

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแล และแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท Factors Predicting Caregivers' Abilities and Caring Guideline with Health Belief Model and Social Support for Schizophrenia Patients' Caregiver

สิตารัตน์ ศิริพันธ์^{1*}, กิตติพร เนาว์สุวรรณ²

Sitarat Siriphun^{1*}, Kittiporn Nawsuwan²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sitaratsiri@gmail.com, เบอร์โทรศัพท์ 093-5763509)

(Received: June 9, 2020; Revised: October 5, 2020; Accepted: December 3, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีแบบพร้อมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา จำนวน 98 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้แบบแผนสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถของผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .72, .82 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และ 2) ศึกษาแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพ อยู่ในระดับดี ($M = 2.64, SD = .19$) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ($M = 2.09, SD = .36$) และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับมาก ($M = 2.84, SD = .76$) การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ร้อยละ 15.60 ($Beta = .406, p < .01$)

2. แนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและความเห็นใจ มีทักษะการสื่อสารที่ดี ลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วย มีความรู้เรื่องโรคในการดูแลผู้ป่วย และต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

¹ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ, โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

Registered nurse (Professional level), Khlong Hoy Khong Hospital, Songkhla Province

² วิทยาจารย์ ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

Lecturer (Senior professional level), Boromarajonani College of Nursing, Songkhla

ดังนั้น จึงควรดำเนินการวางแผนการดูแลก่อนจำหน่ายในด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยการทำกลุ่มผู้ดูแลในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และส่งเสริมสมาชิกครอบครัว ชุมชนในการเข้าร่วมเยี่ยมบ้านแบบเชิงรุก

คำสำคัญ: ความสามารถของผู้ดูแล, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม, ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

The mixed-method research with convergent parallel design aimed to study the predicting factors of schizophrenia patients' caregiver abilities. The samples are 98 schizophrenia patients' caregivers at Klong Hoy Khong Hospital, Songkhla province. They were selected by using simple random sampling. The data were collected from a questionnaire of health patterns perception, social support, and caregivers' ability with a reliability of .72, .82 and .80 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The second objective was to study the care guideline with health belief model and social support for schizophrenia patients' caregiver. The key informants were 15 caregivers of schizophrenia patients. The data were collected by in-depth interviews and analyzed by content analysis. The results of the research were as follows:

1. The caregivers of schizophrenic had a good level of health belief patterns perception ($M = 2.64, SD = .19$), a moderate level of social support ($M = 2.09, SD = .36$) and a high level of caregivers' abilities schizophrenia patients' caregiver ($M = 2.84, SD = .76$). The caregiver's social support was able to predict the ability factor of caregivers of schizophrenia patients at 15.60 percent ($Beta = .406, p < .001$).

2. The guideline with health belief model and social support for schizophrenia patients' caregiver includes providing care for patients with love and sympathy, good communication skills, reducing emotional expression towards patients, knowledge of disease in patient care and the need of social support from the community.

Therefore, plan should be done before pre-distribution to social support including formulating caregiver group services in psychiatric clinics, hospital outpatient departments, and encouraging family, community to proactively participate in in-home visits

Keywords: Caregivers' abilities, Health belief model, Social support, Schizophrenia patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวชในโรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2558 – 2560 พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 124,588, 241,838 และ 380,401 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และจากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลาในช่วงเวลาเดียวกัน พบว่ามีจำนวน 89, 99 และ 105 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 66.4, 61.87 และ 76.64 ตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง, 2560)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดความผิดปกติด้านความคิดการรับรู้การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรม เช่น บกพร่องในการดูแลตนเอง การทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวันและในสังคม อีกทั้งทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ทำลายข้าวของเสียหาย ถือเป็นความเจ็บป่วยที่ยากต่อการรักษา ผู้ป่วยบางรายยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และติดตัวไปกับผู้ป่วยตลอดชีวิต หรือมีอาการแปรปรวน ส่งผลให้ต้องการการดูแลที่บ้านมากขึ้น ดังนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลการปฏิบัติกิจประจำวัน การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสังเกต อาการผิดปกติ และการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา อีกทั้ง หากไม่ได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างดี มักกลายเป็นผู้ที่เป็โรคจิตเภทเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ผู้ดูแลผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบ ด้านร่างกาย ทำให้เกิดอาการเหน็ดเหนื่อย หดแรงแรง พักผ่อนไม่เพียงพอ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ไม่สามารถไปสังสรรค์กับเพื่อน และถูกแยกตัวจากสังคม (บุบผา ธนิกกุล, 2555) ด้านจิตใจ เกิดความเครียด เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หดกำลังใจ และมีผลการรับประทาน อาหาร ร่างกายเสื่อมโทรม บางรายได้รับการบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้าย (ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2556) จากกรณีวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ปีพ.ศ. 2560 พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่กลัวผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ทำลายสิ่งของ กลัวเกิดอาการกำเริบ รongลงมาคือ การมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม และการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ ผู้ดูแลจากชุมชน (โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง, 2560)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Rosenstock (1974) กล่าวว่าบุคคลจะต้องมีความเชื่อทางด้านสุขภาพโดยต้องรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย เชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ สิ่งที่จะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้เรื่องโรคและความรุนแรงของโรคจิตเภท เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรง ผลกระทบจากการเกิดโรค อาจมองมุมที่ทำให้เกิดความพิการหรือตาย กระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว ส่งผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค (อาภาพร เฒ่าวัฒนา, 2556) การรับรู้การรักษาของโรคจิตเภท และการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ควรให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการอาการกำเริบอาการผิดปกติเบื้องต้น ตลอดจนการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่ตำรวจ ในการช่วยนำส่งผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบไปโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพื่อให้อาการสงบลงได้เร็ว (ขจีรัตน์ ปรีกเอโก, เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, ซาลิมาศ ตันสุเทพวิรวงศ์, และประณีต ชุ่มพุทรา, 2559; สุกัญญา แก้วศิริ และ

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2561) รวมทั้ง แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social support) (Caplan, 1974) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว (สภาวะเดือน กลิ่นน้อย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2555) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่ามีปัจจัยทำนายความสามารถผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งเลือกวิจัยประเภทผสมผสานวิธีแบบพร้อมกันเพื่อยืนยันความถูกต้องหรือตรวจสอบผลการวิจัยที่ได้ ช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากขึ้น โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแล และแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตในอำเภอคลองหอยโข่ง จ.สงขลา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรในการทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และศึกษาแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock (1974) ภายใต้แนวคิดที่ว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว รับรู้ภัยคุกคามที่จะมาถึง บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหา โดยคำนึงถึงผลที่จะได้รับ (เทพกร พิทยาภินันท์, 2558) ได้แก่ การรับรู้เรื่องโรคและความรุนแรงของโรคจิตเภท การรับรู้การรักษาของโรคจิตเภท การจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภท และการรับรู้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social support theory) ของ Caplan (1974) โดยธรรมชาติของการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ต้องมีการให้การช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ให้กำลังใจ แบ่งปันสิ่งของ ชี้นำ ให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงและปลอดภัย (แก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2555)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed method research) แบบพร้อมกัน (Convergent parallel design) (Creswell, 2014) มีการดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยทำนาย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 180 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์มาแล้วมากกว่า 5 ปี มีประวัติการรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา (ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยโปรแกรม Hospital XP ณ วันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ บิดามารดา/ คู่สมรส/ ญาติพี่น้อง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้ Test Family เลือก F-test Statistical Test เลือก Linear Multiple Regression: Fix Model, R^2 Deviation From Zero กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size f^2) ขนาดกลาง .15 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่ากำลังการทดสอบ (Power) = .80 และจำนวนตัวแปรทำนาย 5 ตัว ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 98 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ปี 2) ไม่ได้รับค่าจ้าง/ ค่าตอบแทนใดๆ 3) สามารถฟัง พูด อ่าน หรือสื่อสารได้ดี และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ซึ่งรายการคำถามแบบเลือกตอบ

2. แบบสอบถามการรับรู้แบบแผนสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้เรื่องโรคและความรุนแรงของโรคจิตเภท จำนวน 19 ข้อ 2) การรับรู้ถึงการรักษาโรคจิตเภท จำนวน 10 ข้อ 3) การรับรู้ถึงการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 5 ข้อ 4) การรับรู้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 12 ข้อ รวมทั้งสิ้น 46 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน ได้รับบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่ได้รับเลย เท่ากับ 1 คะแนน

4. แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตามความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมต่อสัปดาห์ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์สาขาจิตเวช จากโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา

พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขาจิตเวช ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ได้ค่า Index of Item Objective. Congruence (IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้แบบแผนสุขภาพเท่ากับ .72 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับ .82 และแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เท่ากับ .80 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2560 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และได้จัดทำคู่มือประกอบการเก็บข้อมูลวิจัยให้กับผู้ช่วยนักวิจัยได้ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อใช้เก็บข้อมูล ทั้งนี้ภายหลังกุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด 98 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนการรับรู้แบบแผนสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งโดยรวมและรายด้าน และคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.00	หมายถึง ระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	1.67 – 2.33	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.66	หมายถึง ระดับไม่ดี

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (M) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00-1.75	หมายถึง ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.76-2.50	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.51-3.25	หมายถึง ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	3.26-4.00	หมายถึง ระดับมากที่สุด

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยเกณฑ์ในการพิจารณาความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (Wiersma & Jurs, 2009)

ระหว่าง	0.01 - 0.20	หมายถึง ระดับต่ำมาก
ระหว่าง	0.21 - 0.40	หมายถึง ระดับต่ำ

ระหว่าง 0.41 - 0.60	หมายถึง ระดับปานกลาง
ระหว่าง 0.61 - 0.80	หมายถึง ระดับสูง
มากกว่า 0.80	หมายถึง ระดับสูงมาก

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยสถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis: MRA) แบบทีละขั้นตอน (Stepwise) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2013) ดังนี้ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากกราฟการแจกแจงข้อมูล Histogram พบว่ามีการกระจายแบบปกติ 2) ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่มีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot พบว่า มีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3 3) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง .08 ถึง .40) และ 4) ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.01

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อแนวทางการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา รายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 15 คน ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อเนื่อง เป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ปี โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนใดๆ จากการดูแลผู้ป่วย 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลซ้ำภายใน 90 วัน 3) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่มีประวัติการทำร้ายตนเองผู้อื่นและสิ่งของ 4) ให้ข้อมูลการวิจัยด้วยความสมัครใจ และ 5) สามารถฟัง พูด อ่าน หรือสื่อสารได้รู้เรื่อง

เครื่องมือใช้ในการวิจัย

เป็นแบบการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) แรงจูงใจที่ทำให้คุณสามารถดูแลผู้ป่วยให้สามารถคุมอาการได้ดี 2) วิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างไร ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการได้ดี 3) ครอบครัว เพื่อน ชุมชน หรือ เจ้าหน้าที่ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างไร และ 4) ผลสำเร็จที่ได้จากการดูแลให้ผู้ป่วยควบคุมหรือปฏิบัติตัวที่ดีเป็นอย่างไร มีอะไรบ้าง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์สาขาจิตเวช จากโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสาขาจิตเวช ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากโรงพยาบาลคลองหอยโข่งและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 คน เพื่อนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเองในช่วงเดือนเมษายน 2560 ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) (เอี่ยมพร หลินเจริญ, 2555) การสัมภาษณ์ไม่มีการกำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับคำถามและลำดับขั้นตอนของการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้า แต่เป็นการพูดคุยตามธรรมชาติพร้อมตั้งคำถามในบางประเด็นที่ข้อมูลไม่เิ่มตัวโดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีเวลาคิดคำตอบตามความรู้สึกของตนเองอย่างแท้จริง ไม่มีการชี้นำ เพื่อให้ได้ข้อมูลมากที่สุดและลึกที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้จากผู้ดูแลที่เป็นผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก คนละประมาณ 45- 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในขณะรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ทราบประเด็นที่ต้องสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป แล้วจึงนำมาสรุปประเด็น (Theme) และนำเสนอข้อมูลแบบพรรณนาวิเคราะห์ตามประเด็นย่อย (Subtheme) ซึ่งมีขั้นตอนการจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง โดยผู้วิจัยนำข้อค้นพบเบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คน และข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำ กระทำกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวกลับไป-กลับมาได้ข้อค้นพบ ที่มีเกิดความถูกต้อง การสรุปและรายงานการวิจัย (Patton, 2015)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดสงขลา เลขที่ 2/2560 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ.2560 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับ รวมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลการวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

1.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา จำนวน 98 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.86 มีอายุเฉลี่ย 51.27 ปี ($SD = 17.88$) โดยมีอายุน้อยที่สุด 18 ปี อายุสูงสุด 90 ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 66 คน ร้อยละ 67.35 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 65 คน ร้อยละ 66.33 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา (n = 98)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($M = 51.27, SD=17.88, \text{Min} = 18, \text{Max} = 90$ ปี)		
<19	3	3.06
20-39	24	24.49
40-49	42	42.86
60 ปีขึ้นไป	29	29.59
เพศ		
ชาย	32	32.65
หญิง	66	67.35
การศึกษา		
ประถมศึกษา	65	66.33
มัธยมศึกษา/ อาชีวศึกษา	20	20.41
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	10	10.20
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	3.06

1.2 ระดับของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลาโดยรวมพบว่า อยู่ในระดับอยู่ในระดับมาก ($M = 2.84, SD = .76$) การรับรู้แบบแผนสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 2.64, SD = .19$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงสุดในด้านการจัดการอาการกำเริบของโรคจิตเภท ในระดับดี ($M = 2.82, SD = .27$) รองลงมาคือ ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระดับดี ($M = 2.73, SD = .21$) และต่ำสุดในด้านโรคและความรุนแรงของโรคจิตเภท ในระดับดี ($M = 2.52, SD = .28$) และมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ($M = 2.09, SD = .36$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ($n = 98$)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
การรับรู้แบบแผนสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	2.64	.19	ดี
- ด้านโรคและความรุนแรงของโรคจิตเภท	2.52	.28	ดี
- การรับรู้ถึงการรักษาโรคจิตเภท	2.68	.24	ดี
- ด้านการจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภท	2.82	.27	ดี
- ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	2.73	.21	ดี
การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	2.09	.36	ปานกลาง
ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	2.84	.76	มาก

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .406, p < .01$) ส่วนการรับรู้แบบแผนสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ($n = 98$)

ตัวแปร	r	p
การรับรู้แบบแผนสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	-.031	.759
การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	.406**	.000

** $p < .01$

1.4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ร้อยละ 15.60 ($Beta = .406, p < .01$)

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ($n = 98$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	$Beta$	t	p
ค่าคงที่	1.068	.413			
การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	.847	.194	.406	4.35**	.000

$R = .406, R^2 = .165, \text{adj. } R^2 = .156, \text{SEE} = .697, F = 18.982, p < .001$

** $p < .01$

2. แนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา

ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Caregiver: CG) ที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 33.33 มีอายุเฉลี่ย 42.26 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 29 ปี และอายุสูงสุด 60 ปี เป็นเพศหญิง จำนวน 10 คน ร้อยละ 66.67 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 7 คน ร้อยละ 46.67 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถสรุปได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน รายละเอียด ดังนี้

2.1 สัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเห็นใจ และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกัน รายละเอียด ดังนี้

2.1.1 การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเห็นใจ ตัวอย่างต่อไปนี้

“...รักเขา เอ็นดู อยากให้หาย เลี้ยงเขาตั้งแต่เล็ก ส่งเสียให้เรียน เขาเรียนเก่ง แต่ตอนนี้หลุดพ้น พี่ก็อายุมากแล้ว อยากให้เขาหายดูแลตนเองได้...” (CG 3)

2.1.2 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยกัน ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นไปได้อย่างที่จะหาผู้ที่สนใจตั้งใจดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตลอดไป ตัวอย่างต่อไปนี้

“...อยากให้พี่น้องหาย อยากให้หลบ (หมายถึง กลับ) เหมือนเดิม ไม่อยากให้คนอื่น มองไม่ดี มองว่าไม่บาย เพราะไม่มีคนเอาเลย มีแต่พี่ พี่น้องคนอื่นเขาคนละแม่ ไม่สนใจหรอก ไปบ้านที่คนอื่นยังไม่หอน (หมายถึง ไม่เคย) ให้เข้าบ้านเลย...” (CG 8)

2.2 ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ การใช้ทักษะการสื่อสาร และความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท รายละเอียด ดังนี้

2.2.1 การใช้ทักษะการสื่อสาร ได้แก่ การพูดเพื่อลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วย ตัวอย่างต่อไปนี้

“...ค่อยๆพูดกับเขา ไม่ดู เข้าใจเขาถึงแม้เขาทำไม่ดี ถ้าดูดำหรือว่าเขา เขาจะไม่ชอบ ทำให้มีอารมณ์รุนแรงมากขึ้น ตาจะขวาง...” (CG 3)

“...ค่อยๆพูด พูดคุยดีๆ ไม่ใช่อารมณ์รุนแรงกับเขา ถ้าอารมณ์เราไม่ดี เลี้ยงๆหรือให้คนอื่นในบ้านพูดแทน จนกว่าดีขึ้น...” (CG 4)

การไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษผู้ดูแลว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยให้เวลารับฟังผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ตัวอย่างต่อไปนี้

“...ครอบครัว เพื่อน คนในหมู่บ้านชุมชน มีแต่ให้กำลังใจ เข้ามาพูดคุยกับฉัน บอกให้ทน เมื่อมีปัญหาให้คำแนะนำ ไปรพ.หมอบ กับนางบาล (หมายถึง พยาบาล) ไม่หอนว่า ไม่หอนตำหนิ (หมายถึงไม่เคยดู ไม่เคยตำหนิ) มีแต่ให้กำลังใจ เขาคงเข้าใจเรา ผู้ดูแลว่ามันหนักจริงๆ...” (CG 8)

“...มีเพื่อนบ้านคอยให้กำลังใจ เข้ามาพูดคุยกัน ปากก็บายใจแล้ว ไม่หอน (ไม่เคย) มีใครว่าป่า ...” (CG 13)

2.2.2 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น สาเหตุ อาการ การรักษา สถานที่รักษา ถ้ามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ทำให้มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย อดทนได้มากขึ้น ส่งผลที่ดีในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ตัวอย่างต่อไปนี้

“...กินยา ไม่ขาดยา ไปโรงพยาบาลตามนัด ไม่ให้กินเหล้า อาการจะนิ่ง ดีขึ้น ฉันทก็บายใจ (หมายถึง สบายใจ ...)” (CG 2)

“...หาแหล่งบำบัดรักษาให้เขา ลดยาเสพติด เช่น ฝึกในค่ายทหาร หรือรพ. ให้รักษาต่อเนื่องให้กินยา ไม่ขาดยา มาตามนัดที่หมอนัด...” (CG 6)

2.3 แรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ กำลังใจจาก สมาชิกในครอบครัวและชุมชน ได้รับคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และชุมชนสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีกิจกรรมเพื่อลดผลกระทบ ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รายละเอียดดังนี้

2.3.1 ได้รับความช่วยเหลือ กำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว ชุมชน ได้รับ คำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวอย่างต่อไปนี้

“...คนในบ้านให้กำลังใจช่วยกันดูแล ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการ เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมที่บ้าน บอกวิธีดูแล คนหมู่บ้านช่วยกันดูแล ถ้าอาการผิดปกติมาบอกไม่รังเกียจหรือกลัว เขา...” (CG 2)

2.3.2 ชุมชนสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีกิจกรรมเพื่อลดผลกระทบ ทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม ตัวอย่างต่อไปนี้

“...คนในชุมชน หรือ อสม. มาชวนพี่ร่วมกิจกรรมต่างๆ ไปงานบวช งานแต่ง ทำเครื่องแกง ชวนกันออกกำลังกาย ให้พี่เพลิน บายใจ (หมายถึง เพลิดเพลิน สบายใจ...)” (CG 12)

อภิปรายผล

1. ระดับของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา ผลการวิจัยพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.84, SD = .76$) สอดคล้องกับการศึกษาของที่ผ่านมา (แก้วตา มีศรี, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2555) ทั้งนี้เป็นผลมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถอธิบายได้ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ($M = 2.09, SD = .36$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .406, p < .01$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ถึงร้อยละ 15.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของสกวเดือน กลิ่นน้อย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2555)

และสฤกัญญา แก้วสิริ (2558) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว เช่น การได้รับกำลังใจ ความห่วงใย การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและชี้แนะจากเครือข่ายในสังคม การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี ทั้งนี้ ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ/พึ่งพาศูนย์คนอื่น ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ การให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและชุมชนในระดับท้องถิ่น ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ วัตถุประสงค์ สิ่งของ เงิน การช่วยเหลือด้านจิตใจ จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติไปในทางที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชน ได้อย่างปกติสุข ตลอดจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ (ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2556) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ สนับสนุนด้านการประเมินผล สนับสนุนทางอารมณ์ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนด้านทรัพยากร จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง ยังไม่มีวิธีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ดี เกิดความรู้สึกมั่นคง ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของมีสุขภาพที่ดีของบุคคลโดยครอบครัวและสังคม (แก้วตา มีศรี, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2555)

การรับรู้แบบแผนสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 2.64$, $SD = .19$) สอดคล้องกับการศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ส่งผลต่อการรับรู้การดูแลโดยเฉพาะในด้านจัดการอาการกำเริบของผู้ป่วยโรคจิตเภท (ขนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, และรัชนิกร เกิดโชค, 2555) จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลอาการ อาการกำเริบ และพบแพทย์เป็นแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ ผู้นำชุมชนเข้าไปช่วยพูดคุยให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบขั้นต้น จัดให้มีรถในหมู่บ้านคอยส่งต่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ถ้ามีอาการกำเริบตอนกลางคืน (ณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) ทั้งนี้การลดการแสดงอาการต่อผู้ป่วยของผู้ดูแลเป็นการจัดการและควบคุมอารมณ์เพื่อความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้การสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยลดความเครียด ลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Norman et al, 2002) กอรปกับผู้ดูแลในอำเภอคลองหอยโข่งได้รับฝึกทักษะการสื่อสารเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้รับจากทีมจิตเวชโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง และประสบการณ์ในการแก้ปัญหาการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทได้ดี (โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง, 2560) อย่างไรก็ตาม การรับรู้แบบแผนสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ($r = -.031$, $p = .759$) ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.33 และกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วย จึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญ มีความหมายกับตนเองทำให้มีความพยายามในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาหรืออยู่ร่วมในสังคมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแก้วตา มีศรี, และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ. (2555) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. แนวทางการดูแลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลคลองหอยโข่ง ผลการวิจัยพบว่า 3 ประเด็น ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

สัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเห็นใจ และการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว จะเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ดีขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจะเป็นสมาชิกในครอบครัว มีความใกล้ชิดผูกพันเป็นระยะเวลานาน มีการพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว ดังการศึกษาของ แก้วตา มีศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2555) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้น การดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภท

ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ การใช้ทักษะการสื่อสาร และความรู้เรื่องโรคดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งนี้งานวิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเสียสมดุลทางด้านอารมณ์ โดยเฉพาะมีการแสดงอารมณ์สูง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดเกิดอาการกำเริบขึ้นได้ (ชนิษฐา สุขทอง และคณะ, 2555) และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การประเมินการทนรับสถานการณ์ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง และการได้รับความรู้ที่ครอบคลุม ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง และการสังเกตอาการกำเริบ ซึ่งเป็นแนวทางป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้

แรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน ได้แก่ ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ กำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ได้รับคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และชุมชนสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีกิจกรรมเพื่อลดผลกระทบ ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สอดคล้องกับทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Roger (1986 อ้างถึงในอรรวรรณ จุลวงษ์, 2557) กล่าวถึงการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ การให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และการประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ (Threat appraisal)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทควรนำผลการศึกษาด้านการสนับสนุนทางสังคม มาดำเนินการวางแผนการดูแลก่อนจำหน่าย จัดรูปแบบบริการการทำกลุ่มผู้ดูแลในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและส่งเสริมสมาชิกครอบครัว ชุมชนเข้าร่วมเยี่ยมบ้านแบบเชิงรุก เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในอ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา สามารถดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้อยู่ในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยบูรณาการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานประจำปี. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/report/pdf/2551mhworker.pdf>.
- แก้วตา มีศรี, และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 26(1), 35-49.
- ขจีรัตน์ ปรักเอโก, เบ็ญจมาศ พฤชกานนท์, บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์, ชาลีมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์, และประณีต ชุ่มพุทรา (บ.ก.). (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.
- ชนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, และรัชนิกร เกิดโชค. (2555). ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย*, 26(3), 15-27.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 3(1), 24-36.
- เทพกร พิทยาภินันท์. (2558). *สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2556). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 55-66.
- บุบผา ธนิกกุล. (2555). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 74-86.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง. (2560). *การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. สงขลา: โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง.
- สกาเวเดือน กลิ่นน้อย, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1), 62-73.

- สุกัญญา แก้วศิริ, และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2561). ผลของกลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 119-133.
- อรรรรณ จุลวงษ์. (2557). แรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมสุขภาพพลทหารประจำการ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 28-30.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2556). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา.
- เอี่ยมพร หลินเจริญ. (2555). เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 17(1), 17-29.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publication.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2013). *Multivariate data analysis: A global perspective* (7th ed). Harlow, UK: Pearson Education Limited.
- Norman, R. M., Malla, A. K., McLean, T. S., McIntosh, E. M., Neufeld, R. W. J., Voruganti, L. P., & Cortese, L. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58(2-3), 293-303.
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-385
- Wiersma, W. & Jurs, S. (2009). *Research method in education: An introduction* (9th ed). Massachusetts: Pearson.