

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัว กับสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท

Relationship between Family Support and Competence of Person with Schizophrenia

รจนา ปุณโณทก * วท.ม.
Rodjana Poonnotok, M.S.
นภาพร เอี่ยมละออ * พย.ม.
Napaporn Aeamlaor, M.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท สมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวกับสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี จำนวน 148 คน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 95.5$, S.D. = 15.8) สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.5$, S.D. = 0.87) การสนับสนุนทางครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ ($r = .233$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาครั้งนี้นำมาซึ่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางครอบครัว สมรรถภาพ

Abstract

The purposes of this study were to describe family support and competence of persons with schizophrenia, relationship between these variables was also examined. The sample consisted of person with schizophrenia (N=148) who came for follow-up at psychiatric out patient service of Srithunya hospital, Nonthaburi province. Descriptive statistics, and Pearson's product moment correlation were employed to analyze the data.

The results revealed that participants reported high level of family support ($\bar{x} = 95.5$, S.D. = 15.8) and competence ($\bar{x} = 3.5$, S.D. = 0.87). Significant positive relationship between family support and competence was found ($r = .23$, $p < .05$). These findings contribute to greater understanding of information necessary for development of intervention that help to promote competence and quality of life of

* อาจารย์ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

persons with schizophrenia.

Key words : Family support, person with schizophrenia , competence

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบได้ทั่วโลก และเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยพบอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 :1,000 คนต่อปี (Kaplan & Sadock, 1998) สำหรับประเทศไทยพบประชากรร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีจำนวนมากกว่าโรคทางจิตเวชอื่นๆ (กรมสุขภาพจิต, 2541) จากรายงานสถิติผู้ที่เป็นโรคจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545 พบว่ามีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชจำนวน 520,013 คน คิดเป็นอัตรา 828.25 ต่อประชากรแสนคน และในจำนวนนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทมีจำนวน 104,920 คน (กรมสุขภาพจิต, 2546) นอกจากนี้จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในประเทศไทยในปี 2547-2548 มีจำนวนมาก โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 135,265 ราย และ 124,474 ราย ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยในมีจำนวน 8,753 และ 7,936 ราย ตามลำดับ (รายงานประจำปี โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2548) จากสถิติทั้งหมดมีทั้งผู้ป่วยใหม่ และผู้ป่วยเก่าที่มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำอีก จนกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังซึ่งเป็นผลให้เกิดการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมของชาติ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะมีปัญหาจากความเรื้อรังของโรค เพราะมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดี ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำอีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆอย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 จะมีอาการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งยิ่งมีการกลับเป็นซ้ำ

บ่อยผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในความสามารถมากขึ้น (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2545) ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมลงของสมรรถภาพการดำเนินชีวิต เกิดความพร่องในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ เช่น ด้านการสื่อสาร การดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้

หลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยร้อยละ 80 กลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัว (Yip, Law, & Lee, 2000) สมาชิกในครอบครัวต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Montgomery, 1999) ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดในการดูแล ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยการสนับสนุนทางครอบครัวนั้นเป็นแหล่งประโยชน์หนึ่งที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น (Orem, 1991) สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว และสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก การสนับสนุนทางครอบครัวที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิต (Caton, et al., 1995) ลดความเครียด เผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ รวมทั้งส่งเสริมให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวที่ดี มีความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น (ประไพศรี บูรณากูร, 2541) ซึ่งจะช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปในทางที่ดี (Eskin, 1995)

การสนับสนุนทางครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งตามแนวคิดของ Norbeck และคณะ (1991) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้านคือด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือการแสดงความรัก ความเอาใจใส่ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) หมายถึง การได้รับการทักทาย และแสดงการเคารพในศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์จากคนอื่น ได้รับการให้อภัย และโอกาสปรับปรุงตัวเอง ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information

Support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และด้านสิ่งของเครื่องใช้ (Tangible Support) เป็นการให้การช่วยเหลือเป็นสิ่งของ เงิน หรือบริการ

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการสนับสนุนทางครอบครัวจะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท แต่ในประเทศไทยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวกับสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ยังไม่พบอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเรื่องนี้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทหรือโปรแกรมการดูแลเชิงรุกสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้สอดคล้องกับนโยบายการสร้างสุขภาพเชิงรุก ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) ที่มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้มีศักยภาพในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพมีการเรียนรู้มีส่วนร่วมในการสร้างและจัดระบบสุขภาพ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล

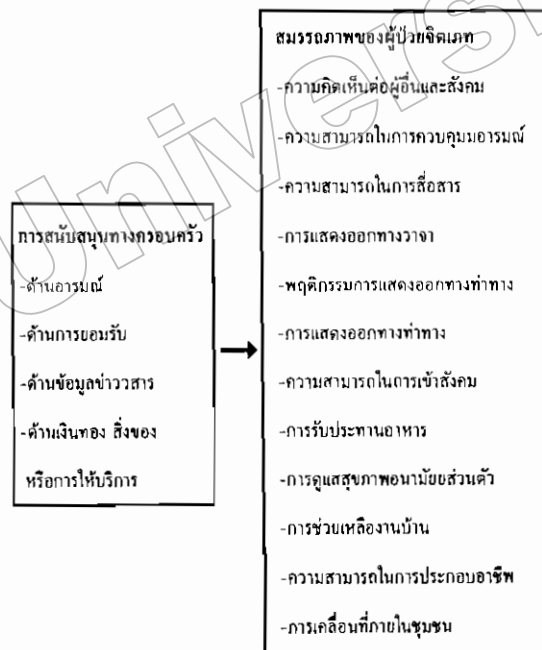
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวกับสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทถูกจัดเป็นผู้ป่วยเรื้อรังประเภทหนึ่งที่ย่อมมีความเสื่อมความสามารถหรือสมรรถภาพ

ในด้านต่างๆ ได้แก่ การแสดงความคิดเห็นต่อผู้อื่น และสังคม การควบคุมอารมณ์ การสื่อสาร การแสดงออกทางวาจา การแสดงออก พฤติกรรมที่แสดงออกทางท่าทาง การแสดงท่าทาง การเข้าสังคม การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว การช่วยเหลืองานบ้าน การประกอบอาชีพ และการเคลื่อนที่ภายในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2541) โดยสมรรถภาพเหล่านี้จะเป็นอย่างไรนั้นการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัวจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพล (Orem, 1991) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมตามการศึกษาของนอร์เบคและคณะ (Norbeck et.al., 1991) แบ่งเป็น 4 ด้านได้แก่ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ เงินทองหรือการบริการ ดังภาพที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Correlation Research)

ประชากรคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี โดยไม่จำกัดเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา อาชีพ รายได้ การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) จากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีรัษฎา จังหวัดนนทบุรีโดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทยึดหลักการจำแนกความผิดปกติทางจิตตาม ICD 10 (International Classification Disease) เป็นผู้เคยรับการรักษาตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป และเป็นผู้ป่วยที่มีอาการสงบ แพทย์ตรวจสภาพจิตว่าสามารถคิดตัดสินใจเหมาะสมอยู่ในความเป็นจริง หากำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เมื่อกำหนดความมีนัยสำคัญ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบที่ .60 และ effect size เท่ากับ .20 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 123 ราย (Polit & Hungler, 1999) แต่ในการวิจัยครั้งนี้ใช้จำนวนทั้งหมดของแบบสอบถามที่เก็บได้ในช่วงเวลา 2 เดือนที่สมบูรณ์ที่สุด 148 ราย เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้มี 3 ตอน ประกอบด้วยตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตอนที่ 2 แบบประเมินการสนับสนุนทางครอบครัว ของประไพศรี บุรณางกูร (2541) ที่ผ่านพัฒนาคุณภาพเครื่องมือและใช้ในงานวิจัยแล้ว 34 ข้อ ดังนี้ การสนับสนุนด้านอารมณ์ข้อ 1-9 ด้านการยอมรับข้อ 10-12 ด้านข้อมูลข่าวสารข้อ 13-24 และสิ่งของเงินทองหรือการบริการข้อ 25-34 โดยมีระดับการให้คะแนนตั้งแต่ 0-3 (0= ไม่เคยได้รับการสนับสนุนถึง 3 ได้รับมาก) คะแนนรวม 0-34 หมายถึงการสนับสนุนทางครอบครัวน้อย 35-68 การสนับสนุนทางครอบครัวปานกลาง และ 69-102 การสนับสนุนทางครอบครัวมาก ตอนที่ 3 แบบประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541) ซึ่งถูกนำมา

ใช้โดยหน่วยงานจิตเวชแล้วหลายแห่ง จำนวน 12 ข้อคำถามแต่ละข้อคำถามมี 5 ตัวเลือกรียงลำดับสมรรถภาพจากน้อยไปหามากตามลำดับข้อจากนั้นรวมคะแนนแล้วหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด โดยระดับคะแนนเฉลี่ย 0-2.4 แสดงถึงสมรรถภาพต่ำ ระดับ 2.5-3.4 แสดงถึงระดับสมรรถภาพปานกลาง และระดับ 3.5-5.0 แสดงถึงสมรรถภาพสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมผู้ช่วยนักวิจัย ก่อนใช้เครื่องมือผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือกับผู้พัฒนาเครื่องมือแล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยได้นำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 30 ราย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรีแล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .82 และหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีรัษฎาแล้ว คณะผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับจะนำเสนอในภาพรวม และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลตามความสมัครใจ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง โดยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการเก็บข้อมูลแล้ว นำแบบสอบถามที่รวบรวมได้ มาตรวจความถูกต้องสมบูรณ์ครบถ้วน และจัดเป็นหมวดหมู่ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistic Package for the Social Science for window) ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล และ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.3 ส่วนเพศหญิง ร้อยละ 29.7 มีอายุระหว่าง 21-40 ปี ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดโดยคิดเป็นร้อยละ 67.67 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.9 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยคิดเป็นร้อยละ 43.2 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 23 อาชีพเดิมส่วนใหญ่ก่อนเจ็บป่วยคืออาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 37.8 รองลงมาคือ ไม่ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 19.6 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.2 รองลงมาคือน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 23 ระยะเวลาที่รับการรักษาส่วนใหญ่ 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.1 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่คือ 1 ครั้ง และ 2-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.3 และ 43.3 ตามลำดับ รองลงมาคือ 6-10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 10.8 และระยะเวลานับจากการถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุดส่วนมากน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.9

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 62.8 รองลงมาคือพี่น้อง ร้อยละ 14.1 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.1 และมีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 53.4 รองลงมาคือช่วงอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.6 โดยผู้ดูแลมีอาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 30.4 รองลงมาคือกิจการส่วนตัว ร้อยละ 27 และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ น้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.6 รองลงมาคือ 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.7 รายได้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 56.1 และการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.6 รองลงมาคือปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 12.2

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 95.5 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท

การสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง \bar{X}	SD	
ด้านอารมณ์	29.2	6.29	
ด้านการยอมรับ	7.2	2.29	
ด้านข้อมูลข่าวสาร	31.40	6.60	
ด้านเงินทองสิ่งของ	27.7	5.38	
รวม	95.5	15.8	ระดับมาก

ส่วนที่ 3 สมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเท่ากับ 3.5 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการแสดงออกทางวาจาและด้านการรับประทานอาหารมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากันโดยมีค่าเท่ากับ 3.54 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทั้งสองด้านเท่ากับ 1.35 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือความสามารถในการควบคุมอารมณ์โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.10 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท	คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง \bar{X}	SD	ระดับ
ความคิดเห็นต่อผู้อื่นและส่วนรวม	3.15	1.19	ปานกลาง
ความสามารถในการควบคุมอารมณ์	2.98	1.10	ปานกลาง
ความสามารถในการสื่อสาร	3.39	1.09	ปานกลาง
การแสดงออกทางวาจา	3.54	1.35	สูง
ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกทางท่าทาง	3.12	1.25	ปานกลาง
การแสดงออกทางท่าทาง	3.18	1.13	ปานกลาง
ความสามารถในการเข้าสังคม	3.40	1.12	ปานกลาง
การรับประทานอาหาร	3.54	1.35	สูง
การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว	3.12	0.96	ปานกลาง
การช่วยเหลืองานบ้าน	3.16	1.15	ปานกลาง
ความสามารถในการประกอบอาชีพ	3.00	1.39	ปานกลาง
ความสามารถในการเคลื่อนที่ในชุมชน	3.19	1.19	ปานกลาง
รวม	3.5	0.87	สูง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวกับสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า การสนับสนุนทางครอบครัวโดยรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์กับสมรรถภาพโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภททางบวกในระดับต่ำ ($r = .233$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผล

1. การสนับสนุนทางครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางครอบครัวโดยรวมเท่ากับ 95.5 (ตารางที่ 1) ซึ่งจัดได้ว่ามีการสนับสนุนครอบครัวระดับที่มาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีผู้ดูแลเป็นบิดามารดา ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จะมีความเข้าใจ เห็นใจ สงสาร จะมีแรงจูงใจในการช่วยเหลือ (Haddad, 1993 อ้างถึงใน มนัสสินิตย์ บุญยทรัพย์, 2528) และจากคุณลักษณะของความเป็นบิดามารดา มักจะให้การอบรม สั่งสอน บอกรู้ผิด เตือนบุตร นอกจากนั้นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.1) ซึ่งธรรมชาติของความเป็นเพศหญิงจะมีคุณลักษณะของการเป็นแม่ ซึ่งหมายถึงการดูแลและพุ่มพักสงวนรักในครอบครัวโดยเฉพาะบุตรและเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนโยน นุ่มนวล (รุจาทวีไพบูลย์, 2537) และมีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 53.4 ซึ่งจะมีประสบการณ์ในการแก้ไขและเผชิญปัญหา ผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า เพราะความสามารถในการแก้ปัญหาของบุคคลจะพัฒนาขึ้นจนก่อนเข้าถาวรเมื่ออายุ 30 ปี ซึ่งการมีประสบการณ์ชีวิตจะถูกนำมาใช้ในตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้ (Antonovsky, 1987) นอกจากนี้จากที่ Doombos (2002) ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ได้ข้อสรุปว่าครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ รู้สึกเหมือนติดกับดัก ทำให้วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจก็น้อยลง ผู้ดูแลหลายคนจะมีสุขภาพแย่ง มีความอ่อนล้า มีปัญหาในการนอนหลับ และระบบทางเดินอาหารจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาเป็นเวลานาน (Rolland, 1994) แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้ ระยะเวลาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ น้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.6 ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยังไม่ยาวนาน ผู้ดูแลอาจยังไม่เบื่อหน่าย เพราะจึงอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก

2. สมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถภาพเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.5 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง วัยผู้ใหญ่ คือ 21-40 ปี (ร้อยละ 67.6) ซึ่งวัยผู้ใหญ่จะมีความสามารถในการคิด ตัดสินใจ และการดูแลตนเองที่ดี (Antonovsky, 1987) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางครอบครัวในระดับมาก (ดังตารางที่ 1) สมรรถภาพด้านการแสดงออกทางวาจา และด้านการช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.54 และ 3.54 ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลการสนับสนุนทางครอบครัวที่มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในระดับสูง (ดังตารางที่ 1) เช่นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การแจ้งข่าวเกี่ยวกับกิจกรรมในชุมชน เป็นต้น ซึ่งเป็นไปได้ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อมูลข่าวสารในการที่จะสื่อสาร และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีบุคคลอื่นสื่อสารกับผู้ป่วยอยู่เสมอ ประกอบกับผู้ดูแลส่วนมากเป็นบิดามารดาซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Haddad, 1993 อ้างถึงใน มนัสสินิตย์ บุญยทรัพย์, 2528) ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่

จะสื่อสารได้อย่างสะดวกใจ สิ่งเหล่านี้อาจช่วยสนับสนุนให้สมรรถภาพด้านการแสดงออกทางวาจาของผู้ป่วยไม่เสื่อมถอยผู้ป่วยจะกล้าที่จะบอกความต้องการของตนเอง และรู้จักทักทายถามไถ่ผู้อื่น และใช้คำพูดได้เหมาะสม ส่วนการช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารนั้น เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เป็นกิจวัตรประจำวัน ประกอบกับผู้ป่วยไม่ได้มีความเสื่อมถอยด้านร่างกาย เพราะผู้ป่วยจิตเภทมักมีอุบัติการณ์การเกิดโรคในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปทุกราย ผู้ป่วยมีทักษะที่ดีอยู่ก่อนแล้ว (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2545)

ส่วนด้านที่มีสมรรถภาพต่ำที่สุดคือ ด้านการควบคุมอารมณ์โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 (ดังตารางที่ 2) อาจเป็นเพราะว่าลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทจะมีความแปรปรวนของอารมณ์ (affective disturbance) เสียการควบคุมตนเอง และการตัดสินใจ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) จึงทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมเช่น หัวเราะ หรือยิ้มโดยไม่สมเหตุสมผลหรือยิ้มเมื่อได้ยินข่าวเศร้า เป็นต้น ซึ่งการช่วยเหลือต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ผู้ดูแลอาจไม่มีทักษะพอที่จะจัดการได้ (พิจิตรา ชัยสิงห์ประสาธ อังถึงใน ปาหนัน บุญหลง และคณะ, 2544)

3. การสนับสนุนทางครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = .233$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลานับจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างจะน้อยกว่า 1 ปี ซึ่งจะหมายถึงระยะเวลาที่ยังไม่นานพอที่ผู้ป่วยจะปรับตัวอยู่กับสังคมได้ จึงอาจทำให้สมรรถภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อย่างต่ำกับการสนับสนุนทางครอบครัว และจากผลการวิจัยนี้ พบว่าผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุด

น้อยกว่า 1 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.9 ประกอบกับจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่คือ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.3 (ดังในข้อมูลทั่วไปส่วนที่ 1) จึงอาจทำให้ผู้ป่วยปรับตัวยังไม่ดีพอ เพราะระยะเวลาการเจ็บป่วยมีผลต่อการปรับตัวโดยเฉพาะการเจ็บป่วยระยะแรกๆ ผู้ป่วยจะยังไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง (สมจิต ทุมเจริญกุล, 2536)

โดยธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเสื่อมลงหากมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพสูงอาจมีปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่รับการรักษา และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเพราะจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.2 ระยะเวลาการรับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.1 (ดังในข้อมูลทั่วไปส่วนที่ 1) ซึ่งถือว่าเป็นระยะเวลาที่ยังไม่ยาวนาน และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่คือ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.3 อย่างไรก็ตามปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้ยังต้องการการศึกษาว่ามีอิทธิพลต่อสมรรถภาพของผู้ป่วยจริงหรือไม่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรมุ่งเน้นการทำ ความเข้าใจกับญาติหรือผู้ดูแลถึงความสำคัญของการให้การสนับสนุนทางครอบครัวต่อสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยพยาบาลควรประเมินการสนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการสนับสนุนทางครอบครัวในด้านที่ยังมีน้อย ให้ญาติรู้วิธีการปฏิบัติในการให้การสนับสนุนสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ นอกจากนั้นต้องวางแผนสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการควบคุม

อารมณ์ดังผลการวิจัยครั้งนี้สมรรถภาพด้านนี้อยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสมตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและฝึกทักษะการดูแลด้านอารมณ์ของผู้ป่วยให้แก่ผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพราะญาติหรือผู้ดูแลควรเข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด เพราะครอบครัว ผู้ดูแล เป็นสถาบันที่สำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย

2. ด้านการศึกษา

ควรจัดให้พยาบาลมีการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช พฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ควรสนับสนุนให้หลักสูตรได้เน้นการเตรียมผู้เรียนให้มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวได้ให้การสนับสนุนกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ

3. ด้านการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวกับสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ จึงควรศึกษาว่ามีปัจจัยที่นอกเหนือจากการสนับสนุนทางครอบครัวที่อาจมีอิทธิพลต่อสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้การดูแล ความต้องการ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทหรือเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นโปรแกรมการดูแลเชิงรุกให้สอดคล้องกับนโยบายการสร้างสุขภาพเชิงรุก ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล ให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอเพียง สามารถดำเนินชีวิตร่วมกันอย่างสมดุลและเกิดความกลมกลืนในสังคม อย่างเต็มศักยภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต 2541: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2545-2546: สถานการณ์และแนวโน้มการเจ็บป่วยทางจิต. โรงพิมพ์การรับส่งสินค้า และ ภัตตภัณฑ์

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่เก้า พ.ศ. 2545-2549.

ประไพศรี บุรณางกูร. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.

ปานัน บุญหลง และคณะ. (2544). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. โครงการแต่งตั้งร่วมของสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย มาณิด ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2545). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.

มนัสสินิตย์ บุญยธรรมพ. (2536). ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รุจา ภูไพบูลย์. (2537). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี การนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

โรงพยาบาลศรีธัญญา. รายงานประจำปี 2548. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : วี.จี. ปรินต์ติ้ง.

Antonovsky, A. (1987). *Unrevealing the*

mystery of health : How people manage stress and stay well. San Francisco : Jossey-Bass.

Caton, C.L. et al. (1995). Risk factors for homelessness among women with schizophrenia. *American Journal of Public Health*, 85 (8 pT.1), 1153-1156.

Doornbos, M.M. (2002). Family caregivers and the mental health care system : Reality and dream. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 39-46.

Eskin, M. (1995). Suicidal behavior as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students across-cultural investigation. *Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 158-172.

Kaplan, I.H. & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry behavioral sciences clinical psychiatry*. Baltimore: William & Wilkins.

Montgomery, R.I.V., Gonyea, J.G., &

Hooyman, N.P. (1999). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34, 19-26.

Norbeck, J.S., Chaftaz, L., Skodol-Willson, H., & Weiss, S.J. (1991). Social support needs of family caregivers of psychiatric patients from three age group. *Nursing Research*, 40, 208-213.

Orem, D.F. (1991). *Nursing concepts of practice* (4th ed). St. Louis: Mosby.

Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research : Principles and methods* (5th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.

Rolland, J. (1994). *Families, illness, and disability*. New York: Basic Books.

Yip, K.S., Law, S. O. & Lee, L.F. (2000). The willingness of mental out patients in participating self-help group : A social work critical reflection. *Social Work Practice and Evaluation Journal*, 1(1), 35-46.