บทความวิจัย

The Effect of Stress Management with Family Participation Program on Positive Symptoms of Person with Schizophrenia in Community

Received: Oct 14, 2025
Revised: Dec 17, 2025
Accepted: Dec 19, 2025

Khemsupitchaya Kittikoonworapat, M.N.S[1]
Sudaporn Stithyudhakarn, Ph.D.[2*]

Abstract

Introduction: People with schizophrenia living in the community often experience residual symptoms, such as auditory hallucinations. Inadequate management of these symptoms can negatively affect the daily lives of both the individuals and their families. Furthermore, stress and high levels of emotional expression within the family significantly exacerbate symptoms during the residual phase. Therefore, based on the concepts of Norman and Friedman, the researchers developed a stress management program incorporating family participation to reduce positive symptoms among people with schizophrenia in the community.

Research objectives: To compare the positive symptoms of people with schizophrenia before and after participating in a stress management with family participation program, and to compare the post-intervention outcomes between the experimental and control groups.

Research methodology: This quasi-experimental study involved 60 families of individuals with schizophrenia (aged 20–59 years) receiving care at Ongkharak Hospital. Participants were assigned to either an experimental group (n = 30 families) or a control group (n = 30 families). The research material and instruments included a stress management with family participation program, a demographic information form, the Positive and Negative Syndrome Scale, the Perceived Stress Scale, and the Family Participation Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test

Results: Following the intervention, the experimental group exhibited significantly lower positive symptom scores compared to their baseline ($t = 15.74$, $df = 29$, $p < .001$). Additionally, the experimental group demonstrated significantly lower positive symptom scores than the control group ($t = -9.90$, $df = 58$, $p < .001$).

Conclusions: The stress management program that incorporates family participation is effective in reducing positive symptoms among people with schizophrenia living in the community.

Implications: The stress management with family participation program should be implemented in primary care settings with appropriate adaptations for individual local contexts.

Keywords: positive symptoms, family participation, stress management, schizophrenia

[1]*Graduate Student in Master of Nursing Science program, Email: Khemsupitchaya@gmail.com*

[2*]*Corresponding author: Assistant Professor, Email: sudaporn.st@chula.ac.th*

[1-2]*Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.*

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Received: Oct 14, 2025
Revised: Dec 17, 2025
Accepted: Dec 19, 2025

เขมสุพิชญา กิตติกูลวรพัฒน์ พย.ม.[1]
สุดาพร สถิตยุทธการ ปร.ด.[2*]

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ที่เป็นจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือ เช่น หูแว่ว หากไม่สามารถจัดการได้จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่สูงในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นอาการทางบวก ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตามแนวคิดของ Norman และ Friedman เพื่อลดอาการทางบวกในผู้ที่เป็นจิตเภทในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ที่เป็นจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเปรียบเทียบอาการทางบวกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 20 - 59 ปี อาศัยอยู่กับครอบครัว เข้ารับการรักษาที่แผนกกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลองครักษ์ จำนวน 60 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 30 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินอาการทางจิต (PANSS-T) 4) แบบวัดการรับรู้ความเครียด 5) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: หลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางบวกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.74$, $df = 29$, $p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.90$, $df = 58$, $p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีประสิทธิผลในการลดอาการทางบวกของผู้ที่เป็นจิตเภทในชุมชน

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลและบุคลากรสุขภาพจิตสามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: อาการทางบวก การมีส่วนร่วมของครอบครัว การจัดการความเครียด ผู้ป่วยจิตเภท

[1]นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต Email: Khemsupitchaya@gmail.com

[2]Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: sudaporn.st@chula.ac.th*

[1-2]คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง การแสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ซึ่งพบผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับบริการด้านจิตเวชของกรมสุขภาพจิต ปี 2566 จำนวน 299,771 คน เป็นอันดับที่ 3 ของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด[1] ซึ่งอาการของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ 1) กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) เช่น เฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น 2) อาการทางบวก (Positive symptoms) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน การพูดแบบไม่มีแบบแผน ความคิดสับสน พฤติกรรมที่ไร้แบบแผน[2] และจากสถิติของโรงพยาบาลองครักษ์ในปี 2566 พบผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางลบจำนวน 89 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.92 และผู้ป่วยที่มีอาการทางบวกจำนวน 317 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.07 ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่จะพบอาการทางบวกมากที่สุด[3] ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนโดยส่วนใหญ่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือและยังคงมีอาการทางบวกในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยอาการประสาทหลอนทางหูอยู่ที่ 14.40 คะแนน (SD = 14.60)[2] โดยพบว่าผู้ป่วยยังคงมีอาการประสาทหลอนทางหูและอาการหลงผิดอยู่แต่ยังสามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้[4] อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถจัดการกับอาการดังกล่าวก็อาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในอนาคตรวมทั้งอาจทำให้เกิดการบกพร่องในการใช้ชีวิต และนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้อื่นจนถึงแก่ชีวิตได้[1]

เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดและไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม[4] ซึ่งในกรณีดังกล่าวนี้ ครอบครัวจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลทั้งในด้านการป้องกันและการลดปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด โดยพบว่าหากครอบครัวไม่สามารถจัดการสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวก็อาจกลายเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความเครียดเพิ่มขึ้นได้[5] จากความกดดันในครอบครัวสูงขึ้น โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จนนำมาซึ่งอาการทางบวกของผู้ป่วยที่รุนแรงขึ้น[6] การพยาบาลตามปกติที่ครอบคลุม การซักประวัติ การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำการใช้ยา การให้ความรู้ด้านสุขภาพ แม้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ได้สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวไม่ได้รับการฝึกฝนทักษะในการสังเกตอาการรวมถึงการจัดการความเครียด หรือสื่อสารกับผู้ป่วยเชิงบวก ซึ่งการให้ความรู้ยังอยู่ในรูปแบบการบรรยายและคำแนะนำทั่วไปโดยไม่มีการฝึกปฏิบัติหรือกิจกรรมกลุ่มร่วมกับผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวมีบทบาทจำกัดและไม่สามารถลดอาการทางบวกของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรม 5 ปีย้อนหลังเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความเครียด (OR = 1.52)[7] เพศ (F6, 4638 = 10.83, p < .01)[8] ระยะเวลาการเจ็บป่วย (OR = .81)[9] การสนับสนุนภายในครอบครัว (r = –.43, p < .01)[5,10] ความขัดแย้งภายในครอบครัว (β = .38)[11] และครอบครัวที่มีการแสดงออกของอารมณ์ที่สูง (aOR = 2.22, 95% CI 1.16 – 4.26)[6] พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเครียดและความขัดแย้งภายในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางบวกเพิ่มขึ้นซึ่งอาจนำไปสู่อาการทางจิตที่กำเริบขึ้นได้ในที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยด้านความเครียด ร่วมกับปัจจัยด้านครอบครัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท และนำแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman และคณะ[12] มุ่งเน้นการปรับสมดุลของระบบประสาทและฮอร์โมน ประกอบด้วย 3 แนวทาง ได้แก่ 1) ลดปฏิกิริยาทางร่างกายต่อความเครียด 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย 3) พัฒนาทักษะพฤติกรรมและการคิดในการจัดการ

กับความเครียด และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman[13] ได้อธิบายว่าครอบครัวมีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต้องอาศัยการดูแลจากครอบครัวอย่างใกล้ชิด ซึ่งบทบาทสำคัญของครอบครัวประกอบด้วย 1) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย 2) มีส่วนร่วมในการดูแลระยะที่มีอาการเกิดขึ้น 3) มีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล 4) มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น 5) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา 6) มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว มาประยุกต์ใช้พัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน เนื่องจากทั้งสองแนวคิดสามารถลดอาการทางบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ[14]

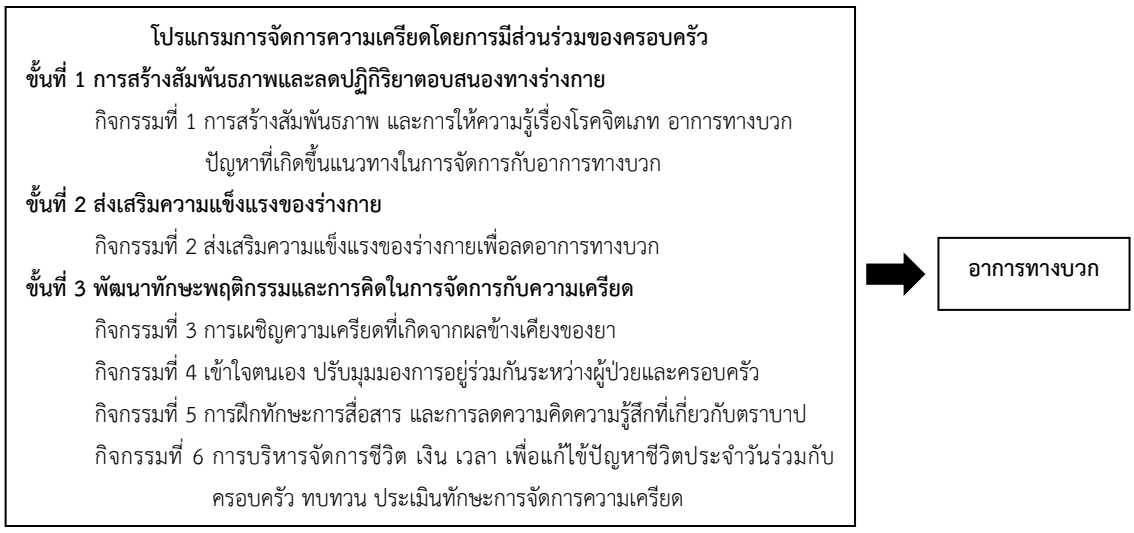
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman และคณะ[12] อธิบายว่าการลดปฏิกิริยาทางร่างกายจากความเครียด การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย และการพัฒนาทักษะการคิดและพฤติกรรม จะช่วยปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติและแกน HPA ทำให้ระดับคอร์ติซอลและอะดรีนาลีนลดลง ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง และการกระตุ้นอาการทางบวกลดลงตามกลไกทางชีวภาพและจิตใจ แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman[13] ชี้ว่าครอบครัวสามารถลดความเครียดของผู้ป่วยได้โดยการลดการแสดงออกทางอารมณ์เชิงลบ เพิ่มความเข้าใจ ความรัก และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยสร้างความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคง ลดการกระตุ้นของระบบความเครียด ดังนั้นการผสานแนวคิดของ Norman และคณะ[12] และ Friedman[13] จึงครอบคลุมทั้งกลไกระดับร่างกาย จิตใจ และบริบทครอบครัว ส่งผลให้อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลงและสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ดีขึ้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยจัดเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD - 10 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลทุ่งตีย์ภูมิ และครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลองครักษ์ มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วย 1) เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่มีครอบครัวดูแล เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา บุตร หรือญาติพี่น้อง เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมาอย่างน้อย 6 เดือนและไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือเงินช่วยเหลือใด ๆ 2) มีอาการทางบวกระดับอยู่ในช่วง 8 – 35 คะแนน จากแบบประเมิน PANSS-T และเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจอื่น ๆ ที่รุนแรง หรือมีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในทุกขั้นตอนของโปรแกรมที่กำหนดไว้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power โดยนำผลการศึกษาของ ประคง นาโพนทัน และอัชรา ฤๅชา[14] มาใช้ในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ .80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ขนาดอิทธิพลจากค่า .77 พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 44 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด[15] จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 30 ครอบครัว จากนั้นผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัยโดยวิธีการจับคู่ (Matched pairs) คือ เพศ[8] และระดับความรุนแรงของอาการทางบวก[16] จนครบ 30 คู่แล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากทีละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยจึงนำแนวทางการจัดการความเครียดของ Norman และคณะ[12] และใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวจาก Friedman[13] จำนวน 6 กิจกรรม จัดในรูปแบบกลุ่ม กลุ่มละ 5 ครอบครัว กิจกรรมละ 60 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ การดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมจะใช้ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามแนวคิดการจัดการความเครียดของ Norman และคณะ[12] ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการทางบวก ปัญหาที่เกิดขึ้นแนวทางในการจัดการกับอาการทางบวก (สัปดาห์ที่ 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการทางบวก ปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการทางบวก และแนวทางในการจัดการกับอาการทางบวก

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายเพื่อลดอาการทางบวก (สัปดาห์ที่ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน และการเลือกบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย

กิจกรรมที่ 3 การเผชิญความเครียดที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา (สัปดาห์ที่ 2) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยารักษาโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 เข้าใจตนเอง ปรับมุมมองการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว (สัปดาห์ที่ 2) เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้าใจในตนเอง และปรับมุมมองการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวในเชิงบวก

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการสื่อสาร และการลดความคิด ความรู้สึกที่เกี่ยวกับตราบาปร่วมกับครอบครัว (สัปดาห์ที่ 3) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 การบริหารจัดการชีวิต เงิน เวลา เพื่อแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันร่วมกับครอบครัว และทบทวน ประเมินทักษะการจัดการความเครียด (สัปดาห์ที่ 4) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีวิธีการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันที่เหมาะสม และเพื่อยุติการทำการบำบัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลา การเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย 2) แบบประเมินอาการทางจิต (PANSS-T) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ[17] มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบากเท่ากับ .82 และค่า CVI ได้เท่ากับ 1

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 1) แบบวัดการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบากเท่ากับ .85 และค่า CVI ได้เท่ากับ .92 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัว จำนวน 34 ข้อ ผู้วิจัยนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบากเท่ากับ .85 และค่า CVI ได้เท่ากับ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน พบค่า CVI เท่ากับ 1 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครอบครัว และนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

แบบวัดการรับรู้ความเครียดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .92 จากการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงจำนวน 30 คน พบค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบากเท่ากับ .85 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีค่า CVI เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากการได้รับการอนุญาตและเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลองครักษ์ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก และผู้วิจัยทำการประสานงานกับหัวหน้าแผนกกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความชำนาญปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้อบรมเตรียมความพร้อมให้ผู้ช่วยวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือวิจัยและขั้นตอนของโปรแกรม ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ช่วยประเมินตัวแปรตามคืออาการทางบวกของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัย

และผู้ช่วยวิจัยได้พูดคุยทบทวนเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อให้การประเมินมีความเที่ยงและใกล้เคียงกันมากที่สุด ทั้งนี้ในการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด พร้อมย้ำว่าการเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจอย่างแท้จริง ไม่ได้เกิดจากความเกรงใจต่อผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้มั่นใจว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นอิสระและปราศจากการชักจูงใด ๆ

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 126 ครอบครัว คัดเลือกผู้ป่วยเข้าตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ข้างต้นให้ได้จำนวน 60 ครอบครัว และประเมินอาการทางบวกเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

4. ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยก่อนการวิจัย (Pre-test)

5. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยดำเนินกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ทั้งหมด 4 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลขณะที่มารับบริการในโรงพยาบาลองครักษ์ที่แผนกกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด และมีการนัดติดตามอาการทางบวกในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อประเมินอาการทางบวก (Post-test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก รหัสโครงการที่ 6/2568 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ ประโยชน์ที่ได้รับ การยินยอมให้ข้อมูล โดยไม่มีการบังคับใด ๆ และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้น และดำเนินการส่งต่อให้แพทย์เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยค่าร้อยละ ทดสอบการแจกแจงคะแนนอาการทางบวกโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test of normality พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์คะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติทดสอบที กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางบวกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการทางบวกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง 1 สัปดาห์ (n = 30)

อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	M	SD	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง	26.03	3.80	29	15.74	.001*
หลังการทดลอง	17.87	2.30			

*p < .05

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางบวกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	M	SD	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 30)	26.03	3.80	58	-.132	.895
กลุ่มควบคุม (n = 30)	26.17	3.99			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง (n = 30)	17.87	2.30	58	-9.90	.001*
กลุ่มควบคุม (n = 30)	25.60	3.60			

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 6 และประเมินผลในระยะเวลา 1 สัปดาห์ อธิบายได้ตามทฤษฎีความเครียดกับอาการทางบวกว่าความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นการกำเริบของอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท โดยความเครียดจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและแกน Hypothalamic–Pituitary–Adrenal (HPA axis) ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลและอะดรีนาลีนเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความรุนแรงของอาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด[7] ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองมีอาการทางบวกลดลง สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการจัดการความเครียดตามแนวคิดของ Norman และคณะ[12] ซึ่งเน้นการลดปฏิกิริยาทางร่างกายต่อความเครียด การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย และการพัฒนาทักษะด้านการคิดและพฤติกรรม อันนำไปสู่การปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติและแกน HPA ทำให้ระดับฮอร์โมนความเครียดลดลง และช่วยลดการกระตุ้นอาการทางบวกที่มีอยู่เดิม[7]

นอกจากนี้ แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman[13] ได้อธิบายว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของสมาชิก โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องอาศัยการดูแลอย่างใกล้ชิด ครอบครัวสามารถ

เป็นได้ทั้งปัจจัยกระตุ้นและปัจจัยป้องกัน หากครอบครัวมีความขัดแย้งหรือมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดัน ไม่ปลอดภัย และมีความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและแกน HPA ทำให้ระดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย[14] โปรแกรมการจัดการความเครียดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความเครียดในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งด้านสาเหตุ อาการ ผลกระทบของความเครียด และแนวทางการจัดการความเครียด ความรู้ในการดูแลตนเองด้านร่างกาย เพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง ทำให้พร้อมที่จะรับมือกับความเครียด และปรับตัวเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น การออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพพื้นฐานสามารถช่วยลดความเครียดและอาการทางบวกได้ เมื่อร่างกายแข็งแรงระบบประสาทจะหลั่งเอ็นดอร์ฟิน ซึ่งช่วยบรรเทาความเครียด และการออกกำลังกายยังสามารถกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาท serotonin และ Dopamine ที่ช่วยควบคุมอารมณ์และลดความเครียดได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการออกกำลังกายด้วยโยคะ สามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้[18] การออกกำลังกายชนิดแอโรบิคทำให้ร่างกายทุกส่วนได้ออกกำลังเน้นการเคลื่อนไหวช้า ๆ ช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ส่งผลทำให้จิตใจสงบ มีสมาธิมากขึ้น เป็นการบริหารร่างกายและจิตใจไปพร้อมกัน นอกจากนี้ ยังช่วยลดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความโกรธ และอาการหวาดกลัว ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น การฝึกการหายใจสามารถลดอาการด้านบวก เช่น หูแว่ว หรือภาพหลอนที่เกิดขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจดจ่ออยู่กับการเคลื่อนไหวและการหายใจเข้าออกยาวและลึก โดยไม่สนใจต่ออาการไม่ตอบสนองต่ออาการ จึงเป็นการฝึกที่ช่วยควบคุมอาการ ซึ่งการผ่อนคลายจะช่วยให้ความเครียดลดลงและอาการทางจิตลดลง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความรู้สึกปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย[13] สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้ดูแลที่มีความเข้าใจ และมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมีบทบาทสำคัญในการสร้างความไว้วางใจของผู้ป่วยจิตเภทต่อครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในระยะเริ่มต้น[19]

โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนให้เห็นว่าการพยาบาลตามปกติที่ครอบคลุมการซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำด้านการใช้ยา รวมถึงการให้ครอบครัวได้รับความรู้ด้านการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของโรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก แม้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ได้สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวไม่ได้รับการฝึกฝนทักษะในการสังเกตอาการรวมถึงการจัดการความเครียด หรือสื่อสารกับผู้ป่วยเชิงบวก ซึ่งการให้ความรู้ยังอยู่ในรูปแบบการบรรยายและคำแนะนำทั่วไป โดยไม่มีการฝึกปฏิบัติหรือกิจกรรมกลุ่มร่วมกับผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวมีบทบาทจำกัดและไม่สามารถลดอาการทางบวกของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการให้ความรู้แก่ครอบครัวสามารถลดคะแนนอาการเชิงบวกตามเกณฑ์ PANSS ได้อย่างชัดเจน[19] แสดงให้เห็นถึงบทบาทของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ไม่สามารถละเลยในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เนื่องจากครอบครัวทำหน้าที่เป็นแหล่งสนับสนุนหลักของผู้ป่วยทั้งในด้านอารมณ์และพฤติกรรม เมื่อสมาชิกในครอบครัวได้รับการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ครอบครัวจึงสามารถลดแรงกดดันทางอารมณ์ที่มักเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของอาการทางบวกได้อย่างมีนัยสำคัญ การสนับสนุนจากครอบครัวในลักษณะนี้ช่วยสร้างความรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกล้าแบ่งปันความคิด ความเชื่อผิดปกติ หรือความเครียดที่เผชิญมากกว่าการเก็บกดซึ่งนำไปสู่อาการหลงผิดหรือประสาทหลอน[6,10]

สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยลดปัจจัยกระตุ้นความเครียด เสริมสร้างการสนับสนุนจากครอบครัว และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการความเครียดส่งผลให้สามารถลดอาการทางบวกได้ดีกว่าการพยาบาลตามมาตรฐานที่ปราศจากกระบวนการฝึกครอบครัวอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพจิตสามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ก่อนนำโปรแกรมไปใช้ควรมีการฝึกอบรมหรือพัฒนาทักษะการปฏิบัติตามโปรแกรมจนเกิดความชำนาญเสียก่อน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการวิจัยต่อเนื่องเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว โดยเฉพาะการติดตามผลในช่วง 3 – 6 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อศึกษาว่าการลดลงของอาการทางบวกสามารถคงอยู่ได้หรือไม่

References

1. Department of Mental Health. Annual report of the department of mental health [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29]. Available from: https://dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/
2. Steele D. Keltner's psychiatric nursing. 9th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2022.
3. Ongkharak Hospital. Medical records division: Hospital statistics of schizophrenia patients. Nakhon Nayok: Ongkharak Hospital; 2024.
4. McGregor N, Thompson N, O'Connell KS, Emsley R, van der Merwe L, Warnich L. Modification of the association between antipsychotic treatment response and childhood adversity by MMP9 gene variants in a first-episode schizophrenia cohort. Psychiatry Research 2018;262(1):141-48.
5. Robustelli BL, Newberry RE, Whisman MA, Mittal VA. Social relationships in young adults at ultra-high risk for psychosis. Psychiatry Research 2017;247(1):345–51.
6. Ma CF, Chan SKW, Chung YL, Ng SM, Hui CLM, Suen YN, et al. The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: A meta-analysis and meta-regression. Psychological Medicine 2021;51(3):365–75.
7. Varese F, Udachina A, Myin-Germeys I, Oorschot M, Bentall RP. The relationship between dissociation and auditory verbal hallucinations in the flow of daily life of patients with psychosis. Psychosis 2011;3(1):14–28.
8. Bucci P, Giordano GM, Mucci A, Rocca P, Rossi A, Bertolino A, et al. Sex and gender differences in schizophrenia: Italian network for research on psychoses. Schizophrenia Research 2023;251(1):94-107.
9. Witkowski G, Januszko P, Skalski M, Mach A, Wawrzyniak ZM, Poleszak E, et al. Factors contributing to risk of persistence of positive and negative symptoms in schizophrenia during hospitalization. International Journal of Environment Research and Public Health 2023;20(5):45-92.

10. Zollicoffer A, Strauss G, Luther L, Schiffman J, Sims B, Kambui H, et al. The relationship between perceived family support and subclinical positive symptoms of psychosis among Black college students. Early Intervention in Psychiatry 2024;19(1):1-6.
11. Hinojosa-Marqués L, Domínguez-Martínez T, Barrantes-Vidal N. Family environmental factors in at-risk mental states for psychosis. Clinical Psychologu & Psychother 2022;29(2):424–54.
12. Norman RMG, Malla AK, McLean TS, McIntosh EM, Neufeld RWJ, Voruganti LP, et al. An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. Schizophrenia Research 2002;58(1):293–303.
13. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Family nursing: Research, Theory & Practice. 5th ed. United States: Pearson Education; 2003.
14. Naphonthan P, Racha A. Effects of a stress management program combined with yoga therapy on stress, psychiatric symptoms, quality of life, and relapse in schizophrenia patients. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2021;8(2):54-71. (in Thai)
15. Kerlinger FN. Foundations of behavioral research. 3rd ed. New York: Rinehart and Winston; 1986.
16. Thananchai S, Yuniphan J. Selected factors related to violent behavior in the community among patients with schizophrenia. Navy Medical Journal 2019;46(3):536-51 (in Thai)
17. Nilchaikovit T, Uneanong S, Kessawai D, Thomyangkoon P. The Thai version of the positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia: criterion validity and interrater reliability. Journal of the Medical Association of Thailand 2000;83(6):646-51.
18. Prathumnan O, Uppasen R. Effects of a stress management program combined with yoga on the severity of psychiatric symptoms among female patients with schizophrenia [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (in Thai)
19. Fereidooni S, Mehryar AH, Javidi H, Afshari R. Effect of family psychological education program on positive and negative symptoms of schizophrenic patients: A randomized controlled trial. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care 2023;12(1):e126540. doi: 10.5812/jjcdc-126540.