนน ไม่เกิดเลย = 0 เกิดน้อย = 1 เกิดมาก = 2 เกิดมากที่สุด = 3

พฤติกรรมและอาการทางจิต	ระดับการรับรู้			
	ไม่เกิดเลย	เกิดเล็กน้อย	เกิดมาก	เกิดมากที่สุด
1. บกพร่องในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว เช่น ไม่สนใจทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย				
2. รับประทานอาหารสกปรก หรือรับประทานสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
-				
28. คิดสารเสพติด เช่นยาบ้า กัญชา ยาอี บุหรี่				
29. หลงผิด ระแวง มีความคิด หรือความเชื่อในเรื่องที่ไม่เป็นจริง				

ส่วนที่ 7. แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ Brief Symptom Inventory (BSI)

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 53 ข้อ ข้อความแต่ละข้อบรรยายถึงความทุกข์ที่รบกวนความรู้สึกของท่านตั้งแต่ให้การดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน ท่านรู้สึกเป็นทุกข์กับสิ่งต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือ

โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถาม ดังนี้

- (4) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
- (3) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
- (2) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
- (1) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย
- (0) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่รู้สึก
1. กังวลใจ หรือกระวนกระวายใจ					
2. หน้ามืดหรือเวียนศีรษะ					
3. คิดว่าคนอื่นมีอิทธิพลต่อความคิด					
-					
-					
-					
-					
50. รู้สึกไร้ค่า					
51. ความรู้สึกว่าคนอื่นจะคอยเอาเปรียบ ท่านถ้าท่านเปิดโอกาส					
52. รู้สึกผิด					
53. คิดว่าจะไรรบบางอย่างทางด้านจิตใจ ของท่านผิดปกติ					

ภาคผนวก จ

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนัทธมนต์ ฉิมสุข นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลหนองฉาง ต หนองฉาง อ หนองฉาง จ อุทัยธานี

61110

(ที่บ้าน) บ้านเลขที่ 1/1 หมู่ที่ 9 ตำบลน้ำทรง อำเภอพยุหะคีรีจังหวัดนครสวรรค์ 60130

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 056 – 532252

หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ 086 - 3335998 E-mail: noknoy1417@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาระดับภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเผชิญความเครียด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะกอดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือก ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ในเขตความรับผิดชอบของเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 18 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย

2. มีความสัมพันธ์ในฐานะบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน เขย สะใภ้ หรือญาติที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันสม่ำเสมอโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือเป็นผู้ดูแลที่รับภาระด้านเศรษฐกิจความเป็นอยู่ของผู้ป่วยให้การดูแลสม่ำเสมอต่อเนื่อง

3. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

4. สามารถเข้าใจภาษาไทยมีการรับรู้ที่ดี สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย จำนวน 165 ราย

4. ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีตอบแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน คาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดเกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในการเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อ-

นามสกุล และที่อยู่ ลงในรายงานการวิจัย การนำเสนอจะนำเสนอในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเข้าใจต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้ง 7 ส่วน จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

5. รายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการปฏิบัติมีดังต่อไปนี้

5.1 ในงานวิจัยครั้งนี้เรียกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยว่า ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเอง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นหลัก โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบแบบสอบถามโดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นหลัก โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที ทั้งหมด 7 ส่วนจำนวนทั้งสิ้น 192 ข้อ

5.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการตอบแบบสอบถามจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่แผนกผู้ป่วยนอกของในโรงพยาบาลจังหวัดอุทัยธานี โรงพยาบาลจังหวัดพิจิตร โรงพยาบาลจังหวัดกำแพงเพชร

5.3 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างเต็มที่ โดยไม่มีผลต่อการได้รับการบริการ นอกจากนี้เมื่อระหว่างการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมทำวิจัยต่อ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ

5.4 ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามจากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกรายก่อนแยกจากกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่พบว่าแบบสอบถามมีคะแนนมากกว่าเกณฑ์ จะส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบทันทีให้การดูแลตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาล

5.5 หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา โดยติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี ทางโทรศัพท์ 086 - 3335998

5.6 ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนั้น จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล จะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

5.7 ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน

6. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็น เป็นแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218 - 8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต

เภท

แผนกผู้ป่วยนอก ของ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์

วันที่ลงนาม.....

- ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจและไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยปราศจากการบังคับหรือชักจูง
- ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต
- ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของสรุปผลการวิจัย โดยไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของข้าพเจ้า การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะกระทำด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัย ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
- ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บไว้ 1 ชุด
- ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดี และลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ใจ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(..... ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)
.....(วันที่ / เดือน / ปี)

ลงชื่อ ผู้ดำเนินโครงการวิจัย
(นางสาวนันทมนต์ จิมสุข)
.....(วันที่ / เดือน / ปี)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)
(วันที่ / เดือน / ปี)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)
(วันที่ / เดือน / ปี)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย อายุน้อยกว่า 18 ปี/ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
 และไม่สามารถลงลายมือชื่อด้วยตนเอง

ข้าพเจ้า.....ในฐานะเป็น.....
 (บิดา-มารดา/สามี-ภรรยา/ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม) ของ.....
 อนุญาตให้.....เข้าร่วมในโครงการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....บิดา-มารดา/สามี-ภรรยา/ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม
 (.....ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง)
(วันที่ / เดือน / ปี)

ลงชื่อ.....พยาน
 (.....ชื่อ -นามสกุล ตัวบรรจง)
(วันที่ / เดือน / ปี)

ภาคผนวก ข
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ที่ สธ ๐๘๑๖.๑๑/๗๕๑๐

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
อ.พยุหะคีรี จ.นครสวรรค์ ๖๐๑๓๐

๒๑ ธันวาคม ๒๕๕๕

เรื่อง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คุณทัศนีย์ มิ่งมิตรมี

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ตามที่ท่านได้เสนอโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาครั้งที่ ๑ เมื่อวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน
๒๕๕๕ ได้เสนอแนะให้ปรับปรุงแก้ไข และผู้วิจัยได้ส่งฉบับแก้ไขยื่นเสนอใหม่เมื่อวันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๕๕
คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาโครงการวิจัยฉบับแก้ไขแล้วและมีมติ อนุมัติ

ในการนี้ขอให้ประสานติดต่อรายละเอียดในการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยได้ที่กลุ่มงาน
การพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายศิริชัย ตาริการินทร์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ

โทร. ๐ ๕๖๑๒ ๙๔๔๔ หรือ ๖๖๑๒๙, ๖๖๔๓๕

โทรสาร ๐ ๕๖๑๒ ๙๔๐๐



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช)

โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข.....๑.....

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รหัสโครงการ : ๒ / ๒๕๕๕

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำการวิจัย (แผนก / หน่วยงาน) : แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

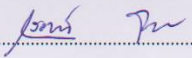
เอกสารรับรอง ๑. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับเดือน ธันวาคม ๒๕๕๕

๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ฉบับเดือน ธันวาคม ๒๕๕๕

วันที่รับรอง : ๑๘ ธันวาคม ๒๕๕๕

วันหมดอายุ : ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๖

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, WHO Guideline for IRB ข้อบังคับของแพทยสภา (๒๕๕๕) หมวด ๕ ว่าด้วยการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์

ลงนาม..... 

(นายแพทย์วรวัฒน์ ไชยชาญ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม..... 

(นายแพทย์ศิริชัย คาริกรินทร์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์

วันที่ ๒๑ / ๑.๑. / ๕๕

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางทัศนีย์ มิ่งมิตรมี เกิดเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2521 ที่จังหวัดอุทัยธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ เมื่อปีการศึกษา 2541 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ เมื่อปีการศึกษา 2550 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานที่ตึกพิเศษ โรงพยาบาลหนองฉาง ต.หนองฉาง อ.หนองฉาง จ.อุทัยธานี โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 056 – 532252 มือถือ 086 – 3335998 ,091-2755832

ที่อยู่ 1/1 หมู่ที่ 9 ตำบล น้ำทรง อำเภอ พยุหะคีรี จังหวัด นครสวรรค์ 60130