



นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLE)

ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน เขตกรุงเทพมหานคร

ประเทือง ละออสุวรรณ*, นภา จิรัฐจินตนา*

วันรับบทความ : 24 กันยายน 2561
วันแก้ไขบทความ : 13 พฤศจิกายน 2561
วันตอบรับบทความ : 7 ธันวาคม 2561

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และเพื่อเปรียบเทียบภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วัตถุประสงค์และวิธีการ : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา มีการติดตามหลังจำหน่ายออกจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาแล้วเป็นเวลา 1 เดือน และอยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 29 ช่วงนุชนคร กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สถิติที่ใช้คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผล : คะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวหลังการทดลองมีคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลอง และคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สรุป : โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสามารถลดคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติให้ได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาวะ



THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON CAREGIVERS' BURDEN AMONG CAREGIVER OF SCHIZOPHRENIA PATIENT RECEIVING HOME VISIT SERVICES IN BANGKOK

Prathaung Laorsuwan, Napa Jiratjintana**

Received : September 24, 2018

Revised : November 13, 2018

Accepted : December 7, 2018

Abstract

Objective: This study aims to evaluate level of burden among schizophrenia patients' caregiver before and after receiving family psychoeducation program and to compare the burden among family caregivers of schizophrenic patients who received family psychoeducation program and those who received standard caring activities.

Material and Methods: Home visit after 1 month of patient discharged from Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, caregivers of schizophrenia patients from who lived in community's area of the Public Health Center 29, Bangkok, were randomly assigned to experimental group and control group, 15 caregivers in each group. Experiment group received family psychoeducation program, personal information questionnaires and the caregiver burden scale were used to evaluate in both groups. Descriptive statistics and t-test with the statistical at 0.05 were used in data analysis.

Results: The mean score of the caregiver burden scale after participating in the family psychoeducation program was lower than before participating in the program. The mean score of caregiver burden scales for the caregivers of schizophrenia patients that participated in family psychoeducation program was lower than the caregivers who received regular caring activities.

Conclusion: Family psychoeducation program had been found lowered the mean of caregiver burden score which can be encouraged to apply in clinical nursing practice.

Keywords: family psychoeducation program, caregiver of schizophrenia patients, burden

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

โรคจิตเวชถือเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งพบมากที่สุดมีอัตราความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 0.3 - 0.7 ของประชากรโลก¹ ในประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท พบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทในผู้ป่วยอายุ 15 - 59 ปี อยู่ที่ 8.8 คน ต่อ 1,000 คน ค่า 95% CI อยู่ที่ 7.2-10.6 โดยมีอัตราส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงอยู่ที่ 1.1 ต่อ 1² จากสถิติของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานกรมสุขภาพจิต พบว่าปีงบประมาณ 2555 - 2559 โรคจิตเภทเป็นอันดับ 1 ในทุกปีงบประมาณ และจากรายงานสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในปี 2558 มีจำนวน 57,600 ราย ปี 2559 มีจำนวน 57,666 ราย และปี 2560 มีจำนวน 57,624 ราย และผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยใน ปี 2558 มีจำนวน 2,455 ราย ปี 2559 มีจำนวน 2,450 ราย และ ปี 2560 มีจำนวน 2,352 ราย ตามลำดับ³

จากสถานการณ์ปัจจุบันจะเห็นว่าโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิตไม่สามารถที่จะรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด ดังนั้นในปัจจุบันกรมสุขภาพจิตมีนโยบายให้จำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ มีการมุ่งเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มากที่สุด โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงกลายมาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและในระยะฟื้นฟูสภาพ

ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักเป็นบุคคลในครอบครัวร้อยละ 60 - 85 เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หรือบุตร⁴ โดยผู้ดูแลดังกล่าวทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือจากสิ่งที่เคยทำอยู่เป็นประจำ⁵ ทำให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในครอบครัวมีการเปลี่ยนไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลาแรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาหรือเป็นภาระ (burden) แก่ตน⁶⁻¹⁰ ซึ่งความรู้สึกเป็นภาระส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลแล้วยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย¹¹

ดังนั้น การพยาบาลจึงควรมีรูปแบบให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแนวทางในการดูแลตนเองและลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Anderson, Hogarty & Reiss¹² ได้พัฒนาสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) มีรูปแบบการดำเนินการสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และกิจกรรมที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยอาศัยหลักการของการทำงานร่วมกับบุคคลครอบครัว¹³ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ลดความรู้สึกเป็นภาระและความไม่สบายใจจากการดูแลผู้ป่วยได้

และมีการศึกษาของจิราพร รักษาการ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว¹⁴ ซึ่งผู้วิจัยจึงมีการศึกษา โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอีกครั้ง เพื่อยืนยันผลของ โปรแกรมดังกล่าว จากสภาพแวดล้อมใหม่ รวมไปถึงมีแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเขต กรุงเทพมหานคร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความรับผิดชอบของ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 29 ช่วงนุชเนตร กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีการติดตามหลังจำหน่ายออกจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาแล้วเป็นเวลา 1 เดือน ระหว่างเดือนพฤษภาคม - เดือนสิงหาคม พ.ศ.2560 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา

พี่หรือน้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท

2. เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใด ๆ

3. มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี ทั้งชายและหญิง

4. สามารถสื่อสาร โดยใช้ภาษาไทยได้

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. มีโรคประจำตัวทางกายที่ทำให้ไม่สามารถร่วมโปรแกรมได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ¹⁵⁻¹⁷ โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 และ 3.27 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.16 และ 0.59 ค่า Alpha เท่ากับ 0.05 และค่า Beta เท่ากับ 0.20 จากการศึกษาของจิราพร รักษาการ¹⁴ จะได้กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 13 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของจิราพร รักษาการ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ¹⁴

ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และกิจกรรมที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของนพรัตน์ ไชยธานี¹⁸ ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะเชิงอัตนัยเป็นความรู้สึกรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ และภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.88 และสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93

การดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 29 ช่วงนุชเนตร จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวร่วมกับการดูแลตามปกติในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน ช่วงเวลา 09.00 น. - 12.00 น. สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และนำเสนอออกมาเป็นภาพรวมในรูปผลของการวิจัยเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากกรวิจัยก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และโครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เลขที่ 23/2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบที (t test) หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ร่วมกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 พบว่า ในกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 เพศหญิง ร้อยละ 40.0 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 53.3 อายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 46.7 อายุเฉลี่ย 45.8 ± 17.0 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือสถานภาพโสด ร้อยละ 20.0 ส่วนในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	9	60.0	9	60.0
หญิง	6	40.0	6	40.0
อายุ	39.2 ± 14.5 ปี		45.8 ± 17.0 ปี	
≤ 40 ปี	10	66.7	8	53.3
> 40 ปี	5	33.3	7	46.7
การศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	6.7	2	13.3
ประถมศึกษา	8	53.3	7	46.7
มัธยมศึกษา	3	20.0	6	40.0
อนุปริญญา	1	6.7	0	0.0
ปริญญาตรี	2	13.3	0	0.0
สถานภาพสมรส				
โสด	2	13.3	3	20.0
สมรส	12	80.0	10	66.7
หม้าย/หย่า/แยก	1	6.7	2	13.3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การทดลอง	คะแนนภาวะ	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย \pm SD)				
ก่อนการทดลอง	89.4 \pm 2.85	0.1	14.0	0.909
หลังการทดลอง	89.3 \pm 2.50			
กลุ่มทดลอง (ค่าเฉลี่ย \pm SD)				
ก่อนการทดลอง	88.9 \pm 2.67	50.3	14.0	< 0.001*
หลังการทดลอง	47.9 \pm 2.05			

*p-value < 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	คะแนนภาวะ	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย \pm SD)				
กลุ่มควบคุม	89.4 \pm 2.85	0.53	28.0	0.601
กลุ่มทดลอง	88.9 \pm 2.67			
หลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย \pm SD)				
กลุ่มควบคุม	89.3 \pm 2.50	49.6	28.0	< 0.001*
กลุ่มทดลอง	47.9 \pm 2.05			

*p-value < 0.05

จำนวน 15 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 เพศหญิง ร้อยละ 40.0 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 66.7 อายุมากกว่า 40 ปี ร้อยละ 33.3 อายุเฉลี่ย 39.2 ± 14.5 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 20.0 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.0 และ รองลงมาคือสถานภาพโสด ร้อยละ 13.3

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมของก่อนการทดลอง (89.4 ± 2.85) และหลังการทดลอง (89.3 ± 2.50) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.909$) ส่วนคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง (47.9 ± 2.05) มีค่าต่ำกว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (88.9 ± 2.67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$)

การเปรียบเทียบคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของก่อนและหลังการทดลอง

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม (89.4 ± 2.85) และกลุ่มทดลอง (88.9 ± 2.67) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.601$) แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง (47.9 ± 2.05) มีค่าต่ำกว่าคะแนนภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม (89.3 ± 2.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$)

อภิปราย

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากในกิจกรรมที่ 2 เป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล โดยได้รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท¹² สอดคล้องกับการศึกษาของ Yamashita¹⁹ ที่พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและทราบถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด

ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาได้เป็นอย่างดี และรู้สึกเป็นภาระในการดูแลตนเองในส่วนของกิจกรรมที่ 3 เป็นการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล รู้ถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลตนเอง²⁰

ในส่วนกิจกรรมที่ 4 เป็นการพัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีวิธีการในการจัดการกับความเครียด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวได้ดีขึ้น และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับความเครียดต่างๆ²¹ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และผู้อื่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถลดความเครียดซึ่งเป็นภาระเชิงอัตนัยได้ (ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Lim and Ahn²² พบว่า การใช้แนวทางเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระได้ โดยในกิจกรรมที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การแสดงความจริงใจ ห่วงใย และเอาใจใส่ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล กล้าเปิดเผยความรู้สึกเกิดความไว้วางใจ และเล่าเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว²³ ซึ่งจะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีขึ้น อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยว เป็นการช่วยเหลือดูแลจิตใจของผู้ดูแล มีจิตใจที่จะดูแลตนเองและผู้ป่วย ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงปรนัยลดลง¹⁸ ส่วนของกิจกรรมที่ 3 เป็น

เป็นการพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล มีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง^{7,20} สำหรับในกิจกรรมที่ 5 เป็นการพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการสื่อสารและการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือ การช่วยเหลือนอกจากชุมชนหรือสังคม²⁴ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากชุมชนหรือสังคมในการแก้ไขปัญหาอื่นๆ ที่ผู้ดูแลรู้สึกไม่สามารถแก้ไขได้ รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งกับชุมชนที่อาศัยอยู่²⁵ จากการศึกษาของ Francell²⁶ พบว่าวิธีการที่จะช่วยลดภาระของผู้ดูแล คือ การให้ความรู้กับครอบครัว การดำเนินของโรค การดูแลรักษา การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษา และการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย

นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ขนิษฐา และคณะ²⁷ พบว่า ภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่ำกว่า ก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม และภายหลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม มีภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Purba and Bukit²⁸ ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเมือง Medan ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ภาระของผู้ดูแลที่

ประเมินจาก Zarit Caregiver Burden Scale ที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tanrıverdi and Ekinçi²⁹ ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศตุรกี พบว่าภาระของผู้ดูแลที่ประเมินจาก Zarit caregiver burden scale ก่อนได้รับ โปรแกรมเท่ากับ 57.2 ± 9.9 คะแนน และภายหลังได้รับ โปรแกรมมีคะแนนลดลงเท่ากับ 34.3 ± 9.9 คะแนน

สรุป

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง และคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง และคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติมจากการดูแลตามปกติให้ได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการให้โปรแกรมอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ประเมินผลระยะยาวในชุมชนเพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเป็นระยะๆ โดยประเมินผลที่บ้านในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการให้โปรแกรม
2. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวช

เรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนเช่นเดียวกัน โดยพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทนั้นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Lortrakul M, Sukanich P. Textbook of Ramathibodi psychiatry. 3rd ed. Bangkok: Beyond Enterprise; 2009.
2. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr* 2010; 8: 24-35.
3. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. รายงานประจำปี 2560 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. กรุงเทพฯ : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2560.
4. เดือนแรม ยศปัญญา, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* 2557; 28 (3): 63-74.
5. สกวรัตน์ ภูผา. ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
6. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychos Med* 1985; 15: 383-93.
7. Montgomery RJV, Stull DE, Borgatta EF. Measurement and analysis of burden. *Res Aging* 1985; 7(3): 137-52.
8. Bull MJ. Factors influencing family care giving burden and health. *Western J Nurs Res* 1990; 12(6): 758-76.
9. Kim KS, Kim BJ, Kim KH, Choe MA, Yi M, Hah YS, et al. Subjective and objective caregiver burden in Parkinson's disease. *J Korean Acad Nurs* 2007; 37(2): 242-8.
10. จันรรจ์ พลไพรินทร์, จิตติวัลค์ ธรรมไพโรจน์. การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา* 2552; 10(1): 13-8.
11. Clement S, Gerber D, McGuire SL. *Comprehensive community health nursing: Family aggregate and community practice*. St. Louis, MO: Mosby; 1995.
12. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducation approach. *Schizophr Bull* 1980; 6(3): 490-505.
13. Kuiper L, Leff J, Lam D. *Family work for schizophrenia: A Practice Guide*. London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists; 1992.
14. จิราพร รักการ. ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
15. Cochran WG, Cox GM. *Experimental designs*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1992.
16. Tabachnick B, Fidell L. *Using multivariate statistics*. 3rd ed. New York: Harper Collins; 1996.
17. Machin D, Campbell M, Fayers P, Pinol A. *Sample size tables for clinical study*. 2nd ed. Malden: Blackwell Science; 1997.
18. นพรัตน์ ไชยธานี. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.

19. Yamashita M. Study of how families care for mental ill relatives in Japan. *Int Nurs Rev* 1996; 43(4): 121-5.
20. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
21. ทีปประพิณ สุขเขียว. การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2543.
22. Lim YM, Ahn YH. Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Appl Nurs Res* 2003; 16(2): 110-7.
23. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินติ้ง; 2540.
24. เพชรี คันธสายบัว. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
25. Brandt PA, Weinert C. PRQ: A social support measure. *Nurs Res* 1985; 30: 277-80.
26. Francell GC. Family perceptions of burden of care for chronic mentally ill relative. *Hosp Community Psychiatry* 1998; 39(12): 1296-300.
27. ขนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, รัชนิกร เกิดโชค. ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระการดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* 2555; 26(3): 15-27.
28. Purba JM, Bukit EK. The effect of a psychoeducation intervention on burden among caregivers of persons with schizophrenia in Medan. *Proceedings of 1st Public Health International Conference*; 2016 Dec 1-2; Medan, North Sumatra, Indonesia.
29. Tanrıverdi D, Ekinci M. The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *Int J Nurs Pract* 2012; 18(3): 281-8.