

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาป
ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จิตภินันท์ โขครศรีมึหิรัญ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

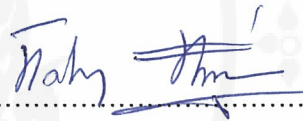
วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาป
ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท



นางสาวจิตภินันท์ โชครศมีหิรัญ
ผู้ศึกษา



อาจารย์ทศนา ทวีคุณ,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์อรสา พันธักดิ์,
พย.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

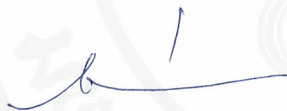
ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาป
ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2553



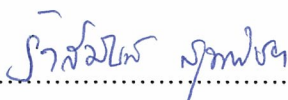
นางสาวจิตกนิษฐ์ ไชศรีศมีหิรัญ
ผู้ศึกษา



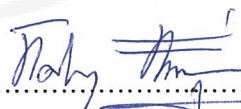
ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์มณี อาภานันท์กุล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



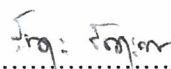
ผู้ช่วยศาสตราจารย์รังสิมันต์ สุนทรไชยา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อาจารย์ทัศน ทวีคูณ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
พ.บ., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ เพราะความกรุณาจากบุคคลหลายท่าน ที่ข้าพเจ้าขอกล่าวขอบคุณไว้ในที่นี้คือ อ.ดร.ทัศนา ทวีคุณ อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.โสภณ แสงอ่อน อาจารย์ผู้ร่วมให้คำปรึกษา รศ.ดร.มณี อาภานันท์กุล ประธานกรรมการสอบ ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา และ รศ.จิตติวัลค์ ธรรมไพโรจน์ ท่านเหล่านี้ได้ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อข้าพเจ้าในการเรียนรู้ที่ถูกต้อง ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อ.ดร.ทัศนา ทวีคุณ และรศ.จิตติวัลค์ ธรรมไพโรจน์ ได้ให้เวลาและความอดทนต่อข้าพเจ้ามาก และขอขอบคุณกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมที่ได้ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยจนงานวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณกำลังใจและคำแนะนำดีๆ จากท่านผู้ทรงคุณวุฒิ พญ.ปรียสุทธิ อินทะสุวรรณ ขอขอบคุณเพื่อนผู้ร่วมเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มและช่วยดูแลความสะดวก ขณะที่กำลังมีการดำเนินกลุ่ม คือคุณอำไพและคุณรุ่งโรจน์ จันโทริ คุณเยาวภา ไตรพฤษชาติ คุณกิริติและคุณสุรัสวดี สุวรรณศรี คุณศิริพร ธงยศ คุณปรียาภรณ์ นันทะวงศ์ รวมทั้งขอขอบคุณกำลังใจและความช่วยเหลือจากพ่อ พี่ น้องๆ และหลานๆ

ท้ายที่สุดนี้ข้าพเจ้าขอขอบคุณสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ช่วยคลอบคลำให้ข้าพเจ้าได้มาพบกับสิ่งดีๆ ในชีวิต และพบกับคนดีรอบข้างข้าพเจ้า

จิตตินันท์ ไชศรีศมีหิรัญ

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
EFFECTS OF GROUP PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM TO REDUCE STIGMA IN
FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

จิตกนิษฐ์ โชคศรีมีหิรัญ 4837050 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 34 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน โดยกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษาได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาจำนวน 6 ครั้ง ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับคู่มือการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปของ Mak & Cheung (2008) ซึ่งแบ่งความรู้สึกเป็นตราบาปออกเป็น 3 ด้านคือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านความคิด และ 3) ด้านพฤติกรรมการแสดงออก

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังสิ้นสุดการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษามีความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาความรู้สึกเป็นตราบาปรายด้านพบว่า ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษามีความรู้สึกเป็นตราบาปด้านความคิดและด้านพฤติกรรมการแสดงออกลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาและกลุ่มควบคุม ผลจากการศึกษานี้สนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแล / ผู้ป่วยจิตเภท / ความรู้สึกเป็นตราบาป / กลุ่มจิตศึกษา

EFFECTS OF A GROUP PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM TO REDUCE STIGMA IN FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

JITPINAN CHOKERASAMEHIRUN 4837050 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON, Ph.D. (NURSING),
SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This quasi- experimental research aimed to evaluate the effectiveness of a group psychoeducational program to reduce stigma in family caregivers of schizophrenic patients. The subjects were family caregivers of schizophrenic patients who brought them for treatment at either the outpatient or inpatient clinic at Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Thailand. Thirty-four family caregivers met the eligibility criteria. The sample was divided into an experimental and a control group. There were 17 family caregivers for each group. The experimental group attended the group psychoeducational program for six sessions within 5 weeks, while the control group received a copy of the manual about caring for schizophrenia patients as well as telephone counseling services. Stigma in family caregivers was measured using the affiliate self-stigma scale by Mak & Cheung (2008), which is divided into three components: 1) affective, 2) cognitive and, 3) behavioral components.

The results revealed that at the end of study, family caregivers in the experimental group had significantly lower scores on all components of stigma than did those in the control group. When considering each component, the scores of the cognitive and behavioral components of stigma were significantly lower in the experimental group than the control group, while there was no significant difference in the scores on the affective component of stigma between the experimental and control groups. The results of this study support the effectiveness of the group psychoeducational program for reducing stigma in family caregivers of schizophrenic patients, which can help family caregivers to be more confident in providing care for schizophrenic patients more effectively.

KEY WORDS: FAMILY CAREGIVERS / SCHIZOPHRENIC PATIENTS /
STIGMA / GROUP PSYCHOEDUCATION

169 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูป	ณ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมติฐานของการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	7
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	7
นิยามศัพท์	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
1. โรคจิตเภท	10
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	23
3. ความรู้สึกรับเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	27
4. กลุ่มจิตศึกษา	45
5. โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษากับการลดความรู้สึกรับเป็นตราบาปใน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	57
บทที่ 4 ผลการวิจัย	68
บทที่ 5 อภิปรายผล	77
บทที่ 6 บทสรุป	86

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	91
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	109
รายการอ้างอิง	133
ภาคผนวก	152
ประวัติผู้วิจัย	169

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	69
2	เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	70
3	เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	72
4	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรับเป็นตราบาปโดยรวมและรายด้านในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะเวลาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา	73
5	เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรับเป็นตราบาปโดยรวมและรายด้านในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะเวลาก่อนและหลังทดลอง	74
6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกรับเป็นตราบาปโดยรวมและรายด้าน ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะเวลาก่อนและหลังการทดลอง	76

สารบัญรูป

รูป

หน้า

1

กรอบแนวคิดการวิจัย

6



สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

หน้า

- 1 แบบการวิจัยกึ่งทดลองชนิดวัดก่อนและหลังการทดลอง

57



บทที่ 1

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่วนด้านความรู้สึกละและความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ (World Health Organization, 1992) จากรายงานองค์การอนามัยโลกพบอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทเท่ากับ 0.5-1% หรือในประชากร 4,000 คนจะพบผู้ป่วยจิตเภท 1 คน จากสถิติดังกล่าว ทำให้โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุดในการบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด (World Health Organization, 2004) สอดคล้องกับสถิติในประเทศไทย ซึ่งพบโรคจิตเภทมากที่สุด โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 4 แสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2551) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีอาการเรื้อรัง ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการทางจิตสงบและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วก็ตาม แต่ส่วนใหญ่มักยังคงมีอาการทางจิตบางอย่างหลงเหลืออยู่ อาจมีอาการกำเริบได้เป็นครั้งคราวจนถึงบ่อยครั้ง ตลอดจนเกิดความเสื่อมทางบุคลิกภาพไปตลอดชีวิต (American Psychiatry Association, 1994) โดยที่ความเสื่อมดังกล่าว ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถรับผิดชอบหรือช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่ เช่น การรับผิดชอบในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ทางสังคม (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; Andrews, et al, 2003) นอกจากนี้อาการทางจิตที่กำเริบอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคมได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรงถึงขั้นทำร้ายผู้อื่น (Gelder, Mayou, & Geddes, 1999) การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พูดคนเดียว หัวเราะโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น ไม่สนใจการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลเรื่องความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า รวมทั้งไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาการแสดงดังกล่าวผิดปกติไปจากบุคคลส่วนใหญ่ ทำให้ผู้ที่พบเห็นอาจรู้สึกกลัว หลีกหนี หรืออาจถูกล้อเลียนได้ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม

การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม เนื่องจากการแสดงออกของพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป โดยถูกสังคมตีตราว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ไม่น่าคบหา มีรอยมลทินต่างพร้อย มีปมด้อย อ่อนแอ มีรอยบาป หรือประพฤติดุร้าย เป็นบุคคลที่เลวร้าย อันตราย โดยที่ออกดีจากคนในสังคมยังคงอยู่ถึงแม้บุคคลนั้นจะไม่มีอาการปรากฏให้เห็น (Link et al., 1987) และจากพฤติกรรมแสดงออกถึงความรู้สึก หรือทัศนคติที่เป็นอคติของผู้คนในชุมชนและสังคม ที่เป็นปฏิกิริยาการ

แสดงออกของการไม่ยอมรับ เช่น แสดงความรังเกียจ คำหยาบ ด่าทอ ที่เมื่อผู้ป่วยจะถูกส่งผ่านต่อไปยังญาติของผู้ป่วยด้วย (สุพัฒนา สุขสว่าง และ ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548; Rooney, O'Neil, Bakshi, & Tan-Quigley, 1997) ปฏิกริยาของสังคมดังกล่าวส่งผลให้ญาติผู้ดูแลถูกปฏิเสธจากคนในสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปตามมา (Angermeyer et al., 2003; Chang & Horrocks, 2005) ซึ่งความรู้สึกเป็นตราบาปที่เกิดขึ้นภายในตัวญาติผู้ดูแล จึงเป็นตราบาปที่เกิดจากการมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท (associative stigma) (Goffman, 1963)

ความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยผลกระทบทางด้านร่างกายในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติมีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจในผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกผิด อับอาย วิตกกังวล หวาดกลัวอาการของผู้ป่วยและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย จากการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นตราบาปด้วยความจำยอม เนื่องจากมีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกันอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกอับอาย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ถอดเสื้อผ้าในที่สาธารณะ พุดและบ่นคนเดียว หรือหัวเราะคนเดียว (Kales, Blow, Bingham, et al., 2000) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลงและเกิดความรู้สึกเป็นปมด้อยตามมา (Gilmore & Somerville, 1994) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อคนในสังคม พ่อแม่หรือคนในครอบครัวที่สังคมถือว่าเป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง ยอมรับรู้สึกผิด คำหยาบตัวเองว่าดูแลผู้ป่วยไม่ดีหรือดูแลไม่เต็มที่ (Wanda & Mary, 2001) ญาติผู้ดูแลยังมีความเครียดในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยญาติผู้ดูแลรู้สึกไม่พอใจ วิตกกังวล หงุดหงิด หวาดกลัวอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Sethabouppha, 2002) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังรู้สึกกังวลว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตจะไม่มีโอกาสหาย กังวลว่าชีวิตจะต้องผูกติดกับผู้ป่วยตลอดไป และกังวลว่าจะไม่มีใครดูแลผู้ป่วยเมื่อญาติผู้ดูแลตายไป จนเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการให้การดูแล (Greenberg, Greenley, McKee, & Griffin-Francell, 1993) และเมื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับความรู้สึกเป็นตราบาปยอมให้การดูแลได้ไม่เต็มศักยภาพ และอาจมีอารมณ์กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลได้ ทำให้อาการของโรคกำเริบและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก และในที่สุดผลที่ตามมาคือผู้ป่วยถูกทอดทิ้งให้อยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานานเพราะญาติไม่มารับผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานาน ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการให้การรักษายาพยาบาล

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล จากการศึกษาค้นคว้าพบความแตกต่างระหว่างเพศของญาติผู้ดูแลต่อความรู้สึกเป็นตราบาป ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศหญิงจะมีแนวโน้มของการมีความรู้สึกเป็นตราบาปมากกว่าญาติผู้ดูแลเพศชาย เพราะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความรู้สึกเป็นภาระ มีความบิบบั่นทางอารมณ์ รู้สึกเสียขวัญ และมีความรู้สึกเป็นตราบาปมากกว่า (Sartorius et al., 2004) นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมีความรู้สึกเป็นตราบาปสูงมากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาน้อย โดยที่ญาติผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงพยายามหลีกเลี่ยง และปกปิดว่ามีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว (Phelan, Bromet, & Link, 1998) 2) ระดับความผูกพันระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท โดยถ้าญาติผู้ดูแลมีความผูกพันกับผู้ป่วยมาก ก็ยิ่งจะรู้สึกเป็นตราบาปมาก โดยผู้ที่เป็นพ่อแม่จะมีความรู้สึกเป็นตราบาปมากกว่าพี่น้อง (Tennakoon et al, 2000) เพราะโดยทั่วไปผู้ที่เป็นพ่อแม่ย่อมมีความเป็นห่วงวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยจิตเภทว่าผู้ป่วยจิตเภทจะอยู่ได้อย่างไรหรืออยู่กับใครถ้าตนเองตายไปแล้ว หรือรู้สึกผิดจากการที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (Gonzalez-Torres, Oraa, Aristegui, Fernandez-Rivas, & Guimon, 2007; Kung, 2003) 3) ความเชื่อและความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยความเชื่อที่ว่าโรคจิตเภทเกิดจากความชั่วร้ายมีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแล (Lee, 1986) เพราะการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวถือได้ว่าเป็นมลทินของตระกูล ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องปกปิดว่ามีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว เพราะถือว่าเป็นความลับที่น่าอายของครอบครัว (Kung, 2003; Pearson, 1993) นอกจากนี้การที่ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นตราบาปเพราะไม่สามารถอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการพยากรณ์ของโรคจิตเภทให้คนอื่นได้รับทราบได้ (Thara & Srinivasan, 2000) 4) ลักษณะของการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นตราบาปมากเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ภาพหลอน และมีพฤติกรรมก้าวร้าวและข่มขู่ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ครอบครัว และสังคม ส่งผลให้เกิดการหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Yusuf, Nuhu, & Akinbiyi, 2009) นอกจากนี้ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นตราบาปในผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นในช่วงอายุวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพราะญาติผู้ดูแลต้องมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน (Phillips, Pearson, Li, Xu, & Yang, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการลดความรู้สึกเป็นตราบาปหลายวิธี ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท รูปแบบ

การบำบัดผู้ป่วยจิตเภท แห่่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน และหน่วยให้บริการเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งข้อมูลที่จะเป็นแผนพับความรู้ หรือวิดีโอ ที่ช่วยให้บุคคลศึกษาได้ด้วยตนเอง โดยการที่ญาติผู้ดูแลและคนในชุมชนมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้บุคคลดังกล่าวลดอคติ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท ตัวอย่างเช่น โปรแกรม Open the Doors (Sartorius & Schulz, 2005) 2) การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเรื่องหน่วยบริการ หรือการให้บริการที่เหมาะสมต่างๆที่ผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับ รวมทั้งการจัดการเมื่ออาการทางจิตกำเริบ (Eggar, 1990) 3) กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (Support group) เป็นกลุ่มในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จัดขึ้นเพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้เปิดเผยความรู้สึกของการรู้สึกเป็นตราบาป มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้กลวิธีในการแก้ปัญหา (Cook et al., 1999) 4) กลุ่มจิตศึกษา (Psychoeducational Group) เป็นกลุ่มที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อสนองความต้องการตามวัตถุประสงค์ของครอบครัวผู้ป่วย โดยกระบวนการกลุ่มมีการให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สอนให้แก้ปัญหา เสนอการให้ความช่วยเหลือ ประคับประคองทางด้านจิตใจ และช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้เรียนรู้ทักษะที่เฉพาะเจาะจง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของญาติผู้ดูแลและสามารถก้าวผ่านประสบการณ์ชีวิตที่ยากลำบากได้ (Corey, 2000) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความหวังและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลอีกด้วย (Mueser et al, 2002) และการให้ข้อมูลอธิบายให้ทราบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทป่วยจากโรคจริงๆ ไม่ใช่ความผิดปกติในครอบครัว เพื่อลดทัศนคติด้านลบ ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง จึงสามารถลดความรู้สึกเป็นตราบาปลงได้ (Shin & Lukens, 2002) รวมทั้งยังให้ความรู้ในเรื่องวิธีปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ฝึกครอบครัวให้รู้จักปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหาโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เกิดจากการเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป เพื่อลดปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ช่วยเสริมให้รู้สึกถึงความมีพลังอำนาจ และมุ่งการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเป็นการป้องกันมากกว่าการรักษา (Sherman, 2003)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในระยะที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง และให้การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภททั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตทุเลาลง ครอบครัวและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทกลับบ้าน เนื่องจากไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้มีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากตราบาปที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว รวมทั้งญาติผู้ดูแลมักจะคิดย้อนกลับถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายอยากให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือทอดทิ้งไม่มารับผิชอบดูแลผู้ป่วย ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค จึงเป็นหนทางหนึ่งที่จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติที่

ดีขึ้น จนสามารถลดความเครียดที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลขึ้น ประกอบกับในขณะนี้ยังไม่มีรูปแบบการให้ความรู้หรือการให้คำแนะนำที่ชัดเจนแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งวัตถุประสงค์ในการศึกษาค้างนี้เพื่อที่จะศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยคาดหวังว่าจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลที่ได้เข้าโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษามีความรู้สึกเป็นตราบาปลดลง มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท และยอมรับในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งผลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้อยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุขในระยะเวลายาวนานขึ้น และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายการลดเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทให้น้อยลง เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

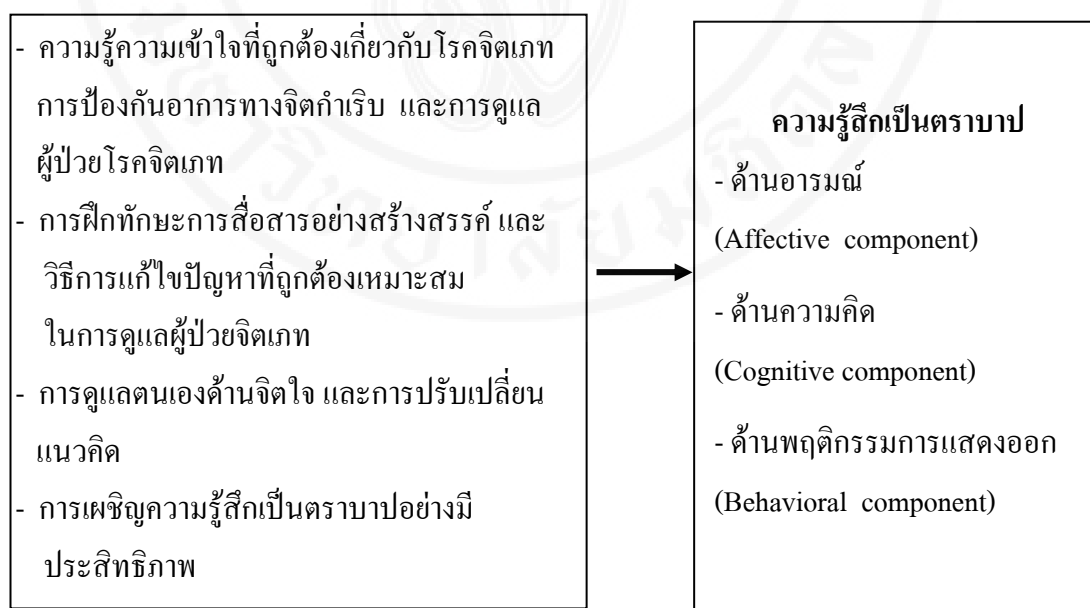
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ผู้วิจัยได้นำเอาหลักของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา SAFE Program (Support and Family Education Program) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาค้างนี้ ซึ่ง SAFE Program ที่พัฒนาโดยเชอร์แมน (Sherman, 2006) เป็นรูปแบบหนึ่งของกลุ่มจิตศึกษาครอบครัว (Family education groups) มีการจัดกิจกรรมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 18 ครั้ง โดยกิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้านคือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช เช่น สาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรค Bipolar และโรค Posttraumatic Stress Disorder 2) การฝึกทักษะต่างๆ ให้กับญาติผู้ดูแล ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น 3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการให้การดูแลและการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช และ 4) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การแนะนำญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งให้การสนับสนุนในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลของ SAFE Program พบว่าSAFE Program สามารถช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ (Sherman, 2006)

การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยได้มีการประยุกต์ SAFE Program โดยการคัดเลือกกิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ผู้วิจัยเลือกมีจำนวน 5 กิจกรรม ซึ่งเนื้อหาของกิจกรรมที่เลือกมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับแนวคิดหลักทั้ง 4 ด้านของการจัดกิจกรรมทั้งหมดของ SAFE Program ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยกิจกรรมสำหรับโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในการศึกษาค้างนี้ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติของโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและการป้องกันอาการทางจิตกำเริบ 2) การฝึกทักษะต่างๆ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา ช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการ

สื่อสารอย่างสร้างสรรค์ที่ช่วยขจัดความขัดแย้ง เสริมสร้างความเข้าใจและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ลดความรู้สึกเป็นตราบาปด้านความคิด และพฤติกรรมการแสดงออก 3) การดูแลตนเองด้านจิตใจ และการปรับเปลี่ยนแนวคิด เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถหาวิธีการผ่อนคลายความเครียด และมีแนวคิดในทางบวกต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต ช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านพฤติกรรมการแสดงออกได้ 4) การเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการสนับสนุนให้เปิดเผยข้อมูลเรื่องการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว รวมทั้งมีการบอกให้ทราบถึงข้อดีและข้อเสียของการเปิดเผยข้อมูลนี้ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับทราบ และมีความเข้มแข็งพร้อมที่จะตัดสินใจเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว ช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยและสามารถดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมและชุมชนได้อย่างปกติสุข ช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านพฤติกรรมการแสดงออกได้ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังที่แสดงในรูป 1

โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา



รูป 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามวิจัย

โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาสามารถลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังสิ้นสุดการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมและรายด้านลดลงกว่าก่อนทำการศึกษา
2. ภายหลังสิ้นสุดการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมและรายด้านลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่ศึกษาผลของกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเลือกศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 ถึง กันยายน พ.ศ. 2552

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

นิยามศัพท์

โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง แผนการดำเนินกลุ่มจิตศึกษาที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเนื้อหาและกิจกรรมในแต่ละครั้ง โดยกระบวนการดำเนินกลุ่มเป็นการผสมผสานกันระหว่างการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ การประทับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ในการศึกษาครั้งนี้แบบแผนการดำเนินกลุ่มจิตศึกษา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวคิดของ SAFE Program (Support and Family Education Program) โดยเชอร์แมน (Sherman, 2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีแผนการดำเนินกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจความคาดหวังในการเข้ากลุ่ม และสำรวจความรู้สึกเป็นตราบาปในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 2 ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการป้องกันอาการทางจิตกำเริบ

ครั้งที่ 3 ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์

ครั้งที่ 4 การเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 5 การดูแลตนเองด้านจิตใจและการปรับเปลี่ยนความคิดที่ช่วยลดความเครียด

ครั้งที่ 6 การเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปอย่างมีประสิทธิภาพ

ความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลเนื่องจากการต้องมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภท (courtesy stigma) เช่น ความรู้สึกอับอาย รู้สึกถูกรังเกียจ หรือถูกกีดกันจากสังคม รู้สึกเป็นปมค้อยไม่มั่นใจในการติดต่อกับบุคคลอื่น รู้สึกกลัว รู้สึกวิตกกังวล รู้สึกผิดและตำหนิตนเองที่ดูแลผู้ป่วยไม่ดี รู้สึกโกรธเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ไม่ไว้วางใจคนอื่น และรู้สึกอยากปิดบังซ่อนเร้น ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปของ แมคและซุง (Mak & Cheung, 2008) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ด้านอารมณ์ (affective) 2) ด้านความคิด (cognitive) ด้านพฤติกรรมการแสดงออก (behavioral)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่ช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกรับผิดชอบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท

- การวินิจฉัยโรค
- สาเหตุ
- อาการและอาการแสดง
- ลักษณะการดำเนินโรค
- การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- ความหมาย
- ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ความรู้สึกรับผิดชอบของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- ความหมาย
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรับผิดชอบ
- ผลกระทบจากความรู้สึกรับผิดชอบของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- การประเมินความรู้สึกรับผิดชอบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการลดความรู้สึกรับผิดชอบ

4. กลุ่มจิตศึกษา

- ความหมาย
- วัตถุประสงค์ของกลุ่มจิตศึกษา
- หลักการของกลุ่มจิตศึกษา
- โครงสร้างของกลุ่มจิตศึกษา
- แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มจิตศึกษาสำหรับครอบครัว
- รูปแบบโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

5. โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเกี่ยวกับการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- รูปแบบโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาสำหรับลดความรู้สึกเป็นตราบาป ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- SAFE Program
 - รูปแบบของ SAFE Program
 - กระบวนการดำเนินโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาตาม SAFE Program

1. โรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นลักษณะเด่น ซึ่งความผิดปกติของความคิด (Thought disorder) เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องขั้นตอนและระบบความคิด ผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถเชื่อมต่อกับความคิดได้อย่างมีเหตุผล (Andrews, Sanderson, Corry, Issakidis & Lapsley, 2003 ; Torrey, 1988) ทำให้มีการแสดงออกของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมผิดไปจากคนปกติทั่วไป (กรมสุขภาพจิต, 2541; อรรถพรณ ถีอนุวัชรวิชัย, 2545 ; Andrews, Sanderson, Corry, Issakidis & Lapsley, 2003 ; Freedman, 2003) โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว แต่การรู้ตัวและความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ ผู้ที่เป็นโรคนี้จะแสดงลักษณะอาการของการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ และขาดความเข้าใจในสภาพความเป็นจริงต่างๆอย่างมาก ทำให้มีความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมผิดปกติ ขาดการเอาใจใส่ในตนเอง การปฏิบัติหน้าที่การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมไป (American Psychiatric Association, 2000 ; Wijngaarden et al., 2000)

การวินิจฉัยโรค (มานิต หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน

- 1) อาการหลงผิด
- 2) อาการประสาทหลอน
- 3) การพูดไม่เป็นระเบียบแบบแผน (disorganized speech) เช่น พูดคนเดียว เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน ไม่เป็นเรื่องราวต่อเนื่อง สร้างคำขึ้นเองโดยที่คนอื่นไม่เข้าใจ (Disorganized speech) (Torrey, 1988; Walsh, 1985)
- 4) การมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นระเบียบแบบแผน (Grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior) คือมีพฤติกรรมที่แตกต่างจากคนปกติ เช่น นั่งในท่าหนึ่งท่าใดเป็นเวลานานๆ จ้องอยู่ที่เดียวกันๆ (Torrey, 1988; Walsh, 1985)

หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวดังต่อไปนี้ถือว่าเข้าเกณฑ์เป็นโรคจิตเภท หากเป็น bizarre delusion (หลงผิดที่มีลักษณะแปลกเป็นไปไม่ได้เลย), voice commenting (เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย) หรือ voice discussion (ได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่องของตนเอง)

2. มีความเสื่อมหรือปัญหาในการทำหน้าที่ทางด้านสังคม หรือการทำงาน เช่น ไม่สามารถประกอบอาชีพที่มีรายได้ได้ ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือไม่สามารถดูแลตนเองด้านสุขอนามัยได้

3. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะอาการกำเริบ (active phase) (ตามข้อ 1.) อย่างน้อย 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็นระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) หรืออาการที่ยังหลงเหลืออยู่ (residual phase)

สาเหตุ

สาเหตุของโรคจิตเภท มักเกิดจากองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกัน ปัจจัยใหญ่ๆ ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท มี 3 ประการ คือ ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) ปัจจัยทางจิตใจ (psychological factors) และปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม (sociocultural factors)

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors)

แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเป็น brain disorder โดยมีหลักฐานทางชีวภาพในด้านต่างๆ มากขึ้นเรื่อยๆ

1) ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factors) โรคจิตเภทสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าพี่น้องและบุตรของผู้ป่วย จะมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคร้อยละ 7-16 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภททั้งคู่ร้อยละ 40-50 สำหรับบุคคลที่มีบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท จะมีโอกาสเกิดโรคนี้อีกร้อยละ 12 และบุคคลที่มีทั้งบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภททั้งคู่ มีโอกาสเกิดโรคนี้อีกถึงร้อยละ 40 (Kaplan & Sadock, 1998)

2) ปัจจัยทางชีวเคมีของสมอง สาเหตุของปัจจัยทางชีวเคมีของสมองที่สัมพันธ์กับผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับความเชื่อถือมากที่สุดคือ เชื่อว่าเกิดจากการทำงานของสารโดปามีน (dopamine) ในสมองและจำนวนของ postsynaptic receptor ที่มากเกินไป และเกิดจากความไม่สมดุลระหว่าง dopamine กับ acetylcholine และ GABA (gamma-aminobutyric acid) ที่มีการส่งสารสื่อประสาทระหว่างเซลล์ประสาทสมองต้นทางและปลายทางผิดเส้นทาง ก่อให้เกิดการสะสมของสารสื่อประสาทที่ผิดเส้นทางที่บริเวณปลายเซลล์ประสาทสมองอีกเซลล์ เพราะไม่สามารถส่งสารสื่อประสาทไปให้เซลล์ประสาทอื่นๆ ได้อีก (Walsh, 1985) ซึ่งความไม่สมดุลของโดปามีนนี้เองทำให้เกิดอาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) และความคิดที่สับสน

(thinking difficulties) (Andreason, 1984) นอกจากนี้สารสื่อประสาทอีกชนิดหนึ่งที่สนใจกันคือ serotonin พบว่าการทำงานของ serotonin -2 (5 – HT2A) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (serotonin – dopamine antagonists) ออกฤทธิ์ได้ผลในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ serotonin (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; Lewis & Levitt, 2002)

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological factors) สำหรับปัจจัยทางด้านจิตใจนั้น เชื่อกันว่าบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอีโก้ (ego) ของบุคคลที่ได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจอย่างรุนแรง (psychic trauma) ในระยะพัฒนาการของขวบปีแรก ทั้งนี้หน้าที่ของอีโก้เกี่ยวข้องกับการปรับตัว การมีสัมพันธภาพกับคนอื่น และการควบคุมพฤติกรรม ดังนั้นเมื่ออีโก้ได้รับการกระทบกระเทือน จึงมีผลต่อการเกิดพยาธิสภาพและเป็นสาเหตุของการเกิดโรคนี (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2541; Taylor, 1994) รวมทั้งมีการเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เป็นการปฏิเสธหรือบิดเบือนไปจากความเป็นจริงจนกลายเป็นพยาธิสภาพ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2541)

3. ปัจจัยทางสังคม ครอบครัวและวัฒนธรรม (sociocultural factors) สภาพทางสิ่งแวดล้อมทางสังคม ครอบครัวและวัฒนธรรม พบว่า เป็นตัวแปรสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทเช่นกัน โดยพบว่า ประชากรที่มีฐานะยากจน มีระดับภาวะเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่าจนทำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบ การดำรงชีพจึงไม่สามารถเป็นไปได้อย่างปกติ นอกจากนี้ครอบครัวที่มีการขัดแย้งกัน หรือมีการทะเลาะวิวาทกระทบกระทั่งโดยใช้อารมณ์ต่อกันสูง (high expressed – emotion ; high EE) ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement) เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อการเกิดพยาธิสภาพของโรคนีได้เช่นกัน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542 ; มาโนช หล่อตระกูล, 2541) นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่าเด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีบิดามารดาที่มีการสื่อสารที่กำกวม คือคำพูดและการกระทำไม่ตรงกัน (Double bind) ทำให้เด็กไม่ทราบเจตนาหรือความต้องการที่แท้จริงของบิดามารดา และทำให้การพัฒนาในด้านการติดต่อสื่อสารกับคนอื่นแคบลงหรือสับสน ในที่สุดเด็กเกิดความคลุมเครือไม่แน่ใจ เกิดความรู้สึกที่ตรงกันข้ามพร้อมกัน เช่นเกิดความรู้สึกโกรธและรักขึ้นพร้อมกัน (ambivalence) จึงนำไปสู่การป่วยเป็นโรคจิตเภท (Bateson, 1990) ในขณะที่บิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกภาพของตนได้เหมาะสม มีบุคลิกภาพโน้มเอียงไปในทางที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ง่ายคือ ไม่ชอบเข้าสังคม พูดน้อย เก็บตัว ไม่มีเพื่อน ไม่ไว้วางใจคนอื่น หวาดระแวง และอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าบุคคลทั่วไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์

สุคนิษฐ์, 2548 ; สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536 ; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) สำหรับปัจจัยทางวัฒนธรรมนั้นพบว่าเป็นเรื่องความเชื่อทางไสยศาสตร์ต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการบำบัดรักษาที่เชื่อกันว่าโรคจิตเภทเกิดจาก “ผีเข้าสิง” ทำให้ญาติผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปรักษาทางไสยศาสตร์ รดน้ำมันดีไปให้หมอผีทำพิธีขับไล่ผี (กรองจิตต์ เมืองวุฒิ, 2537) บางครั้งผู้ป่วยถูกหมอผีทำพิธีขับไล่ผีด้วยวิธีที่รุนแรง เช่น เหมียน ทบตีตามร่างกาย และไม่ได้ได้รับการรักษา อาการทางจิตที่เป็นอยู่แล้ว การไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรก จึงทำให้เกิดอาการทางจิตที่เรื้อรังได้

อย่างไรก็ตามแนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันคือ Stress – diathesis model ที่เป็นรูปแบบของการประสมประสานกันของปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่าง (Specific vulnerability) อยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นในโรคจิตเภท มีหลายรูปแบบที่แตกต่างกันอย่างจำแนกอาการที่เกิดขึ้นได้เป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ อาการทางด้านบวก อาการทางด้านลบ อาการทางด้านอารมณ์ และอาการทางด้านการรับรู้ (Tandon, Targum, Nasrallah & Ross, 2006)

1. อาการทางด้านบวก (Positive or Productive Symptoms) หรือ Psychotic dimension เป็นกลุ่มอาการที่พบชัดเจนในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) และอาการแสดงออกถึงความไม่เป็นระเบียบแบบแผน (Disorganization dimension) ความเสื่อมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นความเสื่อมในด้านการทำหน้าที่ทางสังคม แต่ความรุนแรงของอาการทางด้านบวกสัมพันธ์กับความเสถียรของพฤติกรรมรุนแรงและฆ่าตัวตาย และมีแนวโน้มที่จะเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล ยิ่งไปกว่านั้นความรุนแรงของอาการด้านบวก ยังมีความสัมพันธ์ที่ผกผันกับความพึงพอใจในชีวิตและการฟื้นฟูสุขภาพจิต กล่าวคือยังมีอาการทางด้านบวกที่รุนแรงเท่าไร ยิ่งทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง และการฟื้นฟูสุขภาพจิตยิ่งเป็นไปด้วยความยากลำบาก (Tandon, Targum, Nasrallah, & Ross, 2006)

1) อาการหลงผิด (Delusion) เป็นความเชื่อหรือความคิดที่ฝังแน่นโดยไม่ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ถึงแม้ว่าจะมีเหตุผลหลักฐานมาขัดแย้ง ก็ไม่สามารถเปลี่ยนความเชื่อนั้นได้ อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อย เช่น หลงผิดคิดว่าผู้อื่นปองร้ายกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) ผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกข่มขู่จากอาการหลงผิดว่าผู้อื่นปองร้ายกลั่นแกล้งตลอดเวลาจะมีอาการ “หวาดระแวง” โดยพวกเขาเชื่อว่ามีคนอื่นมาจ้องมองตนเองตลอดเวลา หรือถูกวางแผนต่อต้านตัวผู้ป่วยเอง (Torrey, 1988) หลงผิดคิดว่าตนเป็นผู้วิเศษ หรือมีอำนาจเหนือธรรมชาติ (grandiose delusion) ความคิดหลงผิดที่มีอยู่ทั่วไปคือผู้ป่วยหลงผิดว่าความคิดของตนเอง

ถูกส่งไปทั้งทางวิทยุหรือโทรทัศน์ ทำให้คนรอบข้างรู้หมดว่าตนเองคิดอะไร (thought broadcasting) หรืออาจหลงผิดคิดว่าพฤติกรรมของคนอื่นหรือเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นในโทรทัศน์วิทยุ เป็นไปเพื่อสื่อความหมายว่าเป็นเรื่องราวของตนเอง (delusion of reference) เป็นต้น อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ bizarre delusion ซึ่งเป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกเป็นไปไม่ได้เลย เช่น คิดว่าการที่ตนเองเห็นรถสีแดงหมายความว่าโลกกำลังจะถึงจุดจบ หรือคิดว่าตนเองเป็นลูกของพระเจ้าเพราะตนเองมีสัญญาณไฟเขียวบอกให้รู้ หรือมีคนคอยควบคุมความคิดของตนเอง เป็นต้น (Brune, Ribbert & Schiefen-hovel, 2003; Ferguson & Devilly, 2008 ;Torrey, 1988)

2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) เป็นความผิดปกติของการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้งห้า โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นมาจากภายนอก มีผลมาจากความผิดปกติทางสมองของการรับรู้ที่จะแปลความหมาย และการตอบสนองอย่างเหมาะสมของข้อมูลที่เข้ามาสู่สมอง อาการประสาทหลอนของประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน อาการประสาทหลอนทางการมองเห็น อาการประสาทหลอนทางการได้กลิ่น และอาการประสาทหลอนทางการสัมผัส ทั้งนี้อาการประสาทหลอนทางการได้ยินที่เรียกว่าหูแว่วเป็นสิ่งที่พบได้มากที่สุด เสียงที่ได้ยินอาจจะมาจากภายนอกหรือภายในร่างกายของผู้ป่วยเอง บางครั้งเป็นเสียงชื่นชมยินดี ปลอบใจ เสียงจากธรรมชาติ เช่นเสียงนก เสียงไก่ เสียงสุนัข หรืออาจจะเสียงข่มขู่ ลงโทษ ตวาด และอาจเป็นเสียงสั่งให้ทำในสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (Torrey, 1988) อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัย ได้แก่ ได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่องของตนเอง (voice discussing) เสียงวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) (Tandon, Targum, Nasrallah & Ross, 2006)

3) อาการที่แสดงถึงความไม่เป็นระเบียบแบบแผนของการแสดงออก (Disorganization dimension) เป็นผลสืบเนื่องมาจากความผิดปกติทางความคิด (Thought disorder) ในเรื่องความผิดปกติของขั้นตอนและระบบความคิด จนผู้ป่วยไม่สามารถเชื่อมต่อความคิดได้อย่างมีเหตุผล เกิดความคิดแล่นเร็วจนกระทั่งไม่สามารถจับประเด็นที่สำคัญได้ และความคิดนั้นได้แตกกระจายออกไปเรื่อย ผู้ป่วยจึงมีการแสดงออกถึงความไม่เป็นระเบียบแบบแผนของการแสดงออก (Torrey, 1988) ได้แก่ (1) การพูดไม่เป็นระเบียบแบบแผน (disorganized speech) เช่น พูดคนเดียว เนื้อหาไม่สัมพันธ์กัน ไม่เป็นเรื่องราวต่อเนื่อง สร้างคำขึ้นเองโดยที่คนอื่นไม่เข้าใจ (2) การมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นระเบียบแบบแผน (disorganized behavior หรือ catatonic behavior) คือมีพฤติกรรมที่แตกต่างจากคนปกติ เช่น นั่งในท่าหนึ่งท่าใดเป็นเวลานานๆ จ้องอยู่ที่เดียวนานๆ (3) อารมณ์ไม่เหมาะสม (inappropriate affect) คือมีอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ เช่น เมื่อพูดถึงเหตุการณ์เศร้าแต่กลับหัวเราะ (Torrey, 1988; Walsh, 1985)

2. อาการทางด้านลบ (Negative or Deficit Symptoms) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยสาเหตุของโรคทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (Carpenter, Heinrichs, & Wagman, 1988 ; Miller, Tandon, 2000) โดยในระดับปฐมภูมิเกี่ยวข้องกับการทำงานน้อยลงของ Dopamine ของสมอง (Dopaminergic hypoactivity) ที่บริเวณ Prefrontal ก่อให้เกิดความบกพร่องต่างๆ ในเรื่องการเคลื่อนไหวของร่างกาย (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) และทำให้เข้าสู่ระยะอาการทางจิตกำเริบ (Psychotic phase) ได้ง่าย สำหรับในระดับทุติยภูมิเป็นเรื่องของอาการ EPS (Extra pyramidal Syndrome) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต EPS เกิดจาก Dopamine ในระบบประสาทส่วนกลางลดลง ทำให้มีผลต่อกิจกรรมการเคลื่อนไหว (Motor activity) และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) ทำให้เกิดอาการ Pseudoparkinsonism พบได้ 4-40 % ผู้ป่วยจะมีอาการสั่นที่มือ แขน ขา ลำตัว ตัวแข็ง เดินตัวทื่อ เคลื่อนไหวช้า สีหน้าเฉยเมย ไม่พูด ไร้อารมณ์ (Masked face) หรือมีอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง (วิณา เกียรตินา, 2547) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Carpenter, Heinrichs, Wagman, 1988 ; Miller & Tandon, 2000) และระดับความรุนแรงก็ยิ่งเกี่ยวข้องกับการไร้ความสามารถทางด้านการทำหน้าที่ด้านต่างๆ รวมทั้งการเพิกเฉยต่อสิ่งต่างๆ ที่เป็นลักษณะของโรค (Breier, Schreiber, Dyer et al., 1991 ; Ho B-C, Nopoulos, Flaum et al., 1998) ก่อให้เกิดการขาดหรือลดลงในด้านความรู้สึก การแสดงออก และความต้องการ อาการทางด้านลบที่สำคัญ ได้แก่

1) การขาดแรงจูงใจหรือความรู้สึกไร้อารมณ์ (Lack of motivation or apathy) เป็นการขาดพลังงานหรือความสนใจในชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่แตกต่างกับคำว่า “เกียจคร้าน” โดยจากพยาธิสภาพของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยมีพลังงานน้อย ผู้ป่วยจิตเภทอาจจะไม่สามารถทำอะไรมากไปกว่าการนอนหลับและการรับประทานอาหาร การดำรงชีวิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะของการขาดความสนใจหรือเฉยเมยต่อสิ่งต่างๆ (Torrey, 1988) ขาดความกระตือรือร้น (Avolition) เฉื่อยชา ทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ค่อยนานและเลิกทำโดยไม่มีเหตุผล พูดน้อย (Alogia) เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ

2) ความรู้สึกที่อ่อ หรืออารมณ์ที่อ่อ (Blunted feelings or blunted affect) หมายถึงการแสดงออกของอารมณ์ที่ราบเรียบ เนื่องจากการแสดงออกทางสีหน้าและท่าทางการแสดงออกอาจจะเคยถูกจำกัดหรือไม่เคยทำมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกเหมือนกับว่าไม่สามารถแสดงความรู้สึกหรือแสดงอารมณ์ใดๆ ออกมา ไม่มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ (Affective flattening) หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยมีการสบตา ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีความรู้สึกได้ถึงอารมณ์ต่างๆ อย่างมาก แต่ไม่สามารถแสดงออกหรือตอบสนองออกมาให้คนภายนอกได้รับรู้ ลักษณะของความรู้สึก

หรืออารมณ์ที่ของผู้ป่วยอาจจะกลายเป็นการแสดงออกของอารมณ์ที่รุนแรงมากขึ้น จนกระทั่งมีการแสดงออกของอาการกำเริบของโรคที่รุนแรงมากขึ้น (Torrey, 1988)

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักจะมีกลุ่มอาการด้านบวกในระยะอาการกำเริบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เหมือนกลุ่มอาการด้านบวก (มาโนช หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

3. อาการทางด้านอารมณ์ (Affective Symptoms) อาการทางด้านอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไปแล้วเป็นภาวะซึมเศร้าหรืออารมณ์ซึมเศร้า (Jibson, Glick & Tandon, 2004; Hirsh, Jolley & Barnes, 1990) โดยผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหรืออารมณ์ซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 7-75 % (Siris, 2000) เพราะอารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย ถึงแม้มีการบันทึกว่าภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นหลังจากเกิดอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลันก็ตาม แต่การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาในสมองอาจจะนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Torrey, 1988) และความรุนแรงของการเกิดภาวะซึมเศร้ามักมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การคิดยาเสพติด และมีความสัมพันธ์ผกผันกับความหวังและการฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (Tandon, 2005 ; Resnick, Rosenheck & Lehman, 2004; Mittal, Davis & Depp et al., 2006) เพราะภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับความรู้สึกถึงการขาดการช่วยเหลือและสิ้นหวัง (Torrey, 1988) จึงมีการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Norholm & Bech, 2006) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเชื่อว่าได้ประพฤติดัวผิดจนเป็นการทำลายสัมพันธ์ภาพและกลายเป็นที่น่ารังเกียจของญาติและคนในสังคม เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะซึมเศร้าจึงรู้สึกเจ็บปวด ทำให้กำลังใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยลดลงไปด้วย และนำไปสู่การพูดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย

4. ความบกพร่องทางด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Symptoms or Cognitive Deficits or Cognitive impairments) คือความบกพร่องด้านความคิดที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพต่างๆ ได้แก่ ศักยภาพด้านความจำ การเรียนรู้ สมาธิ และการตระหนักรู้ในตัวเอง (Ballas, 2006; Morrisson, 2006)

1) ศักยภาพด้านความจำ เป็นเรื่องของความจำเกี่ยวกับการทำงานอาจจะ เป็นความบกพร่องหลักที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท เช่นความจำเกี่ยวกับเบอร์โทรศัพท์ ความเข้าใจในเนื้อหาของคำพูด การวางแผนการพูด การไปเที่ยวนอกบ้าน กิจกรรมประจำวันต่างๆ และการแก้ปัญหาต่างๆ ความจำในระยะยาวเกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการสะสมและทบทวนข้อมูลใหม่ โดยความบกพร่องนี้สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค (Saykin et al., 1991) ความบกพร่องทางด้านความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการที่มีอยู่อย่างสม่ำเสมอและมีอยู่อย่างยาวนาน (McGrath et al., 1997)

2) ศักยภาพทางการเรียนรู้ต่างๆที่เสื่อมลง ทำให้เกิดผลกระทบกับการทำงานและการเรียน

3) สมรรถนะที่เสื่อมลงเป็นเรื่องความสามารถที่เสื่อมลงของการจับประเด็นเนื้อหาที่สำคัญซึ่งดูเหมือนว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะสับสน

4) การตระหนักรู้ในตนเองที่เสื่อมลง เป็นจุดบอดที่ทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจว่าตนเองป่วย

ความบกพร่องทางด้านความรู้ความเข้าใจ ทำให้การดำรงชีวิตและการทำหน้าที่ต่างๆในสังคมบกพร่องมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีกลุ่มอาการทางด้านลบและบวก (Green, 1996 ; Meltzer & McGurk, 1999) ความบกพร่องทางด้านความรู้ความเข้าใจ เกิดได้ก่อนอาการกำเริบชัดเจน อาการเหล่านี้ได้แก่สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่องในด้านความจำชั่วคราว และการไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล อาการที่กล่าวไปแล้วนั้นต้องมีอาการอยู่ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และในบางคนยังมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านการพัฒนาการในวัยเด็ก เช่น มีประวัติออติสติก (Autistic Disorder) แต่อาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ (มานิซ หล่อตระกูลและ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548)

ลักษณะการดำเนินโรค

ลักษณะการดำเนินโรค ของผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป โดยในระยะเริ่มป่วย (prodromal phase) ผู้ป่วยจะมีลักษณะนิสัยหรือบุคลิกภาพแบบเก็บตัว แยกตัวเอง (schizoid trait) ไม่เข้าสังคม ความสามารถในด้านต่างๆ ลดลง ผู้ป่วยส่วนมากจะผ่านช่วงระยะเวลาเริ่มป่วย โดยที่ญาติไม่ให้ความสำคัญกับอาการในช่วงนี้ เพราะอาการเริ่มแรกคล้ายโรคประสาท (neurosis) ทำให้ญาติไม่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน และอาการในช่วงระยะเวลาเริ่มป่วยไม่รบกวนหรือไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนกับญาติเหมือนกับในช่วงระยะเฉียบพลัน (active phase) ซึ่งผู้ป่วยจะแสดงอาการโรคจิตชัดเจนหลังจากมีอาการผิดปกติที่ไม่ชัดเจนมาประมาณ 1 ปี โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก หรือที่เรียกว่าเป็นกลุ่มอาการที่ไม่พบในคนปกติ แต่พบในผู้ป่วยจิตเภท คือมีความคิดหลงผิด (delusion) และพฤติกรรมแปลกๆ (bizarre behavior) หลังจากนั้นจะเข้าสู่ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน หรือหลงผิดอาจจะยังคงอยู่ ซึ่งในบางครั้งอาจมีอาการกำเริบขึ้นเป็นครั้งคราว ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะนี้มักทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจไม่ได้ (American Psychiatric Association, 1994)

ผู้ป่วยจิตเภทหลังจากเริ่มป่วยแล้ว โดยเฉพาะช่วง 5-10 ปีแรกผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราว ยังมีอาการกำเริบบ่อยครั้งก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆจนกลายเป็นเรื้อรัง โดยทั่วไปการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ 5

แบบ คือ 1) หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำ 2) หายโดยกลับเป็นอีก 3) หายไม่สมบูรณ์ หมายถึง พอจะเข้าสังคมได้ แต่ยังคงมีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ และอาจจะต้องได้รับการช่วยเหลือ 4) เรื้อรัง แต่ไม่มีอาการรุนแรง โดยใช้ระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปเป็นตัวบ่งชี้ และ 5) มีความเสื่อมของบุคลิกภาพ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; Kaplan & Sadock, 1998) ปัจจุบัน พบว่าผู้ที่ที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 25 สามารถรักษาได้ผลดี ขณะที่ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำให้มีความบกพร่องในการทำงานหน้าที่ต่างๆ อย่างมาก และที่เหลืออีกร้อยละ 50 จะมีการเป็นๆ หายๆ (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538; Wing, 1992) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การดูแล ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี จะไม่มีอาการกำเริบหรือกำเริบในช่วงระยะเวลาสั้นๆ และยังคงสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ (Wing, 1992)

เนื่องจากโรคจิตเภทมักเริ่มแสดงอาการเมื่ออายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Rethink, 2003) จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียโอกาสในหลายๆ มิติของชีวิต เช่น การศึกษา อาชีพ การคบเพื่อน การใช้ชีวิตคู่ ทักษะทางด้านสังคม และการพัฒนาตัวเอง ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยเท่านั้นที่หายเป็นปกติ อีกหนึ่งในสามมักเป็นๆ หายๆ และกลายเป็นโรคเรื้อรังเมื่อรักษาแล้วยังมีความผิดปกติของบุคลิกภาพเหลืออยู่ มีความเสื่อมหรือบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคม (อัญชลี เตมียะประดิษฐ์ ชนมน สุยะชีวิน กัลยา สามัคคีธรรม และวิไล สีพยา, 2537) จากการศึกษาที่โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบหรือช่วยตัวเองได้เต็มที่ เช่น การรับผิดชอบในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ทางสังคม และบางครั้งผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่น ด้วยเหตุนี้ญาติผู้ดูแลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ มีทักษะในการบริหารจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถจัดการกับภาวะวิกฤตที่ไม่สามารถคาดคะเนได้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

หลังจากที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจนอาการทุเลาลงสามารถจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป จึงจำเป็นที่จะต้องมีบุคคลในครอบครัวคนใดคนหนึ่งมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจะเป็นมารดา มากกว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัว (Keltner, 1995) เนื่องจากแม่เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิด ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงมากกว่าผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องอาศัยความเข้าใจ ความรัก ความเมตตา ซึ่งมารดาสามารถให้ลูกได้ด้วยความเต็มใจและต้องใช้เวลาอันยาวนานในการดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทป่วยเป็นโรคเรื้อรังทำให้ญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลากำลึงกายและกำลังใจในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งถือว่า

เป็นงานที่หนัก (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีหน้าที่รับผิดชอบที่จะต้องดูแลผู้ป่วยให้มีอาการทางจิตสงบ ไม่ทำความเดือดร้อนให้กับครอบครัวและชุมชน สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง 2) การดูแลทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น 3) การจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรม 4) การดูแลทั่วไป (Minister of Supply and Services of Canada, 1991 ; Oberst, 1990) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง เป็นการช่วยเหลือที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยด้วยตนเองทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย ได้แก่

1) ดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องได้รับการรักษาด้วยยาน้อย 1-2 ปี แม้อาการทางจิตจะทุเลาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำจึงอาจทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรู้สึกเบื่อหน่ายและไม่ยอมรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องกระตุ้นเตือน แต่ไม่ใช้การบังคับ ควรมีการควบคุมกำกับผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อธิบายให้ผู้ป่วยรับรู้ สนใจเกี่ยวกับผลดีของการรับประทานยา ตลอดจนอาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น อาการง่วงซึม ตาแห้ง แขนขามือสั่น อยู่นิ่งไม่ได้ ผู้ดูแลต้องรีบพามาพบแพทย์ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541; Townsend, 2003) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจผลเสียของการขาดยา แต่ถ้าเมื่อใดผู้ป่วยยืนยันที่จะปฏิเสธยาหรือลืมรับประทานยา ญาติอาจช่วยผู้ป่วยได้โดยจัดทำกล่องสำหรับเก็บยาในแต่ละมื้อ หรือในแต่ละสัปดาห์ ญาติไม่ควรที่จะบดยาใส่ในอาหารของผู้ป่วย เพราะเป็นการสร้างความไม่ไว้วางใจให้เกิดขึ้นในตัวญาติเอง และญาติอาจตัดสินใจไปปรึกษาแพทย์ หรือนำผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรับการฉีดยาแทน

2) ดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คอยกระตุ้นเตือนและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลการแต่งกายให้เหมาะสม รวมถึงการรับประทานอาหาร และการพักผ่อน โดยจัดตารางกิจกรรมให้ทำงานในช่วงกลางวัน ที่เป็นกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จอย่างง่าย ๆ ในระยะแรกของการกลับมาอยู่บ้าน เพื่อไม่ให้ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการพักผ่อนมากเกินไป และช่วยให้สามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน ให้คำยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยเริ่มหิวผมของตนเองหลังจากที่ไม่ผ่านการหิวมาแล้ว 3 วัน ญาติผู้ดูแลควรให้ข้อเสนอแนะและสาธิตด้วยว่าทำอะไรการหิวผมจึงจะทำได้ดี และสวยงาม นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ตรงเวลา และการได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ เหมาะสม รวมทั้งคอยกระตุ้น ให้ได้รับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Tungpunkom,

2000) คุณดูแลไม่ให้ใช้สารเสพติดทุกชนิด เช่น เหล้า เบียร์ ยาบ้า ผงขาว เป็นต้น ทั้งนี้ อาจจะทำให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท มีอาการกำเริบได้ (กรมสุขภาพจิต, 2541; ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2539)

3) คุณช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเหมาะสม แต่ไม่ใช่การผลักดันหรือบังคับ เช่น พาไปออกกำลังกาย กระตุ้น ให้ทำกิจกรรมที่สนใจหรือมีความถนัด เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หาโอกาสเข้าร่วม กิจกรรมทางศาสนา ฟังธรรมะ ทำบุญตักบาตร เพื่อช่วยให้เกิดความสงบสุขทางจิตใจ และเป็นการ ฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ด้วย

4) มอบหมายงานบ้านให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตามความสามารถ เช่น การทำ ความสะอาดด้วยขาม ในระยะแรกของการกลับมาอยู่บ้านผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถทำความสะอาด ด้วยขามได้สะอาดตามปกติทั่วไป ผู้ดูแลจะต้องอดทนฝึกและให้กำลังใจให้ผู้ป่วยได้ทำงานกระทั่ง ล้างจานได้สะอาด

5) การเฝ้าระวังอันตรายต่างๆ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายมี อาการหวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย มีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย บางรายมีอาการเชื่องซึม เคลื่อนไหวช้า การทรงตัวไม่ดี ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงต้องคอยระวังอุบัติเหตุ จัดสถานที่และ สิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากของมีคมหรือวัตถุอันตราย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนำมา ทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่นได้ รวมทั้งสังเกตพฤติกรรมและคำพูดที่สื่อถึงการฆ่าตัวตาย

6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับ สภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกัน เป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุ หรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

2. การดูแลทางด้านสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น เป็นการ ช่วยเหลือที่ญาติผู้ดูแลสนับสนุน กระตุ้นและทำเป็นตัวอย่างให้ผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้การสร้าง สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น ได้แก่

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะ อารมณ์ที่ปกติ โดยลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดอารมณ์เศร้าหรือก้าวร้าวได้ เช่น คำ วิพากษ์วิจารณ์ การแสดงอารมณ์ที่รุนแรงของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น รวมทั้งคอยชี้แนะ หรือสอนให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้เรียนรู้วิธีเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม พุดคุยซักถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับผู้ป่วยอยู่เสมอ ไม่ควรใช้คำถามกับผู้ป่วยมากเกินไป เช่น “คุณกำลัง คิดเกี่ยวกับอะไร ?” “อะไรที่คุณทำอย่างนั้น ?” แต่ควรจะมีการพูดในเรื่องง่ายๆ สบายๆ เช่น การ พุดคุยเกี่ยวกับภาพยนตร์เรื่องใหม่ การฟังเพลงใหม่ๆ การพุดคุยเกี่ยวกับชีวิตในวัยเด็ก

2) พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่ต่ำๆ ช้า และชัดเจนหรือเป็นประโยคสั้นๆ ง่ายๆ เพื่อป้องกันการสับสนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในบางครั้งอาจจำเป็นต้องพูดชี้แจงและถามซ้ำกับผู้ป่วย การกระทำต่างๆ ของญาติ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน เช่น “ฉันกำลังเก็บเสื้อผ้าของคุณที่ซักแล้วไว้ในตู้ คุณสามารถที่จะเลือกมาสวมใส่ได้ในวันนี้ตามความต้องการ”

3) วางแผน ที่จะนำผู้ป่วยออกไปพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้านในแต่ละสัปดาห์ เช่น การออกไปขับรถเที่ยว เดินเล่นในสวนสาธารณะ เป็นต้น หรือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยไปรับประทานอาหารเย็นกับเพื่อน 1-2 คน หรือกลุ่มเพื่อนหลายๆ คน หรือเท่าที่ญาติสามารถจัดให้ได้ อาจจะเป็นในเครือญาติเดียวกันก็ได้ ผู้ดูแลจะต้องแนะนำให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ทั้งภายในครอบครัวรวมถึงบุคคลอื่นในสังคม (ยอดสร้อย วิเวการณ, 2543)

4) สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ควรมีการพูดคุย ให้ความเป็นเพื่อนกับผู้ป่วย เช่น ชักชวนผู้ป่วยไปดูภาพยนตร์ หรือช้อปปิ้งด้วยกัน

5) กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การมารับประทานอาหารให้ตรงเวลา การตรงตามนัด

3. การจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรม เป็นการบริหารจัดการที่ญาติผู้ดูแลกระทำเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ หรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ได้แก่

1) การจัดการกับพฤติกรรมไม่เหมาะสมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมก้าวร้าว ผู้ป่วยไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกทุกข์ใจ และสร้างความเดือดร้อนให้กับครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลจึงต้อง (1) คอยสังเกตและควบคุมพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด (2) ไม่แสดงอารมณ์รุนแรงหรือดุด่าผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้ (3) หากควบคุมอาการไม่ได้ ผู้ดูแลควรรู้จักวิธีเผชิญปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตเฉียบพลัน คือ

- ควรมีการจดบันทึกเบอร์โทรศัพท์ของตำรวจ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ศูนย์ช่วยเหลือจิตเวชฉุกเฉิน หรือบุคคลที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ เพื่อขอความช่วยเหลือและควบคุมผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

- สอบถามแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางจิตเวชเกี่ยวกับเวลาที่จะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษามือถือฉุกเฉิน ตลอดจนเป็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยแก่แพทย์ พยาบาล ตำรวจ และผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องและเป็นจริง

- นอกจากนี้สิ่งที่ญาติไม่ควรกระทำ คือ การวิพากษ์-วิจารณ์ ได้เถียงผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่ดัง เพราะการแสดงออกดังกล่าวอาจทำให้เป็นการกระตุ้นเร้า

ผู้ป่วยให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น และหากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมเหมาะสมขึ้น ควรให้กำลังใจหรือกล่าวชมเชย

2) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สร้างความอับอายให้กับครอบครัว เช่น พุดคุยหัวเราะคนเดียว แต่งตัวไม่เหมาะสม หรือไม่สวมใส่เสื้อผ้าขณะเดินออกนอกบ้าน พุดเสียงดัง สุนัขหรือในที่ห้ามสุนัข เป็นต้น ญาติผู้ดูแลควรพูดเตือนแนะนำให้ผู้ป่วยหยุด หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ไม่แสดงท่าทีโกรธ หัวเราะขบขันผู้ป่วย แต่ควรที่จะเข้าใจในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้น พร้อมทั้งบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้นมีผลเสียอย่างไร และควรที่จะแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสมอย่างไร

4. การดูแลทั่วไป ญาติผู้ดูแลมีการจัดการหรือประสานงานให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาและฟื้นฟู

1) การช่วยเหลือด้านการเงิน ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และอาจรวมถึงค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันด้วย เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้

2) ประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น ติดต่อขอรับบริการทางสุขภาพ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ทางสังคม

3) สนับสนุนการประกอบอาชีพ เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ฝึกทักษะทางสังคมในการทำงานร่วมกับผู้อื่น และเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจ ไม่ให้คิดหมกมุ่นอยู่กับตนเองมากเกินไป โดยเริ่มจากงานที่ง่ายๆ เห็นผลชัดเจนในระยะสั้น แล้วจึงค่อยเพิ่มความซับซ้อนมากขึ้น เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท นอกจากนั้นยังเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ดูแลได้อีกทางหนึ่งด้วย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่างๆดังที่กล่าวมาแล้ว เพราะญาติผู้ดูแลต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้การดูแลอย่างมีส่วนร่วมนั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อป้องกันปัญหาหรือความยุ่งยากที่อาจจะเกิดขึ้นจากการให้การดูแล

2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความหมาย

ญาติผู้ดูแล (family caregiver, family caretaker, informal carer, informal providers or responders) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยอันเป็นบุคคลที่รัก ซึ่งมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีสภาพร่างกายหรือจิตใจอ่อนแอ (ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; National Family Caregivers Association, 2000a) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ดูแลซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้ให้การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) เป็นญาติสายตรงของผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็นบิดามารดา มากที่สุด หรือเป็นสมาชิกในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย เช่น เป็นคู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อน และเพื่อนบ้าน เป็นต้น (Gopinath & Chaturvedi, 1992 ; Marstyns - Yelow, 1992 ; Salleh, 1994)

ผู้ดูแลสามารถจำแนกออกได้ตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการใช้เวลาในการดูแล (Horowitz, 1985) ได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1. **ผู้ดูแลหลัก** (primary caregiver) หมายถึงผู้ที่มีหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) โดยผู้รับการดูแลเป็นบุคคลที่บกพร่องทางร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ที่อาจเกิดจากความพิการ ความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้ป่วย ความเปราะบางทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น หลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง ซึ่งมีผลทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลเฉพาะเจาะจงอย่างใกล้ชิด เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลช่วยแต่งตัว ป้อนอาหาร หรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักจึงต้องมีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น เพราะผู้ป่วยจิตเภทหากปราศจากความช่วยเหลือจากบุคคลดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยส่วนมากจะไม่สามารถเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดที่จะหลีกเลี่ยงจากการกระตุ้นสิ่งเร้าที่มากหรือน้อยเกินไปได้ จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่าครอบครัวจะค่อยๆ เรียนรู้ถึงวิธีที่ดีที่สุดที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย แต่ทั้งนี้ต้องอาศัยความอดทน ความเข้าใจและเห็นใจ และการเสียสละของญาติผู้ดูแลอย่างมาก เพราะการกระทำใดๆ ของผู้ป่วยนั้นญาติผู้ดูแลจะต้องจัดการแทนผู้ป่วยเกือบทุกอย่าง เช่น ดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือช่วยป้องกันมิให้ผู้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น แม้แต่ในบางครั้งหลังจากที่อาการรุนแรงผ่านไปแล้วก็ตาม ผู้ป่วยก็อาจยังไม่สามารถเข้าใจสิ่งต่างๆ หรือสามารถ

ดูแลตนเองได้ ญาติผู้ดูแลจะยังคงให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (indirect care) เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชน หรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า ผู้ดูแลหลัก

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแล

เมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอยู่ในบ้าน สมาชิกในครอบครัวจะต้องร่วมกันรับผิดชอบช่วยเหลือดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยนั้น และให้การช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงต้องมีผู้รับผิดชอบดูแลในระยะเวลายาวนาน และถือได้ว่าเป็นความจำเป็นที่ญาติผู้ดูแลต้องปฏิบัติ แต่มีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากที่ไม่ได้วางแผนหรือเตรียมความพร้อมมาก่อน เมื่อต้องมาเผชิญกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการเรื้อรังอันตรายและคาดเดาอาการไม่ได้ ในระยะ เวลาที่ยาวนาน ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิด เป็นเวลานานและต่อเนื่อง จึงพบว่าผู้ดูแลมีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, 2537 ; Minister of Supply and Services of Canada, 1991) ดังเช่นการศึกษาของเอื้ออารีย์ สาริกา (2543) ที่ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเวลาที่ยาวนานทำให้ปรากฏลักษณะความเครียดทางด้านร่างกายคือสุขภาพทรุดโทรม อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ และเช่นเดียวกับการศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) ที่ได้ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อย อ่อนเพลีย และได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้ายร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่รุนแรง และมีพลังกำลังมาก และเมื่อผู้ป่วยจิตเภทอาการกำเริบ ผู้ดูแลต้องจัดการให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงด้วยการติดต่อขอความช่วยเหลือจากญาติที่ใกล้ชิด หรือเพื่อนบ้านใกล้เคียง และต้องเฝ้าคอยควบคุมผู้ป่วยให้อยู่ในบริเวณบ้านไม่ให้ไปก่อความเดือดร้อนแก่เพื่อนบ้าน รวมทั้งต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด เพราะผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่ยอมช่วยงาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลายคนมีอาการเหนื่อยล้า ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (ทานตะวัน เข้มบุญ)

เรื่อง, 2540) นอกจากนี้จากการศึกษาของ กรีนเบิร์ก กรีนเลย์ แมคคี บราวน์ และกริฟฟิน (Greenberg, Greenley, McKee & Griffin – Francell, 1993) เรื่องผลของภาระเชิงอัตนัยต่อภาวะสุขภาพของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 90 รายพบว่าความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความรู้สึกกังวล (Worry) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพร่างกายของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ด้านอารมณ์และความรู้สึก พบว่ามีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลมากที่สุด คือร้อยละ 57 (Provencher, 1996) ญาติผู้ดูแลมีความเครียดกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยญาติผู้ดูแลรู้สึกไม่พอใจ วิตกกังวล หงุดหงิด หวาดกลัวอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Sethabouppha, 2002) ดังการศึกษาของเวทีนี สุขมากและคณะ (2544) เรื่องยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ พบว่าผู้ดูแลมีความเครียดสูงและวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น และมีความรู้สึกเสียขวัญ ตกใจกลัวจากการไม่สามารถคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นกับตนเองและกลัวเหตุการณ์จะร้ายแรง เมื่อผู้ป่วยมีความผิดปกติมาก ๆ กลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้ายตนเองและไปทำร้ายผู้อื่น และเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลมีอาการตื่นตัวอยู่เสมอ แต่เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยในระยะเวลายาวนานหลายปี เนื่องจากผู้ป่วยอาการไม่ทุเลาลง ไม่มีทางรักษาให้หายได้ ทำให้ญาติหมดแรงและสิ้นหวัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ถวิล นภาพงศ์สุริยา ยาใจ สิทธิมงคล พวงเพ็ญ เข็มปัญญารักษ์ และเพลิน เสี่ยงโชคอยู่ (2543) ในเรื่องพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง พบว่าญาติผู้ดูแลเบื่อหน่ายที่ต้องรับผิชอบและท้อแท้หมดหวังที่จะเห็นผู้ป่วยหายเป็นปกติ และจากการศึกษาของพล วงศ์สารโรจน์ และคณะ (2540) ในเรื่องเกี่ยวกับปัญหาอันเป็นผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางจิตใจมากที่สุดคือ กลัวว่าผู้ที่เป็นโรคจิตจะไม่หาย กังวลว่าจะไม่มีใครดูแลเมื่อผู้ดูแลตายไป และกังวลว่าชีวิตจะต้องผูกติดกับผู้ที่เป็นโรคจิตอยู่ตลอดไป จนเกิดความรู้สึกเป็นภาระการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาระเชิงนามธรรม (Subjective burden) ซึ่งหมายถึงการตอบสนองทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแล หรือความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Distress) ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมากกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่เป็นส่วนหนึ่งของความผาสุกด้านจิตใจ (Bulger et al., 1993; Greenberg et al., 1993; Ip & Mackenzie, 1998; Kuipers, 1993; Martens & Addington, 2001) การศึกษาของศรีสุตา วณาลีสิน ทิพย์ภา เศรษฐ์เชาวลิต พรหมณี อ่าวเจริญ และจิตต์ดา ไชยมงคล (2546) เรื่องปัญหาทางอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาทางอารมณ์ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นตราบาป คือเป็นห่วง สงสาร เพราะกลัวผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ร้อยละ 93.75) เครียด หงุดหงิด โกรธ และกดดันเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ (ร้อยละ 81.25) โกรธคนอื่นที่

ซบซิบนิทาเมื่อเวลาที่พาผู้ป่วยออกไปนอกบ้าน วิตกกังวลหรือกลัว เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย (ร้อยละ 75) และจะถูกรังเกียจจากสังคม ท้อแท้ อ่อนล้า เศร้า จากการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานติดต่อกัน (ร้อยละ 43.75) รู้สึกผิด โดยผู้ดูแลคิดว่าตนเป็นสาเหตุและทำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยทางจิต เนื่องจากเลี้ยงดูไม่ดี ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหา ไม่ได้ช่วยตัดสินใจ และไม่ได้พาผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชตั้งแต่เริ่มป่วย (ร้อยละ 37.5) รู้สึกเป็นตราบาป (ร้อยละ 6.25) เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตในปัจจุบันยังไม่ได้เป็นที่ยอมรับจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และคนในสังคมไม่เข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วย ทำให้ญาติรู้สึกอับอาย ไม่อยากให้คนอื่นรู้เมื่อมีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต

3. ด้านสังคม และเศรษฐกิจ การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อการทำงาน การบริหารเวลา และกิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแล (Berheim and Lehman, 1985) รู้สึกขาดความเป็นอิสระไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ ทำให้มีเวลาพบเพื่อนน้อยลง มีเวลาร่วมกับครอบครัวน้อยลง ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องเหินห่างไป การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยลง (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนเดิม เพราะผู้ป่วยจิตเภทมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ถูกทิ้งให้อยู่ลำพังนานไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาการวางตัวในสังคม (Loukissa, 1995) ผู้ดูแลรู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยจิตเภทแสดงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้ผู้ดูแลเก็บตัว หรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง นอกจากนั้นยังมีผลกระทบต่อบทบาทการทำหน้าที่ในครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ (Ip & Mackenzie, 1998) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานอย่างต่อเนื่อง เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่จำเป็นทั้งค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของตนเอง และของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงเป็นภาระหนัก และยุ่งยากสำหรับผู้ดูแลที่มีฐานะปานกลาง หรือต่ำ (รัชนีกร อุปเสน, 2541; เวทีนี้ สุขมาก และคณะ, 2544)

4. ด้านจิตวิญญาณ คือ สภาวะจิตใจส่วนลึกของบุคคล เป็นตัวควบคุมกายและอารมณ์ของบุคคลที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม โดยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความเชื่อ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีการตระหนักรู้ เข้าใจความเป็นจริงในชีวิตโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ไตร่ตรองอย่างลึกซึ้ง จากการพิจารณาตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งต่างๆ อย่างรู้เหตุ รู้ผล ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยความรู้เท่าถึงการณ์ โดยจิตวิญญาณที่มนุษย์แสดงออกมานั้นเป็นส่วนที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละบุคคล ในด้านความคิด ความรู้สึก การตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความหมายและเป้าหมายในชีวิต (ฉวีวรรณ ไพรวัลย์, 2540; Carson, 1989; Greasey et al., 2001) แต่ถ้าเป้าหมายหรือหลักการในการดำเนินชีวิตของบุคคลถูกบั่นทอน ย่อมส่งผลให้กระทบกระเทือนต่อความเป็นตัวตนของบุคคลนั้นๆ (ทัศนยา บุญทอง, 2534) ในด้านจิตวิญญาณจึง

พบว่าคนที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้การดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่เป็นไปตามความคาดหวังของตนเองความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง เวลาทำกิจกรรมที่ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลน้อยลง ส่งผลต่อเป้าหมาย และความหวังในชีวิตของตนเอง เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง โกรธ หรือโทษตนเอง ผู้อื่น และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ (Carpenito, 1997) ดังเช่นการศึกษาของกรองจิตต์ เมืองวุฒิ (2537) ที่ศึกษาวัฒนธรรมและค่านิยมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในภาคเหนือที่มีผลต่อการเลือกวิธีการบำบัด รักษา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุมาจากการถูกกระทำทางไสยศาสตร์ เวทมนต์หรือเป็นผลกรรมในแต่ปางก่อนทำให้เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ รู้สึกผิด ท้อแท้ หดหู่ ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาการช่วยเหลือทางจิตวิญญาณ เช่น การไปขอพระรذنน้ำมนต์ การไปให้หมอผีทำพิธีขับไล่ผี เช่นเดียวกับการศึกษาของเวทีนิ สุขมากและคณะ (2544) ที่ศึกษายุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเกิดจากการกระทำทางไสยศาสตร์ และไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาให้หายขาด ทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาการช่วยเหลือทางจิตวิญญาณ ผู้ดูแลบางรายปฏิเสธที่จะให้ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล เพื่อไปทำพิธีทางไสยศาสตร์ เมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นก็ไม่กล้าพาผู้ป่วยกลับมารักษาต่อ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วย

จากการที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในฐานะของผู้ดูแลเป็นระยะเวลานานทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณดังกล่าว ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับความบอบช้ำทางจิตใจอย่างที่ไม่ได้รับการเตรียมตัวมาก่อน ส่งผลให้รู้สึกวิตกกังวล ท้อแท้ เหนื่อยหน่าย สิ้นหวัง ซึมเศร้า กลัว อับอาย รู้สึกถูกทอดทิ้ง ทุกข์ทรมาน จนก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป ซึ่งคนในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทย่อมมีความยากลำบากในการจัดการกับความรู้สึกเป็นตราบาปนี้

3. ความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความหมาย

แนวคิดเกี่ยวกับตราบาปนี้ Goffman (1963) เป็นคนแรกที่ได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับตราบาปและได้อธิบายว่า ตราบาปในสมัยกรีก หมายถึง เครื่องหมายที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติของร่างกาย และความไม่ดีเกี่ยวกับการประพฤติผิดข้อบัญญัติของศาสนา โดยเครื่องหมายนั้นเป็นการประกาศว่าบุคคลผู้นั้นเป็นนักโทษ อาชญากร คนที่ทรยศต่อชาติบ้านเมือง เป็นบุคคลที่ไม่น่าคบหาสมาคม เป็นต้น ต่อมาในสมัยคริสตกาลใช้คำว่าตราบาปใน 2 ลักษณะ คือ 1) เป็นสิ่งที่แสดงถึงความน่ากลัวของร่างกายที่ปรากฏออกจากผิวหนัง หรือความผิดปกติของร่างกาย 2) ความผิดจาก

ความเชื่อทางศาสนา ในทุกวันนี้คำว่าตราบาปถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง ในลักษณะของความรู้สึกบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้อายขายหน้า การเสื่อมเสียชื่อเสียงมากกว่าลักษณะของความผิดปกติของร่างกาย (Falk, 2001; Stuart, 2005; World Health Organization, 2001) ตราบาปจึงเป็นรูปแบบหนึ่งของขั้นตอนทางสังคม ที่เป็นการได้พบเจอด้วยตนเอง หรือถูกคาดหมายไว้ล่วงหน้า แสดงให้เห็นถึงลักษณะการกีดกัน ปฏิเสธ คำหยาบ หรือเป็นการลดค่าที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ หรือการคาดการณล่วงหน้าที่เกี่ยวกับการตัดสินว่าบุคคลหรือกลุ่มนั้นเป็นที่ต่อต้านของสังคม (Weiss & Ramakrishna, 2004) ซึ่งการกล่าวอ้างถึงความหมายของตราบาปว่าเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม และเป็นอิทธิพลของสังคมในการสร้างความหมายนั้น เชื่อว่าบุคคลจะเป็นอย่างไรก็ตามมีสาเหตุมาจากสิ่งที่เขาได้เรียนรู้ในเรื่องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม จนเจริญเติบโตและพัฒนาလာมาเป็นเอกลักษณ์ของบุคคล ดังนั้นในบุคคลที่มีเอกลักษณ์ที่สังคมยอมรับก็จะเชื่อได้ว่าเป็นบุคคลปกติ แต่บุคคลที่ถูกมองกันว่ามีเอกลักษณ์ที่ผิดปกติไปจากที่สังคมยอมรับก็จะได้ชื่อว่าเป็นบุคคลที่มีตราบาป (Goffman, 1993) ทั้งนี้ได้มีการแบ่งชนิดของตราบาปไว้ดังต่อไปนี้

สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับตราบาป (Health – Related Stigma) (Weiss & Ramakrishna, 2004) เป็นความเจ็บป่วยที่นำไปสู่การกีดกัน การปฏิเสธ คำหยาบ หรือทำให้เกิดการด้อยค่า ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรค AIDS/HIV การเจ็บป่วยทางจิต เพศสัมพันธ์ที่ผิดปกติ โรคเรื้อนและโรคลมชัก ซึ่งการตัดสินทางด้านลบของสังคมในเรื่องสภาพของผู้ที่มีการเจ็บป่วยดังกล่าวทำให้เกิดความแตกต่างในด้านการปฏิบัติสำหรับสังคม และนโยบายสุขภาพ

ตราบาปของตนเอง (Self Stigma) เป็นการกล่าวถึงขั้นตอนซึ่งบุคคลได้มีทัศนคติทางลบต่อสภาพที่ได้รับ มีการตอบสนองต่อการปฏิเสธสภาพที่ได้รับ ด้วยการแสดงอารมณ์ที่พลุ่งพล่านในทางลบ เช่น โกรธ หึงหวง ไม่ไว้วางใจ รู้สึกผิด อับอาย ไม่มั่นใจ มีปมด้อย และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ปกปิดสภาพของความเป็นตราบาปจากบุคคลอื่น (Corrigan & Watson, 2001 ; Goffman, 1963)

ตราบาปด้วยความจำยอม (Courtesy Stigma) เป็นการกล่าวถึงตราบาปจากการที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นตราบาป ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และผู้ให้การรักษาทางด้านจิตเวช ผู้ที่มีตราบาปชนิดนี้ กล่าวได้ว่า “ปกติแต่แตกต่าง” ด้วยเหตุที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้ที่มีตราบาปติดตัว (Angermeyer, Schulze & Dietrich, 2003; Goffman, 1963) ซึ่งนักทฤษฎีกล่าวว่าความขาดแคลนเงินทุนเพื่อการบริการทางจิตเวชและการวิจัย เป็นตราบาปด้วยความจำยอมที่เกี่ยวข้องอย่างเด่นชัดในระดับนโยบายของประเทศ (Ashcroft, 2007)

ตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทมีคุณลักษณะที่บ่งบอกถึงการเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ไม่น่าคบหา มีรอยมลทินค้างพร้อย มีปมด้อย หรืออ่อนแอ มีรอยบาป หรือประพาศติผิด เป็นบุคคลที่เลวร้ายอันตราย คุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์เหล่านี้ และที่สำคัญเมื่อการติตราและพฤติกรรมที่

เบี่ยงเบนของผู้ป่วยจิตเภทเข้ามาอยู่ด้วยกัน ผลปรากฏว่าผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นคนที่มีตราบาปติดตัวแม้เขาจะไม่มีอาการปรากฏให้เห็น (Link et al., 1987) ส่งผลให้บุคคลและครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม เพราะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีตราบาปด้วยความจำยอม (Courtesy Stigma) เป็นตราบาปที่มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นบุคคลที่มีตราบาปติดตัว (Goffman, 1963; Phelan, Bromet & Link, 1988; Phillips, Pearson & Li et al., 2002; Struening, Perlick & Link et al., 2001; Thara & Srinivasan, 2000) ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบนหรือพฤติกรรมที่เป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการถูกตีตราจากสังคมในเรื่องการรับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการกับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนของผู้ป่วยจิตเภท ย่อมทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกทุกข์ทรมานต่อความรู้สึกเป็นตราบาป ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการรับรู้ปฏิบัติการแสดงออกถึงความรู้สึก ทศนคติ และพฤติกรรมการแสดงออกของผู้คนในชุมชนและสังคมที่ผู้ป่วยจิตเภทและญาติของผู้ป่วยได้รับ (Rooney, O' Neil, Bakshi & Tan – Quigley, 1997) ปฏิกริยาการแสดงออกของการไม่ยอมรับ เช่น แสดงความรังเกียจ คำหยาบ ด่าทอ ดุเดือด ทั้งผู้ป่วยและญาติที่ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกอับอาย กลัว รู้สึกผิด เสียขวัญที่มีผู้ป่วยอยู่ในครอบครัว (สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548; Moorman, 1988) เปรียบเสมือนบ้านที่มีผู้ป่วยอาศัยอยู่เป็นสถานที่อันตราย (Torrey, 1988) โดยความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพัฒนามาจากการประเมินตนเองในทางลบ การแสดงอารมณ์ที่พลุ่งพล่านในทางลบ เช่น โกรธ และสิ้นหวัง และปกปิดสภาพของความเป็นตราบาปจากบุคคลอื่น (Corrigan & Watson, 2002) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจ (Bambauer & Prigerson, 2006; Fife & Wright, 2000; Mak et al, 2007) ซึ่งเป็นตราบาปที่เกิดขึ้นภายในญาติผู้ดูแล (Self Stigma) ที่หมายถึงความรู้สึกภายในตนเอง (internalized feeling) คือ รู้สึกผิด อับอาย กลัว โกรธ มีความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ไม่ไว้วางใจคนอื่น และรู้สึกอยากปิดบังซ่อนเร้น (Goffman, 1963 ; Stuart & Sartorius, 2005) นอกจากนี้ความรู้สึกเป็นตราบาปยังหมายถึงทัศนคติทางลบ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง หรือมีอคติ (Prejudice) ต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นอคติ หรือทัศนคติทางลบที่มีมาตั้งแต่ดั้งเดิมจนถึงปัจจุบัน (Negative Stereotype) (Corrigan & Penn, 1999) ที่ได้รับการเรียนรู้มาจากคนในสังคม ที่แสดงออกมาในความรู้สึกรังเกียจเดียดฉันท์ซึ่งเป็นปฏิกริยาการแสดงออกของการมีอคตินั้นเอง (Corrigan & Watson, 2002)

ดังนั้นความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากตราบาปภายในญาติผู้ดูแล (Self Stigma) เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นภายในญาติผู้ดูแลจากการเกิดมาร่วมครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท (Courtesy Stigma) และมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับทัศนคติทางลบที่เป็นทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง หรืออคติของคนในสังคมที่มีต่อ

ผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดความรู้สึกภายในตนเอง(internalized feeling) ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือความรู้สึกอับอาย รู้สึกถูกรังเกียจ หรือถูกกีดกันจากสังคม รู้สึกเป็นปมด้อยไม่มั่นใจในการติดต่อกับบุคคลอื่น รู้สึกกลัว รู้สึกวิตกกังวล รู้สึกผิดและตำหนิตนเองที่ดูแลผู้ป่วยไม่ดี รู้สึกโกรธเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ไม่ไว้วางใจคนอื่น และรู้สึกอยากปิดบังซ่อนเร้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นตราบาป

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำมาสรุปเป็นปัจจัยได้ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1) เพศ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศหญิงมีความรู้สึกเป็นตราบาปมากกว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งญาติผู้ดูแลที่เป็นแม่ หรือเป็นภรรยา ได้รับผลกระทบจากความรู้สึกเป็นตราบาปที่ส่งผลเสียต่ออารมณ์ และการใช้ชีวิตในสังคม (Sartorius et al., 2004) เช่นเดียวกับการศึกษาของฟิลิปส์ และคณะ(Phillips, Pearson Li, Xu & Yang, 2002) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศหญิงมีความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกรังเกียจเคียดจันท์ มากกว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นพ่อหรือสามี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของซาร์โตเรียส (Sartorius, 2004) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทเพศหญิงมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าเพศชาย มีหลายการศึกษานี้ที่พบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีการเจ็บป่วยทางกายร่วมกับความรู้สึกทางลบมากกว่า เพศชาย เพราะมีความบีบคั้นทางอารมณ์มากกว่า รู้สึกเสียขวัญมาก และมีความรู้สึกเป็นตราบาปมากกว่า

2) ระดับการศึกษา ระดับการศึกษามีผลต่อความรู้สึกเป็นตราบาป เนื่องจากญาติผู้ดูแลที่มีการระดับการศึกษาสูงมีความไวต่อความรู้สึกเป็นตราบาป และรู้สึกเสียสถานภาพทางสังคม อาจทำให้รู้สึกขาดความอดทนต่อสมาชิกครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยทางจิต (Corrigan & Miller, 2004 ; Phillips, Pearson Li, Xu & Yang, 2002) ดังเช่นการศึกษาของฟิลิปส์ และคณะ(Phillips, Pearson Li, Xu & Yang, 2002) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของระดับการศึกษากับความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 952 คน พบว่าระดับการศึกษาสูง มีความสัมพันธ์กับผลกระทบจากความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กล่าวคือญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงมีความรู้สึกเป็นตราบาปสูงมากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของฟีแลนและคณะ (Phelan, Bromet & Link, 1998) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นตราบาปอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพยายามหลีกเลี่ยง (ร้อยละ 21.6) และปกปิดว่ามีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว (ร้อยละ 50)

3) ความเชื่อและความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท ความเชื่อและความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาจเป็นสาเหตุของความรู้สึกเป็นตราบาป เนื่องจากการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวถือได้ว่าเป็นมลทินในตระกูล (Kung, 2003; Pearson, 1993) และเป็นเมล็ดพันธุ์แห่งความเลวร้าย (Sue & Morishima, 1982) ดังนั้นการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยทางจิต (Lee, 1986) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องปกปิดว่ามีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวเพราะถือว่าเป็นความลับที่น่าอับอายของครอบครัว (Kung, 2003) มีการศึกษาหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวจำเป็นต้องปกปิดว่ามีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว ดังเช่นการศึกษาของฟีแลนและคณะ (Phelan et al, 1998) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวจำนวน 156 คน จำเป็นต้องปกปิดความจริงว่ามีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว เพราะไม่สามารถอธิบายสาเหตุแห่งความเจ็บป่วยให้คนอื่นได้รับทราบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของทาราและและศรีนิวาสน์ (Thara & Srinivasan, 2000) ที่สำรวจเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคจิตเภทในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 159 คน พบว่าส่วนใหญ่ของญาติผู้ดูแล ร้อยละ 56.35 ไม่ทราบสาเหตุของโรคจิตเภท เพราะไม่สามารถอธิบายสาเหตุแห่งความเจ็บป่วยทางจิตให้คนอื่นได้รับทราบได้ และจากการศึกษาของกอนซาเรสทอเรสและคณะ (González-Torres et al, 2007) ที่ศึกษาตราบาปและความรู้สึกรังเกียจเคียดแค้นที่ในญาติผู้ดูแลจำนวน 26 คน พบว่าญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องปกปิดเพราะรู้สึกถึงความรังเกียจเคียดแค้นของคนในสังคม และรู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว

นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวเป็นการลงโทษบรรพบุรุษและสมาชิกในครอบครัวที่เคยกระทำผิดในอดีต เป็นกรรมเก่า เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ (Lauber & Rossler, 2007 ; Yang, 2007; Yip, 2003) และการพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเภททำให้ติดโรคได้ เพราะเชื่อว่าการแพร่กระจายของโรคในครอบครัว ซึ่งทัศนคติของสังคมที่ได้ตำหนิครอบครัวเป็นไปในรูปแบบของการเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่เป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดโรคจิต (Corrigan & Watson, 2007; Rooney et al., 1997) ความเชื่อเหล่านี้นำไปสู่ความรู้สึกรังเกียจเคียดแค้นของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อตนเอง และผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสดงออกของความรู้สึกเป็นตราบาปที่เป็นความอับอาย หรือความรู้สึกถึงการถูกตำหนิในญาติผู้ดูแลที่นำไปสู่การแสดงออกด้วยการหลีกเลี่ยงที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภท แสดงความรู้สึกโกรธผู้ป่วยจิตเภทบ่อยครั้ง หยุดให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท และบังคับให้ทางสถานบำบัดรักษาต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาบ่อยครั้ง (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003; Corrigan, & Miller,

2004) เช่นเดียวกับการศึกษาของวัตสันและคอร์ริแกน (Watson & Corrigan, 2000) พบว่ามีความเชื่อที่ผิด 8 ข้อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรับผิดชอบเป็นตราบาป คือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถก้าวผ่านความเจ็บป่วยได้ 2) ผู้ป่วยทางจิตแตกต่างจากคนอื่น เพราะมีการสื่อสารที่แตกต่างจากคนอื่นไม่สามารถพูดให้ผู้อื่นเข้าใจได้ 3) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตรุนแรง ถึงแม้จะมีจำนวนเล็กน้อยแต่เทียบเท่ากับผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 4) ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตเป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง และมีอาการรุนแรงสามารถฆ่าผู้อื่นได้ 5) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตไม่ควรจะออกมาอยู่นอกโรงพยาบาลจิตเวช เพราะผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตไม่สามารถมีชีวิตรอดอยู่นอกโรงพยาบาลจิตเวชได้ 6) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตไม่สามารถรักษาหายได้ 7) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตไม่มีความสามารถที่จะทำงานใดๆ ได้ ยกเว้นงานที่อยู่ในระดับง่ายที่สุด 8) พ่อแม่ที่ไม่ดีและการเลี้ยงดูที่ไม่ดีเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต

4) การอาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ดูแลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภทย่อมมีความรู้สึกรับผิดชอบมากกว่าผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากต้องรับรู้และรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผิดปกติ และสร้างความอับอายให้แก่คนในครอบครัวตลอดเวลา เช่น ผู้ป่วยถอดเสื้อผ้าในที่สาธารณะ พูดและบ่นคนเดียว หรือหัวเราะคนเดียว (Kales, Blow, Bingham et al., 2000; Guarnaccia & Parra, 1996) จึงมีงานวิจัยกล่าวว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นพ่อแม่ที่อาศัยอยู่กับลูกที่เจ็บป่วยทางจิตพยายามหลีกเลี่ยงที่จะพูดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของลูก (Phelan et al., 1998; Oestman & Kjellin, 2002)

5) ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด การมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภททำให้ญาติผู้ดูแลมักจะถูกตำหนิในเรื่องการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Corrigan, Watson & Miller, 2006) ดังเช่นในการศึกษาของกรีนเบิร์กและคณะ (Greenberg, Kim & Greenley, 1997) ที่ศึกษาในญาติพี่น้องจำนวน 164 คน พบว่าญาติพี่น้องเกิดความรู้สึกรับผิดชอบเนื่องจากถูกตำหนิจากคนในสังคมในเรื่องขาดการดูแลให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตให้ได้รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบจึงเป็นความผิดของญาติพี่น้อง นอกจากนี้พบว่าผู้ที่เป็นพ่อแม่มีความรู้สึกรับผิดชอบมากกว่าพี่น้อง (Tennakoon et al., 2000) โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนใหญ่ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือแม่ แม่ต้องพบกับความรู้สึกรับผิดชอบเนื่องมาจากการถูกคนในสังคมตำหนิว่าไม่มีความสามารถในการเลี้ยงดู ส่งผลให้ลูกมีปัญหาทางด้านจิตใจจนพัฒนาการมาเป็น การเจ็บป่วยทางจิต (Corrigan, Watson & Miller, 2006) นอกจากนี้ผู้ที่เป็นพ่อแม่ย่อมมีความเป็นห่วง วิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยจิตเภทว่าผู้ป่วยจิตเภทจะอยู่ได้อย่างไรหรืออยู่กับใครถ้าตนเองตายไปแล้ว หรือรู้สึกผิดจากการที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นย่อมรู้สึกทุกข์ทรมานจากความรู้สึกรับผิดชอบมาก (Gonzalez-Torres,

Oraa , Aristegui, Ferná ndez-Rivas& Guimon, 2007; Kung, 2003 ;Tennakoon et al., 2000) สำหรับในคู่สมรสที่เป็นภรรยาที่มีความลำบากใจในการบอกว่ามีคู่สมรสที่เจ็บป่วยทางจิต ซึ่งอาจจะทำให้การรักษาแน่นตำซ้ำเพราะกลัวในเรื่องเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาป (Wahl & Harman, 1989) หรือการสมรสนั้นมีการขยายเครือข่ายของสังคมออกไปจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความเป็นไปได้ว่าเพื่อนๆ ของสมาชิกครอบครัวเหล่านี้ รู้ว่ามีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว (Angermeyer et al., 1987)

6) การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงแบบแผนการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภทได้ (Kavanagh, 1992) ความรู้สึกเป็นตราบาป ที่เป็นดังเช่นทัศนคติทางสังคมที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกครอบครัว อาจจะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ก่อให้เกิดความเครียดในระบบครอบครัว และด้วยเหตุนี้จึงสามารถเพิ่มระดับของการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (Greenley, 1986) ดังนั้นในการศึกษาของฟิลิปส์ และคณะ(Phillips, Pearson Li, Xu & Yang, 2002) จึงพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมากระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์สูงและความรู้สึกเป็นตราบาปทั้งผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

7) ความรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งเป็นตราบาปทางสังคม กล่าวได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกเป็นภาระเชิงนามธรรม (Greenberg et al., 1993; Link & Cullen, 1990; Martens & Addington, 2001) ซึ่งความรู้สึกเป็นภาระมีผลมาจากปฏิกริยาระหว่างความอ่อนแอและความเครียดที่เป็นพื้นอารมณ์ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตสังคม(Vitaliano, Russo, Young & et al, 1991) โดยความรู้สึกเป็นภาระแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือภาระเชิงรูปธรรม (Objective burden) และภาระเชิงนามธรรม (Subjective burden) ทั้งนี้ภาระเชิงรูปธรรมระบุได้ว่าเป็นการกระทำของญาติผู้ดูแลที่ต้องจัดการกับอาการทางด้านลบ หรือการจัดการกับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากของผู้ป่วยส่งผลให้ญาติผู้ดูแลประสบกับความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมในสังคมและเวลาว่าง การถูกแยกออกจากสังคม และความยากลำบากทางด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกอับอาย และตำหนิตนเอง (Corrigan & Miller, 2004; Martens & Addington, 2001) ในขณะที่ความรู้สึกเป็นภาระเชิงนามธรรมประกอบด้วยความบีบคั้นทางอารมณ์ที่มีต่อญาติผู้ดูแล เช่น ความกลัว ความเศร้า ความโกรธ รู้สึกผิด รู้สึกสูญเสีย ความรู้สึกเป็นตราบาป และการถูกปฏิเสธ (Greenberg, Greenly , McKean, Brown & Griffin-Francel, 1993; Tsang, Tam, Chan & Cheung, 2003a) จากการศึกษาของมาร์ธิน และแอดดิงตัน (Martens & Addington, 2001) ที่ศึกษาเรื่องความสุขทางด้านจิตใจ (Psychological General Well -

being) ของญาติผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 41 คน พบว่าความรู้สึกเป็นตราบาปมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมากกับความสุขทางด้านจิตใจ หมายความว่าความรู้สึกเป็นตราบาปมากทำให้ความสุขทางด้านจิตใจลดลง และความรู้สึกเป็นตราบาปเป็นตัวทำนายความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ และจากการศึกษาของมากานาและคณะ (Magaña, Ramírez García, Hernández, & Cortez, 2007) เรื่องความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความรู้สึกเป็นตราบาปจากการที่ต้องมามีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกเป็นภาระ มีความสัมพันธ์กับความคิดที่ซึมเศร้า และสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีมากขึ้นสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่แย่ลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วาล์และฮาร์แมน (Wahl & Harman, 1989) ที่พบว่าความรู้สึกเป็นตราบาปส่งผลไม่ดีต่อสุขภาพร่างกายและความเชื่อมั่นในตนเองของญาติผู้ดูแลที่ต้องมารับภาระดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ปัจจัยทางด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1) พฤติกรรมที่เป็นอาการทางจิต ที่เป็นกลุ่มอาการทางบวกรุนแรงและมีอาการหลายอย่าง เช่น หูแว่ว ภาพหลอน ก้าวร้าว ส่งผลอย่างมากมาต่อสมาชิกครอบครัว เพราะสามารถก่อให้เกิดอันตรายได้ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ครอบครัว และสังคม (Chang & Horrock, 2006; Gove, 1982 ; Link & Cullen 1990) จากการศึกษาของยูซุฟ นูฮู และอากินบียิ (Yusuf, Nuhu & Akinbiyi, 2009) โดยศึกษาจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 129 ราย พบว่าความรู้สึกเป็นตราบาปและพฤติกรรมด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กัน โดยญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นตราบาปมากเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมทางด้านลบ ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวและข่มขู่ และพฤติกรรมที่สร้างความรำคาญ อาจส่งผลให้เกิดการหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของฟิลลิปส์และคณะ (Phillips, Pearson Li, Xu & Yang, 2002) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีกลุ่มอาการทางบวกรุนแรง มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นตราบาป และการรับรู้ความรู้สึกรังเกียจเคียดแค้นของคนในสังคมของญาติผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อไม่สามารถควบคุมดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในความสงบได้ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลถูกกำหนดให้เป็นคนผิดและถูกแบ่งแยกกีดกันออกจากสังคม (Angermeyer, Schulz & Dietrich, 2003 ; Torres, Oraa, Aristegui, Fernandez – Rivas & Guimon, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของสทรูเอนนิงและคณะ (Struening et al., 2001) ที่พบว่า 70% ของญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าลักษณะของการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง ซึ่งการลดลงของคุณค่าความเป็นมนุษย์นี้สามารถแพร่กระจายมาที่ญาติผู้ดูแลได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปในตนเอง (Self-Stigma) ส่งผลประเมินตนเองในด้านลบ ทำให้มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์

ความรู้สึกในทางที่ไม่ดีเช่น โกรธและสิ้นหวัง พร้อมกับมีพฤติกรรมที่แยกตนเองและปกปิดความรู้สึกเป็นตราบาปนี้จากคนอื่นๆ (Corigan & Watson, 2002 ; Phelan et al., 1998)

2) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดในช่วงอายุวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพราะญาติผู้ดูแลต้องมีหน้าที่ช่วยเหลือทางด้านพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจ หรือการทำหน้าที่ทางด้านสังคม ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะเวลาที่ยาวนาน (Phillips, Pearson, Li, Xu & Yang, 2002 ; Thara & Srinivasan, 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาของของฟิลิปส์ และคณะ(Phillips, Pearson Li, Xu & Yang, 2002) ที่พบว่า การเจ็บป่วยที่ยาวนานของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกรังเกียจจากคนในสังคมของญาติผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพราะสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลต้องพบกับความยากลำบากในการรักษาความลับของครอบครัว จากการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว จนสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลรู้สึกกลัวความลับในครอบครัวจะถูกเปิดเผย ทำให้กลายเป็นคนระมัดระวังตัวอย่างมากเมื่อเข้าไปอยู่ในสังคม ส่งผลเสียต่อการใช้ชีวิตในสังคม (Phillips, Pearson Li, Xu & Yang, 2002)

สรุปว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นตราบาปคือลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและลักษณะของการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 1) ญาติผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง 2) ญาติผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง 3) ความเชื่อและความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท 4) ญาติผู้ดูแลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภท 5) การมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภท 6) การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับลักษณะของการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ พฤติกรรมที่เป็นอาการทางจิต และระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิต

ผลกระทบจากความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลกระทบจากตราบาปที่เกิดจากความจำยอมเพราะต้องเกิดมาอยู่ร่วมในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทและต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Courtesy stigma or stigma by association) ก่อให้เกิดความกลัว ความสูญเสีย ความมั่นใจของครอบครัวที่ลดลง ความอับอาย การปกปิด ความไม่น่าเชื่อถือ การไม่สามารถเผชิญปัญหา การหมดหวัง และการขาดความช่วยเหลือ (Gullekson, 1992) ทั้งนี้ทอร์เรย์ (Torrey, 1988) ได้สรุปถึงแหล่งของตราบาปทางสังคมที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทว่ามี 3 แหล่งใหญ่ๆ คือ 1) ความกลัวผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งในบ้านที่มีผู้ป่วยอยู่ด้วยเป็นเหมือนสถานที่อันตรายจากตัวผู้ป่วย หรือจากลักษณะที่ก้าวร้าว 2) การดำเนินสมาชิกครอบครัวและถือว่าพวกเขาต้องรับผิดชอบในเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย 3) ความอับอายของสมาชิกในครอบครัวที่มาจากคนในสังคม ในเรื่องเกี่ยวกับความเบี่ยงเบนของผู้ป่วย

จากตรรกะที่เกิดขึ้นจากความจำยอมเพราะต้องเกิดมาอยู่ร่วมในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท และต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นตรรกะปอดได้เป็น 4 มิติ คือ

1) มิติด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) หมายถึง ตรรกะและการแบ่งแยก การรังเกียจเคียดแค้น ในมิติด้านนี้ที่เป็นปัญหาของสัมพันธภาพทางสังคม แบ่งออกได้เป็น 4 เรื่องคือ

(1) การติดต่อกับผู้รักษา (Contact with health professionals) ซึ่งญาติผู้ดูแลได้พบกับความรู้สึกเป็นตรรกะจากผู้รักษาด้วยการขาดความสนใจ การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท การแยกญาติผู้ดูแลออกจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย ใช้ศัพท์เฉพาะในวงการแพทย์เพื่อตัดญาติออกไปจากการติดต่อ ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองด้อยค่าลงเมื่อเข้าไปอยู่ในสังคม ดังเช่นการศึกษาของสตรูเอนิ่ง และคณะ (Struening et al., 2001) ได้ตรวจสอบการรับรู้ของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการลดค่าของผู้ป่วยและครอบครัว โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มญาติผู้ป่วยโรคอารมณ์ 2 ขั้ว (Bipolar disorder) และโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (Schizoaffective disorder) พบว่า 43 % ของญาติผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มรู้สึกเหมือนว่าตัวเองถูกทำให้ลดค่าลง

(2) การตัดและแยกออกจากสังคม (Social exclusion and withdrawal) โดยคนในสังคมแสดงความไม่สนใจว่าญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทยังคงอยู่ในสังคม ด้วยการสอดรู้สอดเห็น หัวเราะเยาะ และกระชับกระชาบ วิพากษ์วิจารณ์ไปในทางเสียหายอย่างมีอคติ หรือวิพากษ์วิจารณ์ว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ ไม่น่าคบหา บิดามารดาของผู้ป่วย บุตรของผู้ป่วย หรือคู่สมรสของผู้ป่วยอาจจะถูกล้อเล่นหรือกล่าวร้าย และถูกปฏิเสธจากเพื่อนๆ ของพวกเขา ทำให้ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทต้องปกปิดความเจ็บป่วยทางจิตนี้ไว้จากเพื่อนบ้าน เพื่อนคนอื่นๆ และญาติคนอื่นๆ ดังเช่นการศึกษาของฟีแลน และคณะ (Phelan et al., 1998) ที่ได้ทดสอบการรับรู้และปฏิกิริยาเกี่ยวกับตรรกะในผู้ปกครองและคู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการรุนแรง พบว่า 50% ของกลุ่มตัวอย่างมีการปกปิดการต้องไปอยู่โรงพยาบาลจิตเวชของผู้ป่วยและไม่ต้องการให้ผู้อื่นรู้ว่ามีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท

(3) การกำหนดให้เป็นคนผิด (Assignment of guilt) โดยเฉพาะอย่างยิ่งแม่ที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกผิดนี้ และรู้สึกเจ็บปวดเมื่อได้ยินข้อความว่า “คุณคือสาเหตุของความเจ็บป่วย” “มันเป็นความผิดของพวกคุณ” ดังเช่นการศึกษาของ แองเกอร์เมเยอร์

และคณะ (Angermeyer et al., 1997) ที่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เป็นภาระของญาติผู้ป่วยโรคจิต Bipolar disorder หรือ depression ในประเทศเยอรมัน พบว่า 30% ของญาติผู้ถูกสัมภาษณ์กล่าวว่าได้รับประสบการณ์ของการรังเกียจเหยียดฉันท์ (อคติ) ที่มักจะมีการอ้างอิงไปถึงการแยกออกจากสังคม การถูกบอกว่าเป็นคนผิด การสบประมาท และปฏิกิริยาทางลบ

(4) คนในสังคมรู้สึกไม่ปลอดภัย (Insecurity, lack of knowledge, and fear) เนื่องจากขาดความรู้และกลัวว่าจะติดโรคจากผู้ป่วยจิตเภท กลัวที่จะต้องเจอกับพฤติกรรมก้าวร้าว โดยสังคมมองว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยทางจิตที่มีพฤติกรรมแสดงออกถึงความรุนแรง ความก้าวร้าวเนื่องจากมีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดเป็นโรคเรื้อรัง มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ซึ่งลักษณะเช่นนี้จึงถูกสังคมมองว่าเป็นบุคคลที่มีอันตราย และน่ากลัว คนส่วนใหญ่ในสังคมจึงหลีกเลี่ยงให้ห่างจากผู้ป่วยจิตเภท (Link & Phelan, 2001) เพราะถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่โรงพยาบาลจิตเวชอาจจะดูว่าปกติดี แต่ก็ควรจำไว้ว่าผู้ป่วยอาจจะอันตรายต่อคนในสังคมได้ (Struening, Moore & Link, 1992)

2) มิติทางการแบ่งแยก (Structural discrimination) หรือความรู้สึกรังเกียจเหยียดฉันท์จากโครงสร้างทางสังคม นโยบายรัฐบาล และกฎหมาย ทำให้ญาติผู้ดูแลได้พบกับความด้อยคุณภาพในบริการทางด้านการดูแลทางด้านสุขภาพจิต บ่อยครั้งที่ญาติผู้ดูแลรู้สึกถูก “โดดเดี่ยว” จากระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขาดศูนย์กลางการสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอในส่วนของผู้ให้การรักษา ขาดการประสานงาน และไม่มีการจัดสรรงานที่ชัดเจนเกี่ยวกับความรับผิดชอบงานการดูแลทางด้านสุขภาพจิต ขณะเดียวกันญาติผู้ดูแลยังไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในส่วนของผู้รักษาเนื่องจากเป็นความลับทางการแพทย์ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังขาดการสนับสนุนจากรัฐบาลหรือหลักประกันทางสุขภาพ ซึ่งถือได้ว่าเป็นอคติหรือการรังเกียจเหยียดฉันท์อีกรูปแบบหนึ่ง เพราะญาติผู้ดูแลต้องอดทนกับค่าใช้จ่ายที่แพงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งญาติผู้ดูแลยังขาดการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต หรือขาดการช่วยเหลือสนับสนุนจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

3) มิติทางจินตนาการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตของคนทั่วไป (Public images of mental illness) ถูกครอบงำจากสื่อที่มีการนำเสนอผู้ป่วยทางจิตไปในด้านลบ โดยมักจะเสนอข่าวในแง่ของพฤติกรรมที่รุนแรงและอันตราย เช่น ฆาตกรรม ข่มขืน หรือความรุนแรงภายในครอบครัว ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเจ็บปวดร่วมไปกับผู้ป่วยด้วย ในขณะที่หากญาติได้รับอันตรายจากการดูแลผู้ป่วย ญาติก็จะรู้สึกกลัว และคิดว่าผู้ป่วยน่าจะอยู่ที่โรงพยาบาลตลอดไป เนื่องจากโรคจิตเภทมีการคาดเดายาก ไม่ทราบว่าจะเกิดอาการกำเริบจนเป็นอันตรายต่อญาติได้เมื่อไหร่ เพราะฉะนั้นจึงมีญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางรายที่จำกัดความรู้สึกที่แสดงออกถึงตรากตรำด้วยการปล่อยให้ผู้ป่วย

จิตเภทอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ไม่มารับผู้ป่วยกลับบ้าน หรือปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตลอดชีวิต (Jacoby, 1994; Malcolm et al., 1998; Scrambler, 1998; Scrambler & Hopkins, 1986)

4) มิติทางการดำรงบทบาทในสังคม (Access to social roles) ครอบครัวยุคใหม่ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องพบกับความยากลำบากในการทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากเพื่อนร่วมงานไม่เข้าใจถึงการที่ญาติผู้ดูแลทำงานไม่ได้เต็มที่ เพราะต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วย ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถกลายเป็นส่วนหนึ่งของที่ทำงานได้อีกต่อไป นอกจากนี้ยังทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาในการอาศัยอยู่ร่วมกับเพื่อนบ้าน

ดังนั้นผลของความรู้สึกเป็นตราบาปที่เป็นประสบการณ์อันเลวร้ายต่อครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทคือ 1) ทำให้เกิดการแบ่งแยกทางสังคม 2) จำกัดเรื่องโอกาสในการจ้างงานและความผ่อนคลายทางจิตใจ 3) ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจไม่กล้าหรือไม่อยากไปพบผู้ให้ช่วยเหลือ 4) เป็นการส่งเสริมทำให้เกิดหรือคงไว้ซึ่งวิธีการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้อง (Pseudo-Psychiatric mythology) 5) มีผลกระทบทางลบโดยตรงทั้งกับครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของชาติที่ต้องสูญเสียไปกับการรักษา หรือแก้ไขปัญหที่ปลายเหตุ และจากสภาพปัญหาในปัจจุบันที่มีความไม่เข้าใจในปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชทำให้ภาพของผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ ได้รับผลกระทบทางลบ ถูกกีดกัน แบ่งแยกและทำให้รู้สึกน่ารังเกียจในสายตาของสื่อสารมวลชนที่น่าเสนอภาพเหล่านี้ต่อสาธารณะซ้ำแล้วซ้ำอีก ก่อให้เกิดผลเสียหายในภาพรวมของเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างยิ่ง (ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน, 2549)

สรุปได้ว่าความรู้สึกเป็นตราบาปเกิดขึ้นเมื่อมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว สังคมมองผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ เป็นอันตราย เป็นโรคที่รักษาไม่หาย น่ารังเกียจ มีอาการกำเริบที่คาดเดายาก คนในสังคมจึงกลัว หลีกหนี ไม่ต้องการคบค้าสมาคม และตำหนิเหยียดหยาม ล้อเลียนหัวเราะเยาะ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยรู้สึกอับอาย รู้สึกผิด มีปมด้อย สับสนไม่รู้ว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร จึงไม่สนใจดูแลหรือปกป้องผู้ป่วย และไม่ให้การช่วยเหลือเท่าที่ควร เมื่อญาติผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวโกรธผู้ป่วย จะแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น ตำหนิคำทอ ทำร้ายร่างกาย กักขัง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยจิตเภท แย่ลง ผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดมากขึ้น วิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ แยกตนเอง มีความคิดฆ่าตัวตาย ประกอบกับยังคงขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากสมาชิกครอบครัว จึงเกิดการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกำเริบซ้ำขึ้นอีก เป็นวัฏจักรที่ดำเนินต่อไปโดยไม่ได้รับการแก้ไข และการที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวรับรู้ว่าการป่วยด้วยโรคทางจิต เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เป็นอันตราย ก่อความเคียดแค้นให้คนในสังคม และเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ก่อความเคียดแค้นให้สังคม นำความเสื่อมเสียชื่อเสียงมาสู่ผู้ป่วยและครอบครัว จึงเป็นเหมือนตราบาปที่ติดตัวไปตลอดชีวิต (Angermayer,

Schulze & Dietrich, 2003; จันทน์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545; ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546) ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต้องทนทุกข์ทรมานกับอคติที่เกิดจากความรู้สึกเป็นตราบาปที่แพร่จากผู้ป่วยจิตเภทไปสู่ครอบครัว ตราบาปที่เกิดจากอาการทางจิตนี้จึงเป็นเหมือนกับโรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นกับทุกคนในครอบครัว (Corrigan & Penn, 1999; Link & Cullen, 1990) ซึ่งในวัฒนธรรมตะวันตกมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนนี้สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลพยายามปกปิดการเจ็บป่วยทางจิตของคนในครอบครัว (Chang & Horrock, 2006) คำตำหนิที่เกิดจากสังคมกลายเป็นสิ่งที่ประสานกันกับความเศร้าในญาติผู้ดูแล ก่อให้เกิดความรู้สึกงุนงง สับสนมาก กลัว ปฏิเสธ โทษตนเอง เศร้า และทุกข์ทรมาน (Lefley, 1987) ดังเช่นการศึกษาของออสแมนและเคจิลลิน (Ostman & Kjellin, 2002) เรื่องตราบาปของญาติผู้ป่วยจิตเภทที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านจิตใจ พบว่ามีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจในระดับสูงในหมู่ญาติของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตรุนแรงและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และญาติของผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวนี้มีปัญหาทางด้านจิตใจเกี่ยวกับตราบาป มักจะคิดว่าผู้ป่วยน่าจะตาย และตัวญาติเองมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจเกี่ยวกับตราบาปนั้นประกอบ ด้วยความรู้สึกอาย รู้สึกผิด โกรธ และไม่เชื่อถือในคนอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต (Villares & Sartorius, 2003) เช่นเดียวกับการศึกษาของเพ็ญภา แดงค้อมยุทธและคณะ (2547) ที่สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ณ. ตึกจิตเวช ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในเขตภาคกลาง พบว่าญาติผู้ดูแลได้ให้ความหมายของ ตราบาป ว่าหมายถึงการถูกเหยียดหยามจากบุคคลรอบข้าง การถูกตำหนิ ล้อเลียน รังเกียจ รวมถึงทำให้อับอาย และการรู้สึกไม่มั่นใจในการติดต่อกับผู้อื่น

การประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้พัฒนาแบบประเมินตราบาปหรือความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตดังต่อไปนี้

1) แบบประเมินความคิดเห็นของครอบครัวต่อความรู้สึกเป็นตราบาป (Family Views of Stigma) ของวาล์และฮาร์แมน (Wahl & Harman, 1989) เป็นข้อคำถามที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็นและผลกระทบของความรู้สึกเป็นตราบาปในครอบครัว มีคำตอบให้เลือกคือไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน เล็กน้อยให้ 2 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน มากให้ 4 คะแนน มากที่สุดให้ 5 คะแนน โดยมีข้อคำถามจำนวน 5 ด้าน 40 ข้อย่อย ซึ่งในข้อคำถามทั้ง 5 ด้านประกอบด้วย

ด้านที่ 1) ผลกระทบโดยทั่วไปของความรู้สึกเป็นตราบาปตามความเข้าใจของญาติผู้ดูแล (General impact of stigma as perceived by respondents) เป็นการระบุความรู้สึกเป็นตราบาปที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต มีคำถามข้อย่อย ทั้งหมด 3 ข้อ

ด้านที่ 2) ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท (Perceived impact of stigma on ill relatives) เป็นการสรุปการตอบสนองต่อข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการได้รับผลกระทบจากความรู้สึกเป็นตราบาปต่อการมีญาติที่เจ็บป่วยทางจิต มีคำถามย่อยทั้งหมด 7 ข้อ

ด้านที่ 3) ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของความรู้สึกเป็นตราบาปต่อสมาชิกครอบครัวที่ไม่ได้เจ็บป่วยทางจิต (Perceived Impact of Stigma on Non-Ill Family Members) เป็นการนำเสนอความคิดเห็นว่าในฐานะของญาติผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิต ความรู้สึกเป็นตราบาปเกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลอย่างไรบ้าง มีคำถามย่อยทั้งหมด 6 ข้อ

ด้านที่ 4) ความเข้าใจต่อการเป็นผู้มีส่วนร่วมในความรู้สึกเป็นตราบาปที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต (Perceived Contributors to Mental Illness Stigma) เป็นการสอบถามความเชื่อของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปได้ มีคำถามย่อยทั้งหมด 12 ข้อ

ด้านที่ 5) ความเข้าใจต่อการช่วยเหลือในการเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป (Perceived aids in coping with stigma) เป็นการนำเสนอสิ่งที่ครอบครัวรู้สึกได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป มีคำถามย่อยทั้งหมด 12 ข้อ

ในแบบประเมินความคิดเห็นของครอบครัวต่อความรู้สึกเป็นตราบาป ของวาล์และฮาร์แมน (Wahl & Harman, 1989) เป็นการประเมินความถี่ เป็นคำร้อยละของจำนวนผู้ที่เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปมาก หรือไม่เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป ซึ่งยังไม่มีการจำแนกระดับความรู้สึกเป็นตราบาปให้เห็นชัดเจน

2) แบบสัมภาษณ์ครอบครัว (Family Interview Schedule) โดย ทาราและศรีนิวาสน์ (Thara & Srinivasan, 2000) มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นตราบาปทั้งหมด 14 ข้อ ยกตัวอย่างเช่น การสร้างความลำบากใจให้เพื่อนบ้าน ความลำบากใจในชีวิตแต่งงาน การกลัวความจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเปิดเผยต่อบุคคลอื่น รู้สึกอับอายหรือละอายใจ รู้สึกผิดและซึมเศร้า ระดับของความรู้สึกเป็นตราบาปแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (0 ถึง 3) ตั้งแต่ไม่มี มีเล็กน้อย ปานกลางจนถึงมาก และลักษณะของความรู้สึกเป็นตราบาปเป็นการสอบถามสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต มีให้เลือกทั้งหมด 12 สาเหตุ ศึกษาทั้งในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภทในประเทศอินเดีย แบ่งออกเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มละ 159 คน เพื่อประเมินความรู้สึกเป็นตราบาป และลักษณะของความรู้สึกเป็นตราบาป

3) แบบสัมภาษณ์ครอบครัว (Family Interview Schedule) โดยชิเบรและคณะ (Shibre et al, 2001) แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกเป็นตราบาปมีทั้งหมด 14 ข้อ เป็นการสอบถามสิ่งที่

เกิดขึ้นในชีวิตของญาติผู้ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยทางจิต ยกตัวอย่างเช่นวิตกกังวลเกี่ยวกับการกระทำที่แตกต่างจากผู้อื่น รู้สึกต้องการปกปิดความจริงว่ามีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล วิตกกังวลว่าคนทั่วไปอาจจะรู้ว่าผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล ระดับของความรู้สึกเป็นตราบาปแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (0 ถึง 3) ตั้งแต่ไม่มี (0 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) มากที่สุด (3 คะแนน) ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเอธิโอเปีย จำนวน 178 คน พบว่าความรู้สึกต้องการปกปิดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นตัวแปรสำคัญตัวหนึ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นตราบาป

4) แบบสัมภาษณ์ครอบครัว (Camberwell Family Interview) โดยฟิลิปส์และซ็อง (Phillips & Xiong, 1995) คำถามทั้งหมดมี 10 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดที่เกี่ยวกับผลกระทบของความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกรังเกียจเคียดแค้นที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ยกตัวอย่างเช่น คนอื่นๆ รู้ว่าคุณมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวใช่หรือไม่? ถ้ารู้ พวกเขารู้ได้อย่างไร? หรือคุณคิดว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นสิ่งที่น่าอับอายใช่หรือไม่ ทำไม? ระดับของผลกระทบความรู้สึกเป็นตราบาปแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ 0 = ไม่มีผลกระทบ, 1 = มีผลกระทบเล็กน้อย, 2 = มีผลกระทบในระดับปานกลาง, 3 = มีผลกระทบรุนแรง เป็นคำถามด้านลบ ดังนั้นถ้ามีคะแนนมากแสดงว่าได้รับผลกระทบของความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกรังเกียจเคียดแค้นอย่างมาก และถ้ามีคะแนนน้อยแสดงว่าได้รับผลกระทบของความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกรังเกียจเคียดแค้นที่น้อย เมื่อนำไปใช้ตรวจสอบผลกระทบของความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกรังเกียจเคียดแค้นในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1491 คน โดยฟิลิปส์และคณะ (Phillips et al, 2002) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีผลกระทบของความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกรังเกียจเคียดแค้นในระดับปานกลางถึงรุนแรง 418 คน (ร้อยละ 28)

5) การสำรวจความรู้สึกเป็นตราบาปในครอบครัว (Family Stigma Survey) โดยคอร์ริแกน วัดสัน และมิลเลอร์ (Corrigan, Watson & Miller, 2006) คำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อแรก เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่นเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ อาจเป็นความผิดของสมาชิกครอบครัว หรือสมาชิกครอบครัวต้องรับผิดชอบกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีมาแต่เดิม และ 7 ข้อหลังเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ยกตัวอย่างเช่น ฉันรู้สึกไม่สงสารผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิต หรือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตดูเหมือนว่าเป็นอันตราย ข้อคำถามที่ได้ใน 7 ข้อหลังนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรมจากสามแหล่งการศึกษา คือการศึกษาเรื่องความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีมาตั้งแต่ดั้งเดิมของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตและผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด โดยคอร์ริแกน (Corrigan, 2005) การศึกษาเรื่องความรู้สึกเป็นตราบาปของสมาชิกครอบครัวที่พบกับความรู้สึกเป็นตราบาปในครอบครัวโดยคอร์ริแกน

แกนและมิลเลอร์ (Corrigan & Miller, 2004) และผู้วิจัยได้จัดประชุมกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตจำนวน 7 คน เพื่อให้มีการสะท้อนความรู้สึกเป็นตราบาปในระยะเวลา 60 นาที ในข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ มีการแบ่งความรู้สึกเป็นตราบาปออกเป็น 7 ระดับ โดยคะแนนที่มากที่สุด 7 คะแนน คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ถ้ามีคะแนนมาก มีความหมายว่ามีความรู้สึกเป็นตราบาปมาก และถ้ามีคะแนนน้อย มีความหมายว่ามีความรู้สึกเป็นตราบาปน้อย

6) แบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยที่มีความพิการทางสมองของแมคและซุง (Mak & Cheung, 2008) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ มีการให้ระดับความรู้สึกหรือความคิดเห็น 4 ระดับ คือเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 4 คะแนน จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน ถ้ามีคะแนนมาก มีความหมายว่ามีความรู้สึกเป็นตราบาปมาก และถ้ามีคะแนนน้อย มีความหมายว่ามีความรู้สึกเป็นตราบาปน้อย แบ่งออกได้เป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านอารมณ์ (Affective component) เป็นอารมณ์ความรู้สึกด้านลบของตนเองต่อการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล เช่น อับอาย รู้สึกถูกรังเกียจ รู้สึกต่ำต้อย รู้สึกถูกรบกวนอารมณ์ รู้สึกหมดหวัง รู้สึกเศร้า 2) ด้านความคิด (Cognitive component) คือความคิดด้านลบต่อตนเอง หรือคิดว่าผู้อื่นคิดว่าตนเองไม่ดีเพราะมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล เช่น คิดว่าคนอื่นอาจจะรู้สึกรังเกียจตนเอง คิดว่าชื่อเสียงของตนเองถูกทำลาย 3) ด้านพฤติกรรมการแสดงออก (Behavioral component) คือพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงที่จะติดต่อกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น แบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปของแมคและซุง (Mak & Cheung, 2008) ให้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.94 ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 108 คน และในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพิการทางสมองจำนวน 210 คน ให้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.95

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยที่มีความพิการทางสมองของแมคและซุง (Mak & Cheung, 2008) มาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปของแมคและซุง (Mak & Cheung, 2008) มีความชัดเจนในด้านเนื้อหาที่แบ่งออกเป็นองค์ประกอบด้านต่างๆ ที่ชัดเจน รวมทั้งได้มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ดี จึงถือได้ว่าเป็นแบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือสามารถนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการลดความรู้สึกเป็นตราบาป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นสามารถลดได้โดยการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) การให้ปัจจัยสนับสนุนเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือ (Self - Help Materials and Translated Material) เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท รูปแบบการบำบัด

ผู้ป่วยจิตเภท แหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน และหน่วยให้บริการเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทั้งนี้ต้องมีการเผยแพร่ให้ทราบถึงปัจจัยสนับสนุนต่างๆที่มีอยู่ในชุมชน ที่อยู่ในรูปแบบของ วิดีโอ แผ่นภาพให้ความรู้ โปรแกรมการให้ความรู้ทางComputer (Eggar, 1990) ซึ่งสมาคมจิตเวชโลก (World Psychiatric Association) ได้ริเริ่มจัดให้มีโปรแกรมการต่อต้านความรู้สึกลึบเป็นตราบาปในญาติผู้ป่วยจิตเภทในหลายๆประเทศ ชื่อว่า Open the Doors Programme โดยมี 1) การต่อต้านการเผยแพร่ทางสื่อต่างๆ ในเรื่องการให้ความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท 2) โปรแกรมการให้ความรู้ที่ส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการบำบัดรักษา 3) การส่งเสริมให้คนในชุมชนได้พูดคุย ติดต่อกับผู้ป่วยจิตเภท (Sartorius & Schulz, 2005)

2) การฝึกทักษะในการดูแล (Skill Training Approach) เป็นรูปแบบการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลที่ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะทางการสื่อสารและการเผชิญปัญหาต่างๆในการดูแล เช่นการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว การไม่รับประทานยา การสังเกตสิ่งกระตุ้นที่อาจนำไปสู่การกำเริบของอาการทางจิต การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล ทั้งยังเป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถทางสังคมเพิ่มขึ้น ญาติผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและการเผชิญปัญหาต่างๆที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย (Kopelowicz, Zarate, Smith, Mintz, Liberman, 2003) ช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปได้

3) การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเรื่องหน่วยบริการ หรือการให้บริการที่เหมาะสมต่างๆที่ผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับ รวมทั้งการจัดการเมื่ออาการทางจิตกำเริบ (Eggar, 1990) ดังเช่น การศึกษาของซมุกเกลอร์และคณะ (Szmukler, Herrman, Colusa, Benson & Bloch., 1996) ที่ศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 47 คน ในระยะเวลา 6 ครั้ง มีเนื้อหาของการแก้ปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ การฝึกทักษะเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท และญาติผู้ดูแลคนอื่น และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ได้แก่ ลักษณะเด่นของโรค สาเหตุของโรค การพยากรณ์โรค และยาที่ใช้รักษารวมทั้งผลข้างเคียงของยาในการศึกษาของซมุกเกลอร์และคณะ (Szmukler, Herrman, Colusa, Benson & Bloch., 1996) พบว่าการให้คำปรึกษาญาติผู้ดูแลทำให้สามารถลดความรู้สึกทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจลงได้เล็กน้อย โดยความรู้สึกเป็นตราบาปมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ (Martens & Addington, 2001) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการให้คำปรึกษาสามารถลดความรู้สึกเป็นตราบาปได้เล็กน้อย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเรื่องการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับพันธุกรรมเกี่ยวกับโรคจิตเภทโดยฮิลล์และซาคาร์ (Hill & Sahhar, 2006) พบว่าสามารถลดความรู้สึกเป็นตราบาปได้โดยการให้

ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคที่มาจากความไวของพันธุกรรมของโรคจิตเภทที่ได้รับผลกระทบได้ง่ายจากสิ่งแวดล้อม ร่วมด้วยการให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

4) **กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (Support group)** เป็นกลุ่มที่ได้ผลดีในการลดผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ดูแลจากการเปิดเผยความรู้สึกของสมาชิกผู้ดูแลแต่ละคนในกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้กลวิธีในการแก้ปัญหา (Cook et al., 1999) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีได้ถูกแยกจากสังคมเพราะการได้ติดต่อกับสมาชิกผู้ดูแลคนอื่นๆ ในกลุ่ม ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกผ่อนคลายจากบรรยากาศที่เป็นกันเอง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลสามารถระบายความรู้สึกต่างๆ เช่น ความไม่สบายใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกโกรธ รวมทั้งความวิตกกังวลต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สมาชิกในกลุ่มทราบ และมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกในกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายให้สมาชิกคนอื่นในกลุ่มเข้าใจสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความก้าวร้าว หรือพฤติกรรมที่รุนแรง รวมทั้งปัญหาต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างเครือข่ายระหว่างผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันต่อไป ผู้ดูแลจะได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในกลุ่มในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ซึ่งอาจจะตัดสินใจได้ ซึ่งผู้ดูแลควรตระหนักว่าเป็นสิ่งปกติที่สามารถเกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน กลุ่มสนับสนุนของผู้ดูแลจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจ และพลังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป (Maton & Salem, 1995) มีหลักฐานยืนยันว่า ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนที่เป็นสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการตัดสินใจที่ดีขึ้น (Budd & Hughes, 1997; Chien et al., 2004) มีการส่งเสริมให้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับการรับรู้ของการควบคุมตนเองของบุคคลในเรื่องที่เกี่ยวข้อง รู้จักวิธีป้องกันเหตุร้ายในชีวิต และมีความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตส่วนตัวและสิ่งแวดล้อมทางสังคม ก่อให้เกิดการเพิ่มพลังใจในระดับรายบุคคลที่สร้างขึ้นมาจากบริบทของเครือข่ายทางสังคมในระหว่างเข้ากลุ่ม และสมาชิกยังมีการติดต่อกันเมื่อเลิกกลุ่มไปแล้ว (Zimmerman, 1995) ระหว่างการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลเปรียบได้กับการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือสำหรับครอบครัวในภาวะวิกฤตทางด้านจิตสังคม สามารถช่วยให้เกิดความเข้าใจและการสนับสนุนทางด้านสังคม เนื่องจากผู้ร่วมกลุ่มเดียวกันรู้สึกว่าพวกเขา “อยู่ในเรือลำเดียวกัน” ดังเช่นการศึกษาของเชียนและคณะ (Chien, Chen, Morrissey & Thompson, 2005) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 32 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลรู้สึกว่ามีโอกาสมากขึ้นในการได้แบ่งปันข้อมูล และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคมจากสมาชิกคนอื่นๆ ที่เข้ากลุ่มช่วยให้เกิดการลดความเครียดและการดำเนินตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแล

5) **กลุ่มจิตศึกษา (Psychoeducational Group)** กลุ่มจิตศึกษาเป็นกลุ่มที่ให้คำแนะนำที่มีส่วนประกอบของการให้ความรู้ (Brown, 1998) ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อสนองความต้องการตามวัตถุประสงค์ของครอบครัวผู้ป่วย ได้แก่ การให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สอนให้แก้ปัญหา เสนอการให้ความช่วยเหลือ ประคับประคองทางด้านจิตใจ และช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้เรียนรู้ทักษะที่เฉพาะเจาะจง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของญาติผู้ดูแลและสามารถก้าวผ่านประสบการณ์ชีวิตที่ยากลำบากได้ (Corey, 2000) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความหวังและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลอีกด้วย (Fink, 1981; Herz, 1984, Mueser et al, 2002)

4. กลุ่มจิตศึกษา

ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของกลุ่มจิตศึกษาดังต่อไปนี้

เฮิร์ทซ์ (Herz, 1984) ให้ความหมายว่า กลุ่มจิตศึกษาหมายถึงการให้ความรู้แบบกลุ่มอย่างมีโครงสร้าง (structured psychoeducation programs) ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยในด้านความรู้เรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วย

แอนเดอร์สันและคณะ กล่าวว่า (Anderson et al., 1980) กลุ่มจิตศึกษาหมายถึง การดำเนินกิจกรรมการปฏิบัติของพยาบาล ตามกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่ม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างมีระบบ และมีจุดมุ่งหมายที่จะให้สมาชิกร่วมกันค้นหาเหตุผล เลือกลงและตัดสินใจที่จะปฏิบัติ

วิลสันและไคโนซ์ (Wilson & Kneisl, 1996) กล่าวว่ากลุ่มจิตศึกษาเป็นรูปแบบการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับความผิดปกติของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษาและการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยประคับประคองให้สมาชิกในครอบครัวดูแลผู้ป่วยได้

ดิกสันและคณะ (Dixon, Adams & Lucksted, 2000) กล่าวว่ากลุ่มจิตศึกษามีลักษณะของกลุ่มที่ผสมผสานกันระหว่างการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะการดูแลผู้ป่วย การประคับประคองด้านอารมณ์ การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา และการจัดการกับภาวะวิกฤต โดยจัดเป็นโปรแกรมให้กับครอบครัวในลักษณะครอบครัวเดียว หรือหลายครอบครัวรวมกัน จะมีผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มหรือไม่เข้าร่วมก็ได้

บราวน์ (Brown, 2004) กล่าวว่ากลุ่มจิตศึกษาเป็นขอบเขตที่กว้างขวางของกลุ่มที่มีความสำคัญในเรื่ององค์ประกอบของการให้ความรู้ ข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่มจิตศึกษา คือ การฝึกทักษะชีวิตที่ถูกสอนไว้ในขณะเข้ากลุ่ม และผู้ร่วมกลุ่มสามารถเรียนรู้วิธีการที่จะแก้และเผชิญปัญหานั้นได้ใน

แต่ละสถานการณ์ ดังนั้นกลุ่มจิตศึกษาสามารถจัดให้แก่เด็กๆ วัยรุ่น และผู้ใหญ่

จากความหมายทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่ากลุ่มจิตศึกษาหมายถึงการดำเนินกลุ่ม ตามกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่ม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างมีระบบ และมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยประคับประคองให้สมาชิกในครอบครัวดูแลผู้ป่วยได้ ในระหว่างเข้ากลุ่มผู้ร่วมกลุ่มสามารถฝึกทักษะชีวิต และเรียนรู้วิธีการที่จะแก้และเผชิญปัญหานั้นได้ในแต่ละสถานการณ์ การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา และการจัดการกับภาวะวิกฤต สามารถจัดเป็นโปรแกรมให้กับครอบครัวในลักษณะครอบครัวเดียว หรือหลายครอบครัวรวมกัน จะมีผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มหรือไม่เข้าร่วมก็ได้

วัตถุประสงค์ของกลุ่มจิตศึกษา

วัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มจิตศึกษามีดังต่อไปนี้ (นันทิกา ทวีชาชาติ, 2539)

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การดำเนินโรค และการรักษาผู้ป่วยแก่สมาชิก
2. ช่วยเหลือและประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจแก่สมาชิก
3. ลดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวังที่เกิดขึ้นกับสมาชิก
4. ช่วยสอนให้บุคคลในครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

หลักการของกลุ่มจิตศึกษา

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า หลักการในการทำกลุ่มจิตศึกษา ได้แก่ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540; Anderson, Hogarty & Reiss, 1986)

1. มีการประคับประคอง (Support) เป็นปฏิกิริยาของสมาชิกที่ตอบสนองกลุ่มอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งผู้นำกลุ่มมีส่วนสำคัญในการสร้างบรรยากาศให้สมาชิกรู้สึกถึงความเกื้อกูลอบอุ่นและปลอดภัย ทำให้สมาชิกเชื่อถือและได้รับประสบการณ์ในกลุ่มซึ่งเป็นสถานที่ที่มีคนรับฟังยอมรับและเข้าใจ การยอมรับและสนับสนุนให้สมาชิกช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกัน ซึ่งมองครอบครัวว่าเป็นหุ้นส่วนหรือผู้ร่วมบำบัดที่สำคัญ โดยการประคับประคองนี้ จะช่วยลดความวิตกกังวลซึ่งมีอยู่ในทุกขั้นตอนของการทำกลุ่ม

2. การบริการด้านความรู้ (Educational Service) เป็นการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วย เช่น ทฤษฎีของการเกิดโรค สาเหตุ อาการ ผลกระทบ และการจัดการเกี่ยวกับอาการของโรค รวมถึงการตอบสนองทางอารมณ์ของครอบครัว จัดได้ว่าเป็นการให้ข้อมูลอธิบายให้ทราบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทว่าป่วยจากโรคจริงๆ ไม่ใช่ความผิดปกติในครอบครัวเพื่อลดทัศนคติด้านลบ ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง วิธีปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และวิธีที่ครอบครัวปฏิบัติต่อผู้ป่วย เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping Skills)

3. การลดภาวะตึงเครียดของสมาชิก เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยมีผลถึงความเครียดในครอบครัว จากปัญหาการสื่อสารที่สับสน และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความวุ่นวายของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่อสมาชิก ทำให้เกิดความรู้สึกผิด โกรธ คับข้องใจ ซึ่งการจัดการด้านการสื่อสารที่ดี การมีข้อตกลงในการเคารพขอบเขตของบุคคล การฝึกครอบครัวให้รู้จักปฏิบัติต่อผู้ป่วย ในยามวิกฤต หรือเมื่อมีอาการกำเริบ รวมทั้งวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ ช่วยให้ผู้สามารถลดความเครียดทั้งในตัวผู้ป่วย และสมาชิกแต่ละคน สนับสนุนให้สมาชิกวางแผนร่วมกันเพื่อลดความเครียด และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคต

4. มีการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยเพิ่งออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระยะที่ครอบครัวเกิดความเครียดสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยและการปรับตัวเข้าหากัน

5. การสร้างเครือข่าย (Network) หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งมีหลักฐานชี้ชัดว่าการสนับสนุนทางสังคมและการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในขณะเข้ากลุ่ม จะช่วยลดความกดดัน ส่งผลให้เกิดการช่วยเหลือสนับสนุนกันต่อไปเมื่อเข้าไปอยู่ในสังคม และชุมชน

โครงสร้างของกลุ่มจิตศึกษา

1. สมาชิกกลุ่มได้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากกลุ่มจิตศึกษาสามารถจัดเป็นโปรแกรมให้กับครอบครัวในลักษณะครอบครัวเดี่ยว หรือหลายครอบครัวรวมกัน จะมีผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มหรือไม่เข้าร่วมก็ได้ (Dixon, Adams & Lucksted, 2000)

2. ขนาดของกลุ่ม (group size) ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของกลุ่มจิตศึกษา และให้ประโยชน์สูงสุดแก่สมาชิก สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันทั่วถึง โดยทั่วไปควรมีสมาชิก 8-10 คน เพราะถ้าสมาชิกมีน้อยจะทำให้สมาชิกเกิดความวิตกกังวลที่ต้องพบกันบ่อยครั้ง และถ้าสมาชิกมีจำนวนมากเกินไปจะทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง (Yalom, 1975)

3. เป็นกลุ่มปิด (closed group) โดยในกลุ่มมีการกำหนดวัตถุประสงค์ จำนวนและระยะเวลาที่แน่นอน เพื่อให้กลุ่มมีพัฒนาการและนำไปสู่การแก้ปัญหา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเวลาและความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หากมีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่มอาจขัดขวางพัฒนาการของกลุ่มได้ (Marram, 1978)

4. ระยะเวลาและความถี่ของการจัดกลุ่ม (time and frequency of meetings) ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มคือ 1 ชั่วโมง หรือ 1.5-2 ชั่วโมง (Trotzer, 1999) และจะต้องมีการกำหนดวัน เวลา และจำนวนครั้งที่แน่นอน ควรมีการเข้ากลุ่ม 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (Dinkmeyer & Muro, 1971)

5. การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical arrangements) การกำหนดสถานที่ ควรเป็นสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวนหรือเบี่ยงเบนความสนใจของกลุ่ม ขนาดของห้องควรกว้างพอไม่รู้สึกอึดอัด การใช้สถานที่เดิมทุกครั้งทำให้สมาชิกรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย การหันหน้าเข้าหากันของสมาชิก จะทำให้การสื่อสารระหว่างสมาชิกเป็นไปอย่างคล่องตัวและทั่วถึง (Withal & Levis, 1963)

แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มจิตศึกษาสำหรับครอบครัว

คำว่า Psychoeducation เริ่มใช้ครั้งแรกโดย Anderson , Hogarty และ Reiss (1980) โดยกลุ่มจิตศึกษาเป็นการบำบัดทางจิตสังคมอีกรูปแบบหนึ่ง มีแนวคิดที่มาจาก 3 ทฤษฎีคือมนุษยนิยมวิทยา (existential – humanistic) พฤติกรรมนิยม (behaviorist) และปัญญานิยม (cognitive) โดยทฤษฎีมนุษยนิยมวิทยาว่ามนุษย์มีการตัดสินใจได้ด้วยตนเองจากศักยภาพที่ได้รับการพัฒนาจนเจริญเต็มที่และสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมในชีวิตของตนเองได้ ดังนั้นมนุษย์จึงสามารถมีพฤติกรรมตอบสนองออกมาได้ สำหรับทฤษฎีพฤติกรรมนิยมได้เน้นไปที่การจัดการกับสิ่งแวดล้อม และทฤษฎีปัญญานิยมเน้นไปที่ความชำนาญในเรื่องทักษะความรู้ความเข้าใจ และทักษะด้านอารมณ์ (cognitive – emotional skills) ซึ่งเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการฝึกอบรมทางจิต (Schoeman, 1985 ; Roos , 1997) ดังนั้นกลุ่มจิตศึกษาจึงประกอบ ด้วย 2 ส่วนคือโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และ extended program ที่สามารถขยายไปสู่การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อลดความขัดแย้ง เปลี่ยนรูปแบบของการสื่อความหมายในครอบครัวและรูปแบบการแก้ไขปัญหา (Goldstein , 1981) ทั้งนี้กลุ่มจิตศึกษาสำหรับครอบครัวแบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ จิตศึกษาครอบครัว และกลุ่มให้ความรู้ครอบครัว (Hoffman & Fruzzetti, 2005 ; McFarlane et al., 1995)

1) จิตศึกษาครอบครัว (Family Psychoeducation) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยจิตเวชเพื่อลดอาการกำเริบซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งนี้ในจิตศึกษาครอบครัวมีรูปแบบของการให้ความรู้ครอบครัวร่วมด้วย ซึ่งผู้ร่วมกลุ่มจะมีเฉพาะญาติ หรือมีทั้งญาติและผู้ป่วยร่วมด้วยก็ได้ (McFarlane et al., 1995)

2) กลุ่มให้ความรู้ครอบครัว (Family education groups) จัดขึ้นเฉพาะญาติผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ญาติมีความเป็นอยู่ที่ดี และไม่ได้มีเป้าหมายเปลี่ยนที่ผู้ป่วย (Dixon et al., 2001; Falloon & Pederson, 1985) สำหรับ SAFE Program (Support and Family Education Program) มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มให้ความรู้ครอบครัวเพราะจัดให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้มาพบกัน และให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดสิ่งแวดล้อมในครอบครัวเพื่อลด

ความเครียด การดูแลตนเองด้านจิตใจของญาติผู้ดูแล ทักษะการสื่อสารและทักษะการแก้ปัญหา และการเผชิญความรู้สึกเป็นครอบครัวของญาติผู้ดูแล

กลุ่มจิตศึกษาครอบครัวประกอบด้วยโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และโปรแกรมที่สามารถขยายไปสู่การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อลดความขัดแย้ง เปลี่ยนรูปแบบของการสื่อความหมายในครอบครัวและรูปแบบการแก้ไขปัญหา แบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ จิตศึกษาครอบครัว และกลุ่มให้ความรู้ครอบครัว

รูปแบบโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มจิตศึกษาสามารถนำมาจัดเป็นรูปแบบโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่นำมาช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาหลากหลาย มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน ตามแนวคิดของแต่ละกลุ่ม เช่น

1. โปรแกรมที่เน้นการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในภาวะวิกฤต ของ โกลด์สไตน์ รอดนิก อีเวนส์ เมย์ และ สไตน์เบิร์ก (Goldstein, Rodnick Evans, May & Steinberg, 1987) โปรแกรมนี้จะให้คำปรึกษาครอบครัวในระยะสั้น คือ 6 สัปดาห์ เน้นการเผชิญปัญหาอย่างมีเหตุผล และวางแผนแก้ไขปัญหาคว่า หลังจากให้โปรแกรมผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำลดลง
2. โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะอยู่ร่วมกับสังคม ของแอนเดอร์สัน โฮการ์ตีย์ และ เริสส์ (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980) เป็นการให้ความรู้ทางจิตเวชและการรักษา เพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหา และการเผชิญความเครียด รวมทั้งสร้างเครือข่ายระหว่างผู้รักษากับครอบครัว หลังจากให้โปรแกรมพบว่า ผู้ป่วยที่อยู่กับครอบครัวที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมีการลดอัตราการรักษาซ้ำในระยะเวลา 2 ปี
3. โปรแกรมที่มุ่งเน้นทักษะการแก้ปัญหา และการติดต่อสื่อสาร โดยฟอลลูนและคณะ (Falloon et al., 1982; 1985) เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นเพื่อฝึกให้ครอบครัวมีทักษะในการสื่อสาร (communication skill) และทักษะการจัดการกับปัญหา (problem-solving skill) พบว่าหลังจากให้โปรแกรม ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำลดลง และครอบครัวผู้ป่วยมีความเครียดลดลง
4. โปรแกรมให้ความรู้ที่จัดให้แก่ผู้ดูแล เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การรักษาโรคจิตเภท การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และการเผชิญปัญหาและการจัดการกับความเครียด เป็นโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่จัดขึ้นโดยเซ็งและชาน (Cheng & Chan, 2005) พบว่าช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระและเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. โปรแกรมจิตศึกษาที่มีผลต่อทัศนคติและการรับรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ป่วยจิตเภท โดยมาลโดนาโด ยูริซาร์ และการ์เซีย (Maldonado&Uri'zar, 2007) ศึกษาในญาติผู้ป่วยจิตเภท

จำนวน 45 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน พบว่าสามารถทำให้ญาติในกลุ่มทดลองมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการช่วยครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้มีทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของการดูแล โดยมีเป้าหมายหลักคือ เพื่อให้อาการของผู้ป่วยลดลง (symptom reduction) ลดการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย ลดปฏิกิริยาตอบสนองที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยจิตเภทหรือจิตเวช และเป็นการลดความเครียดของผู้ดูแล ลดความรู้สึกละอายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือจิตเวช ลดความรู้สึกละอายที่ทรมาณที่เกิดจากการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทหรือผู้ป่วยจิตเวช และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือจิตเวชได้

5. โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาสำหรับลดความรู้สึกละอายเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

รูปแบบโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาสำหรับลดความรู้สึกละอายเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาสำหรับลดความรู้สึกละอายเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาโดยชิน (Shin, 2004) ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่องผลของวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับจิตศึกษาสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังชาวเกาหลีที่อาศัยอยู่ในอเมริกา โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นพ่อหรือแม่จำนวน 48 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 24 คน และกลุ่มทดลอง 24 คน พบว่ากลุ่มจิตศึกษาสามารถลดความรู้สึกละอายเป็นตราบาป เพิ่มความรู้สึกละอาย และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาในกลุ่มทดลองได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$, $p < .001$ และ $p < .0001$ ตามลำดับ ชิน (Shin, 2004) ได้ใช้ความเชื่อทางวัฒนธรรมมาช่วยในการให้ความรู้ว่าจิตใจ และร่างกายเป็นสององค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์เพื่อกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจถึงการทำงานทางด้านอารมณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานทางด้านจิตใจ นอกจากนี้ในเนื้อหาของกลุ่มจิตศึกษาได้กล่าวถึงสาเหตุทางด้านชีววิทยา และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิต ด้วยมุมมองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตดังกล่าวนี้เป็นที่ยอมรับในกลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชชาวอเมริกัน – เกาหลี รวมทั้งยังมีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคจิต และทักษะการสื่อสารทั้งนี้ได้นำมาดัดแปลงมาจากแนวคิด และเนื้อหาของแมคฟาร์แลนด์และคณะ (McFarlane, et al., 1995) นอกจากนี้ชิน (Shin, 2004) กล่าวว่าการศึกษาในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกละอายเป็นตราบาปลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องมาจากการมีความเข้าใจ และความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ส่งผลให้มีอิทธิพลต่อทัศนคติที่มีต่อ

ความผิดปกติทางจิต รวมทั้งทัศนคติและความเชื่อมีต้นตอมาจากระบบของค่านิยมที่สามารถ
ดัดแปลงได้ ปรากฏว่าสามารถเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลได้ จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคคลที่ต้อง
ได้รับข้อมูลใหม่และนำมาประสมประสานกลายเป็นความรู้สู่การเปิดมุมมองใหม่ ซึ่งในกลุ่มจิต
ศึกษาการให้ความรู้ว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยทางชีววิทยา สามารถลดความรู้สึกลึกเป็นตราบาปได้ดี
(Han, Chen, Hwang, & Wei, 2006)

2. โปรแกรมการให้ความรู้ และประทับประคองสนับสนุนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่ง
มีลักษณะเดียวกับกลุ่มจิตศึกษา โดยเฮย์แมน (Hayman, 2005) พบว่าญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรม
สามารถลดความรู้สึกลึกโดดเดี่ยว และความรู้สึกลึกเป็นตราบาปได้ เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีความรู้เพิ่ม
เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต ได้รับการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับบทบาทการดูแลและได้สร้าง
เครือข่ายทั้งในกลุ่มญาติผู้ดูแลด้วยกัน และระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้เชี่ยวชาญ โดยโปรแกรมใน
การศึกษานี้มีทั้งหมด 7 ครั้ง มีการติดตามผลอีกครั้งใน 1 ปี ทั้งนี้โปรแกรมนี้เริ่มด้วย

ครั้งที่ 1) ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อ
ส่งเสริม การเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการทางจิต มีเนื้อหาเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ
การเจ็บป่วยทางจิต ในการศึกษาครั้งนี้มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ในเรื่อง
สาเหตุ ความเชื่อที่ผิดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกลึกเป็นตราบาป อาการแสดงและสัญญาณเตือนก่อนมี
อาการทางจิตกำเริบ

ครั้งที่ 2) วิธีการบริการและการสื่อสารกับผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อ
การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการที่มีอยู่ ทำอย่างไรจึงจะได้พบกับผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษา และควร
คาดหวังอย่างไร มีเนื้อหาเกี่ยวกับการบริการในสถานบริการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา การให้ความรู้
เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้

ครั้งที่ 3) การหยุดความเจ็บ มีความประสงค์เพื่อลดการรับรู้เกี่ยวกับ
ความรู้สึกลึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแล และความรู้สึกลึกถูกแยกออกจากสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการ
เจ็บป่วยทางจิต มีเนื้อหาที่พูดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตอย่างไร วิธีการพัฒนาการสร้างเครือข่าย
สนับสนุน

ครั้งที่ 4) การแก้ปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมทักษะที่สามารถช่วย
ให้ญาติผู้ดูแลมองเห็นปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจริง และหาวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้ มีเนื้อหาถือ
การมองปัญหาตามความเป็นจริงและมีเหตุผล

ครั้งที่ 5) การจัดการกับอารมณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยญาติผู้ดูแล
ยอมรับและหาวิธีการที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิต มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเข้าใจอารมณ์ และ
วิธีการจัดการกับความเครียด

ครั้งที่ 6) การวางแผนต่อไปข้างหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับความยุติธรรมผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญของการวางแผน และการดูแลตนเอง มีเนื้อหาเกี่ยวกับข้อมูลเรื่องการหยุดพักชั่วคราว เนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพทางด้านร่างกายและอารมณ์ การสนับสนุน และการจัดการกับภาวะวิกฤตของญาติผู้ดูแล

ครั้งที่ 7) ทักษะการสื่อสาร มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความเข้าใจ และปรับปรุงทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารขั้นพื้นฐาน วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิต

3. โปรแกรมต่อต้านความรู้สึกเป็นตราบาป (Carers Against Stigma) โดยฟอกซ์ (Fox, 2009) ที่มีลักษณะเดียวกับ โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการสร้างความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวของการร่วมกลุ่ม สิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่มเป็นสิ่งที่ทุกคนรู้สึกร่วมกัน ในระยะนี้เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกต่างๆ การทบทวน และการสะท้อนความรู้สึกต่างๆ เพื่อเป็นการพัฒนากลุ่มที่มีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2 เป็นการประเมินผลกระทบของโปรแกรมต่อต้านความรู้สึกเป็นตราบาป ในระยะเวลาที่ผ่านมา ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกเป็นตราบาปในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2) การเพิ่มพลังและความรู้สึกมั่นใจให้แก่ญาติผู้ดูแล 3) การเพิ่มความรู้ที่สามารถดูแลตนเองและความรู้ในเรื่องการติดต่อระบบบริการอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดความคับข้องใจต่อระบบบริการ

4. โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่ช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ เซอร์แมน (Sherman, 2003,2006) ที่เรียกว่า SAFE Program (The Support and Family Education Program) ได้นำไปประยุกต์ใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 118 ราย พบว่าช่วยลดความรู้สึกทุกข์ทรมานลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ซึ่งความทุกข์ทรมานนี้เป็นความทุกข์ทางด้านจิตใจที่เกิดจากความรู้สึกเป็นตราบาปที่ต้องมารับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวช จึงพบว่าในเนื้อหาการใน SAFE Program มีเรื่องของการเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ มีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .03$

SAFE Program มีเป้าหมายคือ 1) สอนญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท 2) เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลถามคำถามเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตและวิธีการบำบัดรักษา 3) ลดความรู้สึกเป็นตราบาปเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยการจัดให้ญาติผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกเป็นตราบาป 4) เผยแพร่ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือทางด้าน

จิตเวชที่มีอยู่ในชุมชน 5) บอกให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจถึงความสำคัญของการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ตั้งแต่อาการทางจิตไม่กำเริบ รวมทั้งการสื่อสารที่เหมาะสม โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษานี้ให้ความรู้ สอนทักษะการแก้ปัญหา การสื่อสาร การสร้างบรรยากาศที่ช่วยลดความเครียดในการอยู่ร่วมกับ ผู้ป่วย และสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปด้วยการเปิดเผยความรู้สึกเป็น ตราบาป พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกทุกข์ทรมานลดลง มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทางจิตมากขึ้นและมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงการลดความรู้สึกเป็นตราบาปดังที่กล่าวข้างต้นพบว่าโปรแกรมกลุ่มจิต ศึกษาสามารถลดความรู้สึกเป็นตราบาปได้ด้วยการให้ความรู้ การมีทักษะแก้ปัญหา การมีการ สื่อสารที่เหมาะสม และการให้ความสนับสนุนทางสังคมแก่ญาติผู้ดูแล เพราะการได้ติดต่อกับ ครอบครัวอื่น ๆ ที่เหมือนกับตนเอง การได้รับการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การมีโอกาที่จะได้รับฟัง ประสบการณ์ของคนอื่นที่เหมือนกับตนเองและพบว่ามีความเข้าใจปัญหาในระหว่างเข้ากลุ่ม ผลที่ ตามมาคือการช่วยเหลือซึ่งกันและกันผ่านความร่วมมือและประสบการณ์ที่มีอยู่ร่วมกัน สอดคล้อง กับแนวคิดของกลุ่มจิตศึกษา ของเชอร์แมน (Sherman, 2003,2006) ที่มีรูปแบบการผสมผสานเนื้อหา ของจิตศึกษาและการฝึกแก้ปัญหา ดังนั้นจึงเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพมากและเป็นไปได้ที่ จะนำไปปฏิบัติ ทั้งนี้เนื้อหาหลักที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับกลุ่มฝึกอบรมผู้ดูแลหรือผู้ปกครองจากหลาย ครอบครัว คือการให้การสนับสนุนทางสังคมในการช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ด้วย การพูดระบายถึงความรู้สึกเป็นตราบาปให้สมาชิกผู้ร่วมกลุ่มได้รับทราบ การได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคจิตเภท การได้รับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากสมาชิกที่ร่วมกลุ่ม และการ ได้รับการบอกกล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนให้ได้รับทราบ

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดกลุ่มจิตศึกษาของเชอร์แมน (Sherman, 2003) ที่เรียกว่า SAFE Program (Support and Family Education Program) ในการช่วยให้ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยและสังคมหรือชุมชนที่อาศัยอยู่ด้วยการจัดให้ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทได้พบกับผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช หรือพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วย จิตเวช ให้คำแนะนำและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จนมีความสามารถ อภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย และการใช้ ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแล ด้วยการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมให้ลดความเครียดใน ภาวะวิกฤต ทำให้มีการคงไว้ซึ่งบรรยากาศที่ดีในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท และมีการเผชิญกับ ความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีสาเหตุจากการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล ด้วยการสนับสนุนให้ เปิดเผยข้อมูลเรื่องการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว รวมทั้งมีการบอกให้ทราบถึงข้อดีและข้อเสีย

ของการเปิดเผยข้อมูลนี้ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับทราบ และมีความเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว

SAFE Program

SAFE Program ได้ถูกพัฒนาขึ้นในปีค.ศ. 1999 มีการจัดการประชุมญาติผู้ดูแลทั้งหมด 14 ครั้ง ประกอบด้วยการประชุมปรึกษาหารือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยการอภิปรายกลุ่ม และการให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช ผสมผสานการให้ความรู้ในเรื่องสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต โรคจิตเภทและผลกระทบของโรคจิตเภทต่อครอบครัว โรคซึมเศร้าและผลกระทบของความบอบช้ำทางด้านจิตใจที่มีต่อครอบครัว รวมทั้งข้อปฏิบัติต่างๆในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น การสื่อสาร การผ่อนคลายความเครียด สิ่งที่ต้องทำและไม่ควรทำในการให้ความช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยทางจิต เมื่อมีการประเมินผลโปรแกรมพบว่าญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมในจำนวนครั้งที่มากขึ้น โดยเฉลี่ยแล้วญาติผู้ดูแลมีจำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรม 6 ± 4.5 ครั้ง และที่สำคัญญาติผู้ดูแลได้กล่าวว่า “SAFE โปรแกรม คือโปรแกรมแรกสำหรับญาติผู้ดูแลที่ญาติผู้ดูแลค้นพบมาเป็นเวลาห้าปี” (Sherman, 2003) และปีค.ศ. 2003 เซอร์แมน (Sherman, 2006) ได้พัฒนาเนื้อหาเพิ่มขึ้นมีการจัดการประชุมญาติผู้ดูแลทั้งหมด 18 ครั้ง มีเนื้อหาที่เพิ่มขึ้นอีก 4 ครั้ง คือ 1) ปฏิกริยาของครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิต และมีการอภิปรายกลุ่มเปรียบเทียบกับ การเจ็บป่วยทางกาย 2) ทักษะการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว มีการกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลช่วยกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา 3) การสร้างบรรยากาศที่ดีในการลดความเครียดและลดภาวะวิกฤต 4) การเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิต มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการช่วยกันค้นหาวิธีการเผชิญกับความ รู้สึกเป็นตราบาปอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการสนับสนุนให้เปิดเผยข้อมูลเรื่องการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว รวมทั้งมีการบอกให้ทราบถึงข้อดีและข้อเสียของการเปิดเผยข้อมูลนี้ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับทราบ ด้วยการเพิ่มความเข้มแข็งในการควบคุมตนเอง มีการคงไว้ซึ่งความหวัง และการให้การสนับสนุนทางสังคมในการช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาป เซอร์แมน (Sherman, 2006) ได้นำ SAFE Program (The Support and Family Education Program) ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 118 ราย พบว่าช่วยลดความรู้สึกทุกข์ทรมานลงได้ ซึ่งความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับความรู้สึกเป็นตราบาป (Martens & Addington, 2001) ดังนั้นโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาจึงสามารถนำมาลดความรู้สึกเป็นตราบาปได้

รูปแบบของ SAFE Program (Sherman, 2003, 2006)

SAFE Program มีการจัดเนื้อหาในการดำเนินการกลุ่มโดยเน้นใน 4 เรื่องดังต่อไปนี้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตเวช เช่น อะไรคือสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต ภาวะซึมเศร้า / โรคอารมณ์ 2 ขั้ว และผลกระทบต่อครอบครัว โรคจิตเภทและผลกระทบต่อครอบครัว
2. ทักษะสำหรับสมาชิกครอบครัว เช่น ทักษะการสื่อสารสำหรับสมาชิกครอบครัว
3. ประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต เช่น ปฏิกริยาตอบสนองของครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิต
4. การเผชิญกับครอบครัว เพื่อน และผู้ให้การรักษา เช่น การเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิต

SAFE Program มีการทำกลุ่มทั้งหมด 18 ครั้ง แต่แต่ละครั้งของการดำเนิน SAFE Program ใช้เวลา 90 นาที โดยญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรม สามารถเลือกเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามความสนใจของตนเอง ในการดำเนินโปรแกรมควรมีการดำเนินโปรแกรม 2 ครั้งต่อเดือน สามารถเลือกที่จะดำเนินโปรแกรม 18 ครั้ง / 18 สัปดาห์ ทั้งนี้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมสามารถยืดหยุ่นได้

ผู้ดำเนิน SAFE Program ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช 2 ท่าน ซึ่งอาจจะเป็นจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งผู้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาจะประกอบญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้เกิดความเป็นอิสระในการระบายความรู้สึกต่างๆ

กระบวนการดำเนินโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาตาม SAFE Program (Sherman, 2003)

กระบวนการดำเนินกลุ่มจิตศึกษาตาม SAFE Program ในแต่ละครั้งประกอบด้วยกิจกรรม 3 ช่วงต่อไปนี้

ช่วงแรก: การอภิปรายกลุ่มและการประทับประคองทางด้านอารมณ์ และจิตใจ (Supportive) ในช่วงแรกของการทำกลุ่มแต่ละครั้ง จะเริ่มด้วยการทบทวนเป้าหมายของโปรแกรม และการรักษาความลับ และต่อด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีการพูดถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมา ใน 1 เดือนที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความยากลำบากที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในความดูแล จำนวนวันที่ญาติผู้ดูแลประสบกับความลำบากใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท และความรู้สึกทุกทรมานเกี่ยวกับความเป็นอยู่ในด้านต่างๆ ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลมีโอกาสดำเนินการตนเอง พร้อมด้วยการพูดถึงความต้องการที่มาร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา

ช่วงที่ 2: การสอนให้คำแนะนำและการอภิปรายกลุ่ม ช่วงนี้ใช้เวลา 30 – 45 นาที ซึ่งแต่ละครั้งของการทำกลุ่มจะมีหัวข้อการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจง และใช้สื่อต่างๆ ที่เหมาะสมกับ

การให้ความรู้ในแต่ละครั้ง เช่น วิดีโอคลิป นอกจากนี้มีการใช้กิจกรรมต่างๆ เช่นการเล่นบทบาทสมมติ การอภิปรายคำถามต่างๆ

ช่วงที่ 3: การตอบคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช หรือพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ช่วงสุดท้ายของการทำกลุ่มแต่ละครั้ง เป็นช่วงที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆกับจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช เช่นเรื่องยา ผลของการรับประทานยา และอาการข้างเคียงของยาเป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในการวิจัยครั้งนี้กล่าวได้ว่าความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นสิ่งสำคัญที่ควรได้รับการดูแลและแก้ไข เพราะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้รับความทุกข์ทรมานจากความรู้สึกเป็นตราบาปมาก ทั้งนี้ความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการใช้ชีวิตในสังคม

การลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะต้องประกอบด้วยการให้ความรู้ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเวช การประคับ ประคองจิตใจญาติผู้ดูแล และการฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องคือทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา ร่วมกับการฝึกการเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและ SAFE Program (Support and Family Education Program) โดยเซอร์แมน (Sherman, 2003, 2006) ตามแนวคิดของ SAFE Program มีรูปแบบการผสมผสานเนื้อหาของจิตศึกษาและการฝึกแก้ไขปัญหา ดังนั้นจึงเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพมากและเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติ ทั้งนี้เนื้อหาหลักที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับกลุ่มฝึกอบรมผู้ดูแลหรือผู้ปกครองจากหลายครอบครัว คือการให้การสนับสนุนทางสังคมในการช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ด้วยการพูดระบายถึงความรู้สึกเป็นตราบาปให้สมาชิกผู้ร่วมกลุ่มได้รับทราบ การได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเวช การได้รับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสมาชิกที่ร่วมกลุ่ม และการได้รับการบอกกล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนให้ได้รับทราบ

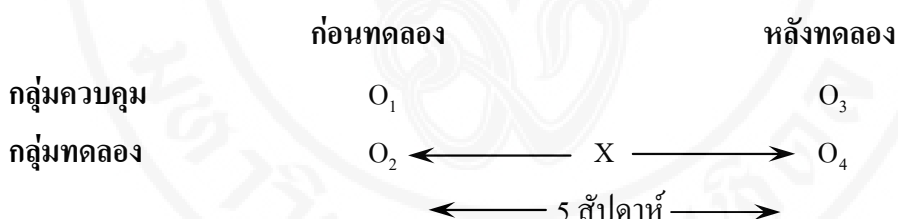
บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกรับผิดชอบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest- Posttest Design) (Polit & Hungler, 2004)

ในบทนี้จะนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบการวิจัย 2) ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 3) ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 4) สถานที่ที่ใช้ในการวิจัย 5) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 6) วิธีดำเนินการวิจัย และ 7) การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบการวิจัย



แผนภูมิ 1 แบบการวิจัยกึ่งทดลองชนิดวัดก่อนและหลังการทดลอง

O_1 , O_2 หมายถึง การประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง ก่อนเริ่มโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาตามลำดับ

O_3 , O_4 หมายถึง การประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้เข้าร่วมการวิจัยหลังจบโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาทันทีในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ตามลำดับ

X หมายถึง โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่ให้ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ในกลุ่มทดลอง

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนกลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยจิตเภทมาเข้ารับรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้มีการเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าดังต่อไปนี้ คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย เป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน 2) มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือตามกฎหมายที่แสดงถึงความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท 3) เป็นเพศชายหรือ หญิงอายุไม่น้อยกว่า 15 ปี 4) สามารถพูดและเขียนภาษาไทยได้ 5) ไม่มีโรคประจำตัวที่ร้ายแรง 6) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และ 7) ยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับทราบถึงสิทธิของผู้ร่วมวิจัยอย่างชัดเจน

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการวิจัย 2) เข้ากลุ่มไม่ครบ 6 ครั้ง ในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มทดลอง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาจาก 3 แนวคิดคือหลักการทางสถิติ งานวิจัยที่ผ่านมา และการทบทวนจากเอกสารต่างๆ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากการศึกษาวิเคราะห์ตามหลักการทางสถิติโดยใช้แนวคิดของ Polit and Hungler (2004) ที่กล่าวไว้ว่าการวิจัยแบบทดลองนั้นควรมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยเท่ากับ 20 - 30 ราย และถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 10 ราย ขึ้นอยู่กับจำนวนตัวแปรและจากการทบทวนที่ผ่านมาเกี่ยวกับการศึกษาผลของกลุ่มจิตศึกษา พบว่า มาลโดนาโดและยูริซาร์ (Maldonado & Uri'zar, 2007) ได้ใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 45 ราย มีอำนาจการทดสอบ (effect size) > 0.5 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 23 ราย และกลุ่มทดลอง 22 ราย ในกลุ่มทดลองนี้ต้องคัดออก 4 ราย เนื่องจากเข้ากลุ่มไม่ครบตามที่กำหนด จึงเหลือผู้เข้ากลุ่มจำนวน 18 ราย และผลการทดลองพบว่าญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระลดลงหลังจากได้เข้ากลุ่มจิตศึกษา สำหรับในประเทศไทยมีผู้ศึกษาผลของกลุ่มจิตศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษามีจำนวน 20 - 24 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 10 - 12 ราย (ครุณี คชพรหม, 2542; สกาวรัตน์ ภูษา, 2543; อัจฉรวรรณ ตริยวง, 2546) สำหรับขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของกลุ่มจิตศึกษา และให้ประโยชน์สูงสุดแก่สมาชิกโดยสมาชิกควรมีปฏิสัมพันธ์

กันทั่วถึง โดยทั่วไปควรมีสมาชิก 8 - 10 คน เพราะถ้าสมาชิกมีจำนวนมากเกินไปจะทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง (Yalom, 1975)

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จึงกำหนดไว้ที่กลุ่มละ 20 คนตามลำดับ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มจับฉลากแบ่งเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และในกลุ่มทดลองจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ในการทำการทดลองแต่ละครั้ง เมื่อทำการทดลองปรากฏว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเหลือผู้เข้ากลุ่ม กลุ่มละ 17 คน โดยกลุ่มทดลองมีผู้เข้ากลุ่มไม่ครบตามกำหนด 3 คน เนื่องจากไม่ใช่ผู้ดูแล 1 คน มาเข้ากลุ่มเพียง 2 ครั้ง 1 คน มาเข้ากลุ่ม 4 ครั้ง และติดต่อกันไม่ได้ในครั้งที่ 5 - 6 จำนวน 1 คน สำหรับกลุ่มควบคุม 3 รายไม่ติดต่อกลับมาในการตอบแบบสอบถามหลังทดลอง และติดตามผล

สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ได้มีการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวนเตียง 372 เตียง ให้บริการครอบคลุมพื้นที่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดขอนแก่นหนองคาย อุดรธานี ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มีหน้าที่รับผิดชอบในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคจิตเวช เปิดการรักษาผู้ป่วยจิตเวชทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ได้แก่ โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า ปัญญาอ่อน โรคลมชัก ผู้ติดสารเสพติด ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ โดยมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุดดังนี้คือ ปี พ.ศ.2550 มีจำนวน 42,183 คน คิดเป็นร้อยละ 42.73 ปี พ.ศ.2551 มีจำนวน 40,260 คน คิดเป็นร้อยละ 43.09 ปี พ.ศ. 2552 มีจำนวน 35,839 คน คิดเป็นร้อยละ 42.80 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีการให้บริการในแผนกต่างๆ ดังต่อไปนี้

แผนกหอผู้ป่วยนอก มีการให้บริการตรวจรักษาเป็นบริการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยเปิดให้บริการทุกวันและเวลาราชการ โดยบริการที่ให้มีดังนี้คือ 1) ให้บริการตรวจ วินิจฉัย และบำบัดรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2) ให้คำปรึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไป 3) บริการตรวจพิเศษต่าง ๆ เพื่อประกอบการวินิจฉัยและบำบัดรักษาทางการแพทย์ 4) สนับสนุน ส่งเสริมการศึกษา และฝึกอบรมความรู้สุขภาพจิตและจิตเวชแก่บุคลากรทางสาธารณสุข นิสิต นักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงาน 5) พัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการอย่างต่อเนื่อง

แผนกหอผู้ป่วยใน เป็นบริการที่รับผู้ป่วยไว้บำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยมีหอผู้ป่วยทั้งหมด 5 หอ แบ่งเป็นหอผู้ป่วยหญิง 1 ตึก หอผู้ป่วยชาย 3 ตึก และหอผู้ป่วยพิเศษสำหรับผู้ป่วยที่

เบิกค่ารักษาจากต้นสังกัดได้ และยังแบ่งหอผู้ป่วยชายตามเขตจังหวัดที่รับผิดชอบ คือตึกขงโค ให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเขตพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ตึกเฟื่องฟ้าให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเขตพื้นที่จังหวัดหนองคาย ร้อยเอ็ด มหาสารคาม ตึกฝ้ายคำให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเขตพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ และอุดรธานี โดยการบริการในหอผู้ป่วยในครอบคลุมการบำบัดรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบลง พุดคุยสื่อสารเข้าใจ ผู้ป่วยจะจิตเวชทั่วไปจะได้รับการจัดให้เข้ากลุ่มตามสภาพปัญหาของตนเอง ได้แก่กลุ่มอาชิวะบำบัด กลุ่มจิตบำบัด ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล กลุ่มกิจกรรมบำบัดรายกลุ่ม และกลุ่มจริยธรรม สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาทางด้านยาเสพติดจะได้รับการจัดให้เข้ากลุ่มจิตสังคมบำบัดร่วมด้วย และผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน เช่นผู้ป่วยลุ่มหลง ผู้ป่วยที่ถูกญาติทอดทิ้ง และผู้ป่วยที่ไม่มีญาติดูแล จะได้รับการช่วยเหลือจากทีมสหวิชาชีพได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ออกติดตามญาติและลงในพื้นที่ทำความเข้าใจกับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามเขตจังหวัดที่รับผิดชอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และจำนวนสมาชิกของครอบครัว สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ภาคผนวก ข)

1.2 แบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

แบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาโดยแมคและซุง (Mak & Cheung, 2008) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อแบ่งออกได้เป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านอารมณ์ (affective) (ข้อ 1-7) 2) ด้านความคิด (cognitive) (ข้อ 8-14) และ 3) ด้านพฤติกรรม (behavioral) (ข้อ 15-22) คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = เห็นด้วย และ 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ภาคผนวก ข) วิธีการคิดคะแนน โดยการนำเอาคะแนนรายข้อมารวมกัน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบ

ประเมิน มีค่าระหว่าง 22 - 88 การแปลผลระดับของความรู้สึกเป็นตราบาป คือถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึงมีความรู้สึกเป็นตราบาปมาก และถ้ามีคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความรู้สึกเป็นตราบาปน้อย

แบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นตราบาป และการจัดประชุมเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาปในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพิการทางสมอง ทดสอบความเที่ยงตรงเชิงสภาพ (Concurrent Validity) โดยนำแบบทดสอบไปเปรียบเทียบกับแบบประเมินความเครียดในญาติผู้ดูแล พบว่าแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบประเมินความเครียดในญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ยังทดสอบความตรงเชิงพยากรณ์ (Predictive Validity) โดยวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของความรู้สึกเป็นตราบาปต่อความรู้สึกเป็นภาระเชิงนามธรรม และความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ พบว่าความรู้สึกเป็นตราบาปสามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้สึกเป็นภาระเชิงนามธรรม และความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ สำหรับการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช แมคและซุง (Mak & Cheung, 2008) นำไปทดสอบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 108 คน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยพิการทางสมองจำนวน 10 คนรวม 318 คน ผลพบว่าแบบประเมินมีความเชื่อมั่น (Cronbach's α) เท่ากับ 0.94 จะเห็นได้ว่าแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาโดยแมคและซุง (Mak & Cheung, 2008) นี้ เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะนำมาประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการแปลแบบประเมินของแมคและซุง (Mak & Cheung, 2008) ฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยใช้เทคนิค forward-back translation คือ แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและแปลกลับจากภาษาไทยมาเป็นภาษาอังกฤษเหมือนเดิม (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000) ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) กระบวนการแปลเครื่องมือ (Translation)

1.1 หลังจากได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้แปลต้นฉบับของแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปโดยแมคและซุง (Mak & Cheung, 2008) จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย

1.2 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านภาษา 2 ท่านตรวจสอบความตรงทางด้านภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านภาษา 1 ท่านแปลแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปโดยแมคและซุง จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านภาษา 1 ท่านแปลฉบับภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษ

1.3 ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปที่แปลกลับเป็นภาษาไทยทั้งของผู้วิจัย และผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาหาข้อสรุปของข้อคำถามในแบบประเมินอีกครั้งก่อนนำไปใช้

2) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาป ไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คนที่หอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และวัดค่าความเชื่อมั่น โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านพฤติกรรมการแสดงออก เท่ากับ 0.94, 0.84, 0.89 และ 0.85 ตามลำดับ

สำหรับในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติไปทดสอบความเชื่อมั่นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำนวน 34 คนที่หอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และวัดความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านพฤติกรรมการแสดงออก เท่ากับ 0.94, 0.80, 0.85 และ 0.89 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดของ Sherman (2003) ที่เรียกว่า SAFE Program (Support and Family Education Program) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา โดยมีแผนการดำเนินโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาทั้งหมด 6 ครั้ง ดังต่อไปนี้คือ

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจความคาดหวังในการเข้ากลุ่ม และสำรวจความรู้สึกเป็นตราบาปในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 2 ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการป้องกันอาการทางจิตกำเริบ

ครั้งที่ 3 ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์

ครั้งที่ 5 การดูแลตนเองด้านจิตใจและการปรับเปลี่ยนความคิดที่ช่วยลดความเครียด

ครั้งที่ 6 การเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนรายละเอียดของโปรแกรม ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ก.

ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ก่อนที่ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่านคือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะมาพิจารณา และแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มควบคุมดังนี้

3.1 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง มีดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแผนการสอน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง สัปดาห์เว้นสัปดาห์ รวม 5 สัปดาห์ ภายหลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คนละ 1 เล่ม

3.2 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม มีดังนี้

เมื่อเริ่มดำเนินการศึกษาผู้วิจัยแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน ในขณะที่กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ในกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้ให้เบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อ เพื่อให้คำปรึกษาในกรณีที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ผู้วิจัยนัดให้กลุ่มควบคุมมาตอบแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติอีกครั้งพร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คนละ 1 เล่ม

3.3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมตัวผู้วิจัย และการเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ก่อนดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้ คือ 1) ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นระยะเวลา 4 เดือน 2) ผ่านการฝึกอบรมและฝึก

ปฏิบัติการทำกลุ่มละครจิตบำบัดและกลุ่มจิตบำบัด ขณะศึกษาในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และ 3) ประสพการณ์การทำกลุ่มจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้รับการอบรมเฉพาะทางทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มจิตศึกษาจากผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลวิจัย

2.2 หลังจากได้รับหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยนำหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และ โครงร่างการวิจัย แนบเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

2.4 หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยนำหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แสดงต่อหัวหน้าตึกต่างๆ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในหอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน

- หอผู้ป่วยนอก หลังจากผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกแล้ว ผู้วิจัยได้ ดำเนินการดังนี้

- 1) ตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วย เพื่อค้นหาผู้ป่วยจิตเภท
- 2) ตรวจสอบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีญาติมาด้วยหรือไม่ หลังจากพบว่าญาติผู้ดูแลมาด้วย ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์การคัดเข้าอีกครั้ง
- 3) ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ทราบถึงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิต่างๆของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิต

เกณฑ์ในการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยว่า ไม่มีข้อบังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย และผู้วิจัยจะขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างจะยุติการบันทึกข้อมูลในช่วงใดก็ได้ ข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกนำเสนอทางวิชาการในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ และ ใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น เมื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยินดีเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเซ็นชื่อลงในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ดังแสดงในภาคผนวก ก

- หอผู้ป่วยใน หลังจากผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยใน (ศรีตรัง และชงโค) ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1) ติดต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภท หรือญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล

2) ตรวจสอบคุณสมบัติญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์การคัดเข้า

3) ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ทราบถึงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิต่างๆของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่มีข้อบังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย และผู้วิจัยจะขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างจะยุติการบันทึกข้อมูลในช่วงใดก็ได้ ข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกนำเสนอทางวิชาการในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ และ ใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น เมื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยินดีเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเซ็นชื่อลงในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ดังที่แสดงในภาคผนวก ก

4) ผู้วิจัยประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังที่แสดงในภาคผนวก ข. โดยใช้ภาษาท้องถิ่นเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

5) มีผู้ยินยอมลงนามเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย 40 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยสุ่มจับฉลากแบ่งเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามลำดับ และในกลุ่มทดลองแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เมื่อทำการทดลองปรากฏว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเหลือผู้เข้ากลุ่ม กลุ่มละ 17 คน เนื่องจากในกลุ่มทดลองมีผู้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษามาเข้ากลุ่ม 4 ครั้ง 2 คน และเข้ากลุ่ม 2 ครั้ง 1 คน เมื่อติดต่อให้กลับมาเข้ากลุ่มชดเชยอีกครั้งไม่สามารถติดต่อได้ 2 คน อีก 1 คน บอกว่าไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก สำหรับกลุ่มควบคุมไม่สามารถติดต่อได้ 3 คน ดังนั้นในกลุ่มทดลอง แบ่งออกเป็น

กลุ่มที่ 1 เข้ากลุ่มวันเสาร์จำนวน 8 คน และกลุ่มที่ 2 เข้ากลุ่มวันอาทิตย์จำนวน 9 คน โดยมีผู้ป่วยมาเข้าร่วมกลุ่มด้วยจำนวน 2 คน รวมเป็น 11 คน ในการทำการทดลองแต่ละครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา และในกลุ่มควบคุมดังนี้

3.1 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง มีดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แผนการสอน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง สัปดาห์เว้นสัปดาห์ รวม 5 สัปดาห์ ภายหลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้สึกร่วมเป็นตารางในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังที่แสดงในภาคผนวก ข พร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คนละ 1 เล่ม

3.2 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม มีดังนี้

เมื่อเริ่มดำเนินการศึกษาผู้วิจัยแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน ในขณะที่กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา และในกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้ให้เบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อ เพื่อให้คำปรึกษาในกรณีที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ผู้วิจัยนัดให้กลุ่มควบคุมมาตอบแบบประเมินความรู้สึกร่วมเป็นตารางในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังที่แสดงในภาคผนวก ข พร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คนละ 1 เล่ม

3.3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม บรรยาย วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test และ χ^2
3. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ t-test ด้วยการทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูลความรู้สึกร่วมเป็นตารางด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov และทดสอบความแปรปรวนของข้อมูลความรู้สึกร่วมเป็นตารางในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Levene's test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในเวลาระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา และ หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

5. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลเมื่อเริ่มการศึกษาและภายหลังสิ้นสุดการศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลที่ผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยมีการเสนอข้อมูลในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาและกลุ่มควบคุม ได้แก่ (1) เพศ (2) อายุ (3) สถานภาพสมรส (4) ระดับการศึกษา (5) อาชีพ (6) จำนวนสมาชิกในครอบครัว (7) รายได้ครอบครัว (8) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และ (9) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาและกลุ่มควบคุม ได้แก่ (1) เพศ (2) อายุ (3) สถานภาพสมรส (4) ระดับการศึกษา (5) อาชีพ (6) ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจากสิ้นสุดการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย (1) ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 34 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 23 คน (ร้อยละ 67.65) มีอายุเฉลี่ย 54.26 ปี ($SD = 13.49$) มีสถานภาพสมรสอยู่ 26 คน (ร้อยละ 76.47) เรียนจบระดับชั้นประถมศึกษา 29 คน (ร้อยละ 85.29) มีอาชีพทำนา / เกษตรกรรม

19 คน (ร้อยละ 55.88) มีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5.21 คน (SD = 1.72) มีรายได้อยู่ในช่วง 0 - 5,000 บาท 21 คน (ร้อยละ 61.76) มีความสัมพันธ์โดยเป็นพ่อ/แม่ของผู้ป่วย 26 คน ร้อยละ (76.47) และมีระยะเวลาเฉลี่ย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 11.04 ปี (SD = 8.51)

ตาราง 1 และ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในเรื่องเพศ อายุ มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาเฉลี่ย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้ว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของลักษณะทั่วไป

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 34)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 17) n (%)	กลุ่มควบคุม (n = 17) n (%)	χ^2
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท			
เพศ			
ชาย	5 (29.41)	6 (35.29)	1.000 ^{ns}
หญิง	12 (70.59)	11 (64.71)	
สถานภาพสมรส			
หม้าย /หย่า /แยก	5 (29.41)	3 (17.65)	0.688 ^{ns}
คู่	12 (70.59)	14 (82.35)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	16 (94.12)	13 (76.47)	0.335 ^{ns}
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	1 (5.88)	4 (23.53)	
อาชีพ			
ทำนา / เกษตรกรรม	8 (47.06)	11 (64.71)	0.491 ^{ns}
รับจ้าง / แม่บ้าน / รับราชการ	9 (52.94)	6 (35.29)	

ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 34) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 17) n (%)	กลุ่มควบคุม (n = 17) n (%)	χ^2
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	9 (52.94)	12 (70.59)	0.296 ^{ns}
มากกว่า 5,000 บาท	8 (47.06)	5 (29.41)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
พ่อ / แม่	13 (76.47)	13 (76.47)	1.000 ^{ns}
ภรรยา / สามี / พี่ / น้อง	4 (23.53)	4 (23.53)	

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแล มีจำนวนทั้งหมด 34 คน แบ่งออกเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 24 คน (ร้อยละ 70.59) มีอายุเฉลี่ย 34.35 ปี (SD = 7.65) มีสถานภาพสมรสโสด 25 คน (ร้อยละ 73.53) มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา 20 คน (ร้อยละ 58.82) ว่างาน 20 คน (ร้อยละ 58.82) มีประวัติการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 26 คน (ร้อยละ 76.47) และมีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษเฉลี่ย 2.44 ครั้ง (SD = 2.70)

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 34)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 17) n (%)	กลุ่มควบคุม (n = 17) n (%)	χ^2
ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแล			
ชาย	11 (64.71)	13 (76.47)	0.708 ^{ns}
หญิง	6 (35.29)	4 (23.53)	

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 34) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 17) n (%)	กลุ่มควบคุม (n = 17) n (%)	χ^2
ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแล			
ชาย	11 (64.71)	13 (76.47)	0.708 ^{ns}
หญิง	6 (35.29)	4 (23.53)	
สถานภาพสมรส			
โสด	11 (64.71)	14 (82.35)	0.438 ^{ns}
หม้าย /หย่า /แยก /คู่	6 (35.29)	3 (17.65)	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา	8 (47.06)	6 (35.29)	0.728 ^{ns}
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	9 (52.94)	11 (64.71)	
อาชีพ			
ว่างงาน	10 (58.82)	10 (58.82)	1.000 ^{ns}
รับจ้าง/ ทำนา / เกษตรกรรม /รับราชการ	7 (41.18)	7 (41.18)	
ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล			
เคย	15 (88.24)	11 (64.71)	0.225 ^{ns}
ไม่เคย	2 (11.76)	6 (35.29)	

ns = not significant (p > .05)

ตาราง 2 และ 3 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > 0.05$ ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของลักษณะทั่วไป

ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 34)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	
	(n = 17)		(n = 17)			
	$\bar{X}$	(SD)	range	$\bar{X}$	(SD)	range
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท						
อายุ (ปี)	54.88	(14.11)	18 - 74	53.65	(13.24)	42 - 81
ระยะเวลาในการดูแล	11.57	(8.81)	0.67- 30	10.50	(8.43)	0.58-33
ผู้ป่วยจิตเภท (ปี)						
จำนวนสมาชิก (คน)	5.18	(1.81)	2 - 8	5.24	(1.68)	3 -10
ในครอบครัว						
ผู้ป่วยจิตเภท						
อายุ (ปี)	34.82	(7.21)	21-47	31.88	(8.01)	21-49
ประวัติการเข้ารับการ	2.59	(2.32)	0-8	2.29	(3.10)	0-13
รักษาในโรงพยาบาล						
(ครั้ง)						

ns = not significant ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกละอายใจเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย t-test ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นดังต่อไปนี้คือ (ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูษและยุวดี ภาษา, 2549) 1) ข้อมูลของตัวแปรแต่ละตัวมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ(Normality) การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นนี้ทำได้โดยใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov test ผลจากการทดสอบพบว่า คะแนนความรู้สึกละอายใจเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง ($p = 0.99$) และหลังการทดลอง ($p = 0.60$) มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ 2) เป็นการตรวจสอบว่าข้อมูลที่รวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างต่างกลุ่มกันตั้งแต่ 2 กลุ่มว่ามีความแปรปรวนเท่ากันหรือไม่ ในการใช้สถิติ t-test มีการตรวจสอบความแปรปรวนโดยใช้สถิติ Levene test และพบว่าความแปรปรวนของข้อมูลระหว่างคะแนนความรู้สึกละอายใจเป็นตราบาประหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.87$) จากผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้นสรุปได้ว่า ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ t-test

สมมติฐานข้อที่ 1: ภายหลังสิ้นสุดการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นตราบาปลดลงกว่าก่อนทดลอง

ก่อนทำการเปรียบเทียบความรู้สึกเป็นตราบาประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในช่วงก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปีก่อนการทดลอง ระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test ผลการวิเคราะห์พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาโดยรวม และรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาโดยรวมและรายด้านในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 17$) และกลุ่มควบคุม ($n = 17$) ก่อนการทดลอง

ความรู้สึกเป็นตราบา	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	t
โดยรวม	51.41 (15.87)	48.00 (15.26)	0.639 ^{ns}
ด้านความคิด	17.00 (5.51)	14.76 (6.03)	1.129 ^{ns}
ด้านพฤติกรรมแสดงออก	16.76 (5.66)	14.82 (6.42)	0.935 ^{ns}
ด้านอารมณ์	17.65 (6.02)	18.41 (4.06)	-0.434 ^{ns}

ns = no significant ($p > .05$)

จากสมมติฐานที่ว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นตราบาปลดลงกว่าก่อนทดลอง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองโดยรวมก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเท่ากับ 51.41 (SD = 15.87) และหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในสัปดาห์ที่ 5 เท่ากับ 38.29 (SD = 9.11) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาโดยรวมระหว่างเวลาก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา และหลังจบโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ดังรายละเอียดที่แสดงในตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมและรายด้าน ใน
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ($n = 17$) และกลุ่มควบคุม ($n = 17$) ในระยะเวลาก่อน
และหลังทดลอง

ความรู้สึกเป็นตราบาป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean (SD)	t	Mean (SD)	t
โดยรวม				
ก่อนทดลอง	51.41 (15.87)	0.455**	48.00 (15.26)	1.349 ^{ns}
หลังทดลอง	38.29 (9.11)		44.59 (19.01)	
รายด้าน				
ด้านความคิด				
ก่อนทดลอง	17.00 (5.51)	4.776**	14.76 (6.02)	-0.243 ^{ns}
หลังทดลอง	12.59 (3.79)		15.06 (7.00)	
ด้านพฤติกรรมการแสดงออก				
ก่อนทดลอง	16.76 (5.66)	3.794**	14.82 (6.42)	0.991 ^{ns}
หลังทดลอง	13.06 (3.31)		13.94 (6.92)	
ด้านอารมณ์				
ก่อนทดลอง	17.65 (6.02)	3.466**	18.41 (4.06)	3.257**
หลังทดลอง	12.65 (3.02)		15.59 (6.13)	

ns = no significant ($p > 0.05$) , ** ($p < 0.01$)

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปรายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปด้านความคิดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา เท่ากับ 17.00 (SD = 5.51) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเท่ากับ 12.59 (SD = 3.79) สำหรับคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปด้านพฤติกรรมการแสดงออกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา เท่ากับ 16.76 (SD = 5.66) หลังเข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเท่ากับ 13.06 (SD = 3.31) และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเท่ากับ 17.65 (SD = 6.02) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเท่ากับ 12.65 (SD = 3.02) และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปรายด้าน ในญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ paired t-test หลังจากผ่านการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้น

พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นตราบาปด้านความคิด ด้านพฤติกรรมการแสดงออก และด้านอารมณ์ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$, $p < 0.01$ และที่ระดับ $p < 0.01$ ตามลำดับ ในขณะที่ญาติผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้สึกเป็นตราบาปไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง ดังแสดงในตาราง 5

สมมติฐานข้อที่ 2: ภายหลังสิ้นสุดการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นตราบาปลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

เนื่องจากคะแนนความรู้สึกเป็นตราบาปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความแตกต่างระหว่างบุคคลค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มควบคุม ทำให้ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้ไม่ตรงกับค่าที่ควรจะเป็น การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มอาจทำให้ไม่เห็นผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้ทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลองระหว่างกลุ่ม (pretest and posttest difference scores หรือ change scores) เพื่อดูความแตกต่างของผลการทดลองระหว่างกลุ่ม โดยอาศัยข้อมูลจากการเปรียบเทียบคะแนนก่อนการทดลองมาช่วยยืนยันข้อสรุป (Polit & Beck, 2004) ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้คะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลง (คะแนนความแตกต่างระหว่างก่อนทดลองกับหลังทดลองระหว่างกลุ่ม หรือ mean change scores) มาใช้ในการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมเท่ากับ 13.12 (SD = 11.18) ในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.41 (SD = 10.43) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นตราบาปด้วยสถิติ พบว่าหลังสิ้นสุดการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.016$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นตราบาปรายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นตราบาปด้านความคิดในกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) สำหรับความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นตราบาปด้านพฤติกรรมการแสดงออก ในกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ($p = 0.040$) และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.205$) ดังรายละเอียดที่แสดงในตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวม และรายด้าน ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 17$) และกลุ่มควบคุม ($n = 17$) ในระยะเวลาก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้สึกเป็นตราบาป	Mean (SD) ก่อนทดลอง	Mean (SD) หลังทดลอง	Mean (SD) change score	t change score
โดยรวม				
กลุ่มทดลอง	51.41 (15.87)	48.00 (15.26)	-13.12 (11.87)	2.532*
กลุ่มควบคุม	38.29 (9.11)	44.59 (19.01)	-3.41 (10.43)	
ด้านความคิด				
กลุ่มทดลอง	17.00 (5.51)	12.59 (3.79)	-4.41 (3.81)	-3.093**
กลุ่มควบคุม	14.76 (6.03)	15.06 (7.00)	0.29 (4.98)	
ด้านพฤติกรรมการแสดงออก				
กลุ่มทดลอง	16.76 (5.66)	13.06 (3.31)	-3.71 (4.03)	-2.136*
กลุ่มควบคุม	14.82 (6.42)	13.94 (6.92)	-0.88 (3.67)	
ด้านอารมณ์				
กลุ่มทดลอง	17.65 (6.02)	12.65 (3.02)	-5.00 (5.95)	-1.293 ^{ns}
กลุ่มควบคุม	18.41 (4.06)	15.59 (6.13)	-2.82 (3.57)	

ns = no significant ($p > 0.05$) , ** ($p < 0.01$) , * ($p < 0.05$)

สรุป การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปผลการศึกษาตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา พบว่ากลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกรับผิดชอบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเนื้อหาในบทนี้ นำเสนอข้อมูลการอภิปรายผลในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกรับผิดชอบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ให้อภิปรายผลข้อมูลส่วนบุคคลที่พบในการศึกษานี้ แล้วไปเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นที่ทำในเรื่องคล้ายกัน ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยไม่เกี่ยวกับความรู้สึกเป็นผิดชอบในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 34 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.35 ปี ($SD = 12.58$) มีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5 คน มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ยเท่ากับ 11.15 ปี ($SD = 8.20$) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.59) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 79.41) มีความสัมพันธ์โดยเป็นพ่อ/แม่ของผู้ป่วย (ร้อยละ 79.41) เรียนจบระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 88.24) มีอาชีพทำนา / เกษตรกรรม (ร้อยละ 61.76) มีรายได้อยู่ในช่วง 0 - 5,000 บาท (ร้อยละ 61.76) ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติมีจำนวนทั้งหมด 34 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 33.09 ปี ($SD = 7.83$) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.71) มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 76.47) มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 52.94) และว่างงาน (ร้อยละ 55.88) ในจำนวนผู้ป่วย จิตเภททั้งหมด มีผู้ป่วยที่มีประวัติไม่ได้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล 8 คน (ร้อยละ 23.53) ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลในกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษา 2 คน (ร้อยละ 5.88) และในกลุ่มควบคุม 6 คน (ร้อยละ 17.65) สำหรับในกลุ่มที่มีประวัติรักษาตัวในโรงพยาบาล มีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษารักษาตัวในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ครั้ง ($SD = 2.73$)

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาได้มีการอภิปรายผล ดังต่อไปนี้

ความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวม

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังสิ้นสุดการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) อธิบายได้ว่า

ความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และภายหลังสิ้นสุดการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและตามแนวคิดของ SAFE Program ที่มีทั้งการประทับประคองจิตใจ และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ การฝึกทักษะการแก้ปัญหา การดูแลตนเองด้านจิตใจของญาติผู้ดูแล และการเผชิญกับความทุกข์เป็นตราบาป ซึ่งในขณะที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาญาติผู้ดูแลได้เกิดเครือข่ายการดูแลซึ่งกันและกัน โดยมีการให้เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อกันได้ในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่มาเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของเฮย์แมน (Hayman, 2005) ที่ศึกษาโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิต พบว่าสามารถลดความรู้สึกเป็นตราบาปลงได้ เพราะมีการประทับประคองจิตใจ และให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการที่สะดวกต่อการติดต่อวิธีการติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวช การฝึกทักษะการแก้ปัญหา การลดความรู้สึกเป็นตราบาปโดยการพูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการสร้างเครือข่ายญาติผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งนี้โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาสำหรับญาติผู้ดูแลมีประโยชน์ต่อญาติผู้ดูแลที่ทำให้ลดการตำหนิตนเองและความรู้สึกผิดลงได้ โดย1) มีการสร้างความหวัง 2) สร้างความเป็นหนึ่งเดียวกัน และขจัดความแตกต่าง 3) มีการปรับตัวเข้าหากันในระหว่างเข้ากลุ่ม 4) มีการยอมรับซึ่งกันและกัน ในขณะที่เข้ากลุ่ม และ5) มีการสร้างพลังในขณะที่เข้ากลุ่ม (Dixon, Stewart, Burland, Delahanty, Luckstead & Hoffman, 2001; Hammond&Deans, 1995) เช่นเดียวกับการศึกษาของชิน (Shin, 2004) ที่จัดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาให้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชชาวเกาหลีจำนวน 48 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 24 คน และกลุ่มทดลอง 24 คน ประกอบด้วยการสนับสนุนประทับประคองด้านจิตใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคจิต อาการเตือนของโรคจิต และทักษะการสื่อสาร พบว่ากลุ่มจิตศึกษาสามารถลดความรู้สึกเป็นตราบาป ช่วยให้เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ และการเผชิญปัญหา

ที่ดีในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม เนื่องมาจากการมีความเข้าใจ และความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ประกอบกับการได้รับข้อมูลใหม่และนำมาประสมประสานกลายเป็นความรู้สู่การเปิดมุมมองใหม่ ส่งผลให้มีอิทธิพลต่อทัศนคติที่มีต่อความผิดปกติทางจิต ปรากฏว่าสามารถเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลได้ จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคคลที่ต้องเรียนรู้ใหม่ ซึ่งในกลุ่มจิตศึกษาการให้ความรู้โรคมึสาเหตุมาจากปัจจัยทางชีววิทยา สามารถลดความรู้สึกลึเป็นตราบาปได้ดี (Han, Chen, Hwang, & Wei ,2006) เพราะการที่ญาติผู้ดูแลได้รับความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคจิตเภท อาการแสดงที่มีอยู่โดยทั่วไปของโรคจิตเภท เช่น อาการเฉื่อยชา เชื่องช้า และผลกระทบของโรคที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย ดูเหมือนจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิต โดยญาติผู้ดูแลอาจจะมีการยอมรับมากกว่าเดิมว่า พฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทมาจากอาการทางด้านลบของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรม “ จี๋เกียจ ” ดังนั้นด้วยทัศนคติใหม่ที่เกิดขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลมีวิธีการใหม่ในการแก้ปัญหาที่ดีกว่าเดิม (Evers , Bradshaw , McGovern & Evers , 2002) สอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีทัศนคติใหม่เกิดขึ้น พบได้จากคำกล่าวที่ว่า “ คนไข้พวกนี้เวลามีหูแว่ว เราคงไปบอกเขาว่าไม่จริงไม่ได้ แต่เราต้องถามว่าเขารู้สึกกับหูแว่วยังไงมากกว่า ” หรือ “ ต่อไปนี้ฉันจะให้ลูกหากินเอง ไม่ไปคอยประเคนให้ตลอดเวลา เพราะทำให้ลูกไม่รู้ว่าจริงๆแล้วตัวเองก็ทำได้ ” หรือ “ ฉันนี้กว่าลูกฉันต้องพักผ่อนเพราะไม่สบาย แต่เพิ่งรู้ว่าทำให้ลูกฉันอาการไม่ดีขึ้น ฟังตัวเองไม่ได้ ” สำหรับสิ่งที่มองเห็นชัดเจนในเรื่องของทักษะการสื่อสารที่เพิ่มขึ้นในกิจกรรมพูดจาภาษาดอกไม้ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกล่าวว่า “ เวลาพูดกับลูกต้องมีสีหน้าท่าทางที่เป็นมิตร ไม่พูดคำหยาบเมื่อทำไม่ถูกแต่ให้คอยบอกว่าทำอย่างไรถึงจะถูกต้อง ให้ชมเมื่อทำความดี ” หรือ “ ได้รู้ว่าสามารถบอกความรู้สึก ความต้องการของตัวเองได้ ทำให้สบายใจขึ้นที่ได้พูดออกไป ” หรือ “ ได้รู้จักช่องทางในการพูดจากับผู้ป่วย ” และความรู้สึกมีพลังที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้กล่าวถึงคือ “ หลังจากฉันมาเข้ากลุ่มญาติกับคุณหมอเหมือนกับฉันถูกหอย เพราะน้องของฉันไม่ออกไปไหนเองเหมือนแต่ก่อน จะไปไหนก็ต้องไปกับฉัน ”

เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ตามกระบวนการของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาพบว่าโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาสามารถนำมาลดความรู้สึกลึเป็นตราบาปในรายด้านคือด้านความคิด และพฤติกรรมการแสดงออกได้ดังต่อไปนี้

ความรู้สึกเป็นตราบาปด้านความคิด

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังสิ้นสุดการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปด้านความคิดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า ภายหลังสิ้นสุดการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปด้านความคิดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.01$) อธิบายได้ว่า

เนื่องจากความรู้สึกเป็นตราบาปด้านความคิดมาจากความรู้สึกรังเกียจเฉียดฉันทที่ เป็นผลมาจากความเชื่อที่ผิดที่มีมาตั้งแต่ดั้งเดิม (Stereotypes) โดยเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอันตรายต่อคนรอบข้าง สามารถเกิดอาการกำเริบได้ตลอดเวลาโดยไม่สามารถคาดเดาได้ (Corrigan, 2000; Dietrich, Beck, Bujantugs, Kenzine, Matschinger & Angermeyer, 2004) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับเรื่องเกียรติยศชื่อเสียงของครอบครัว ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่สร้างความเสื่อมเสียให้กับตนเองและครอบครัว เช่น ถอดเสื้อผ้า ชุดาคนรอบข้าง (Lin & Lin, 1980) ความรู้สึกอับอายต่อการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว หรือความรู้สึกว่าถูกรังเกียจจากคนรอบข้าง ควรถูกทดแทนด้วยความรู้ที่ถูกต้องว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางสมองและมีการเปิดโอกาสให้มีการได้รู้จักกับผู้ป่วยจิตเภทด้วย (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005)

ดังนั้นการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นตราบาปด้านความคิดลดลง อธิบายได้ว่าในโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษามีผลลดความรู้สึกเป็นตราบาปเพราะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะและผลลัพธ์ของโรคจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว (Magliano, Fiorillo, Malangone, Rosa & Maj, 2006) โดยมีการนำเสนอว่าโรคจิตเภทมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางด้านชีววิทยาประสมประสานกับปัจจัยความเครียดทางด้านจิตสังคม ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะและผลลัพธ์ของโรคจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

และจากมุมมองที่ว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช่สาเหตุของการเกิดโรค แต่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นจุดแข็งและแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องใช้ทั้งการรักษาทางด้านยาและการรักษาทางด้านจิตใจ โดยมีครอบครัวมีส่วนร่วม (Bauml et al., 2006 ; Fowler, 1992 ; Hammond & Deans, 1995 ;) เมื่อญาติผู้ดูแลได้มีโอกาสพูดคุยแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์และได้รับข้อมูลคำแนะนำต่างๆ จากผู้นำกลุ่มและญาติผู้ดูแลคนอื่นๆในกลุ่ม ซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (Magliano et al., 2005; Jeppesen et al., 2005 ; Montgomery et al., 1985) ทั้งนี้ชุมชนและแมคเคย์ (Czuchta & McCay) ได้กล่าวว่าการที่จะลดความรู้สึกเป็นตราบาปได้ควรจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลที่เป็น

ผู้ปกครองลดความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องมารับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังเช่นในการศึกษาของมาลโดนาโดและยูริซาร์ (Maldonado & Uri'zar, 2007) พบว่าเมื่อมีการจัดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้ยอมรับความผิดปกติของโรคที่เกิดขึ้น ช่วยให้อาจทัศนคติความเชื่อที่มีอยู่ตั้งแต่ดั้งเดิมว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่เป็นอันตรายและไร้ความสามารถ ทั้งนี้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงเมื่อมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท คือการลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความรู้สึกเป็นตราบาป (Maldonado & Uri'zar, 2007) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่าเมื่อมีการให้ข้อมูลกับญาติผู้ดูแลว่าโรคจิตเภทมีสาเหตุจากปัจจัยทางด้านชีววิทยาคือความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองของผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับความเปราะบางต่อผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่มีต่อจิตใจ ดังนั้นการรับประทายาต้านโรคจิตจึงช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตสงบลง เนื่องจากยาต้านโรคจิตจะทำให้สารสื่อประสาทในสมองของผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมดุล ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านจิตสังคมคือ ดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภททำกิจกรรมหรืองานต่างๆตามความสามารถของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นได้ จึงพบว่าญาติผู้ดูแลมีความคิดในทางบวกหรือทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังเช่นครั้งนี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้กล่าวว่า “ก็ต้องยอมรับว่าโรคนี้อาจทำให้คนไข้เป็นโรคทางสมอง ทำให้หงุดหงิดง่าย ก็คงต้องให้กินยาไปตลอดชีวิตนั่นแหละ” หรือ “สมองของผู้ป่วยไม่ปกติเหมือนคนธรรมดา และโรคนี้คงไม่หายขาด ต้องอยู่ด้วยกันให้ได้ ถึงยังงี้ก็เป็นลูก” หรือ “ตอนนี้ยังไม่มีทุนให้น้องชายไปเปิดร้านขายอาหารหรือก แต่ถ้ามึงงานบุญก็จะให้น้องชายไปช่วยงานเขา เขาจะให้เงินเท่าไร หรือไม่ให้ก็ไม่ว่า อยากให้น้องชายได้ฝึกตัวเอง ”

ความรู้สึกเป็นตราบาปด้านพฤติกรรมการแสดงออก

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังสิ้นสุดการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นตราบาปด้านพฤติกรรมการแสดงออก ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า ภายหลังสิ้นสุดการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปด้านพฤติกรรมการแสดงออกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) อธิบายได้ว่า

ความรู้สึกเป็นตราบาปด้านพฤติกรรมการแสดงออก เป็นพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงที่จะติดต่อกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น เป็นผลเนื่องมาจากการรับรู้ความรู้สึกรังเกียจเคียดแค้นของคนในสังคมที่มีต่อครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแล (Corrigan & Matthews, 2003) การที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมแสดงออกดีขึ้น ไม่มีการแสดงออกถึงความรังเกียจผู้ป่วยจิตเภทหรือหลีกเลี่ยงการติดต่อกับผู้ป่วยจิตเภทหรือบุคคลอื่นๆนอกครอบครัว เพราะขณะร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ

โรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับได้รับการประทับประคองจิตใจขณะระบายความรู้สึกต่างๆ ประกอบกับได้รับการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาและการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทและคนรอบข้างเพื่อสร้างบรรยากาศที่ดี ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกผ่อนคลายความเครียดและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นตราบาป ส่งผลให้มีความคิดหรือทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท จึงทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยรวมทั้งยังสามารถสอนผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องการควบคุมความเครียดและทักษะการแก้ปัญหา (Lucksted, Stewart & Forbes, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของชิฮาบัดดีนและโกปีนาท (Shihabuddeen & Gopinath, 2005) ที่ได้จัดกลุ่มจิตศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 23 คนพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นตราบาปลดลงหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังเช่นในการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าญาติผู้ดูแลรู้สึกถึงความรับผิดชอบต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกล่าวว่า “ได้รับรู้ว่าถึงแม้ว่าญาติคนอื่นในกลุ่มต้องรับภาระดูแลคนไข้โรคจิต 2 คน แต่เขาก็กังอยู่ได้” สำหรับการควบคุมความเครียดที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้กล่าวถึงคือ “หลังจากมาเข้ากลุ่มญาติแล้วรู้สึกควบคุมอารมณ์ของตัวเองได้มากขึ้น เพราะจำที่คุณพยาบาลเคยบอกไว้ว่า ไม่ควรทะเลาะกับลูกเวลาเขามีอาการ ให้ควบคุมอารมณ์ตัวเอง เพราะถ้าโมโหใส่ลูกก็เหมือนเอาน้ำร้อนสาดใส่กัน ก็รู้สึกดีนะพอควบคุมอารมณ์ได้”

ความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังสิ้นสุดการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ลดลงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำให้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อธิบายได้ว่า

ความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ เป็นการตอบสนองอารมณ์ทางด้านลบมีสาเหตุมาจากการที่สังคมได้ตัดสินว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มของบุคคลที่มีตราบาปเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากมีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับการที่บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปในตนเอง (Self-stigma) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้านลบของตนเองต่อการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล เช่น อับอาย รู้สึกถูกรังเกียจ รู้สึกเศร้า รู้สึกต่ำต้อย รู้สึกหมดหวัง สิ้นหวัง ไม่ไว้วางใจ รู้สึกผิด อับอาย ไม่มั่นใจ มีปมด้อย และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ปกปิดสภาพของความเป็นตราบาปจากบุคคลอื่น (Corrigan & Watson, 2001 ; Goffman, 1963; Magaña, García, Hernández & Cortez, 2007; Martens & Addington, 2002; Struening, Perlick & Link, et al, 2001) ดังนั้นการให้โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเฉพาะในกลุ่มญาติผู้ดูแลจึงอาจทำให้ไม่เกิดความแตกต่างที่เห็นชัดเจนของความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์เมื่อเปรียบเทียบระหว่างญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มจิตศึกษา กับกลุ่มควบคุม เพราะความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นการตอบสนองอารมณ์ทางด้านลบ เป็นรูปแบบหนึ่งของขั้นตอนทางสังคม ที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะการกีดกัน ปฏิเสธ คำหยาบ หรือเป็นการลดค่าที่เป็นผลมาจากการตัดสินว่าบุคคลหรือกลุ่มนั้นเป็นที่ต่อต้านของสังคม (Weiss & Ramakrishna, 2004) จึงต้องมีการจัดโปรแกรมการต่อต้านความรู้สึกเป็นตราบาปในระดับชุมชน ซึ่งในขณะนี้ได้มีการจัดโปรแกรมต่อต้านความรู้สึกเป็นตราบาปโดยองค์การอนามัยโลก ในหลายประเทศชื่อว่า Open the Doors Programme โดยมี 1) การต่อต้านการเผยแพร่ทางสื่อต่างๆในเรื่องการให้ความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท 2) โปรแกรมการให้ความรู้ที่ส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการบำบัดรักษา 3) การส่งเสริมให้คนในชุมชนได้พูดคุยติดต่อกับผู้ป่วยจิตเภท (Sartorius & Schulz, 2005) ดังเช่นในประเทศเยอรมันได้จัดการรณรงค์ต่อต้านความรู้สึกเป็นตราบาปในระดับชุมชน เรียกว่าเรียกว่า BASTA (Bavarian Anti- Stigma Action) ด้วยการส่งเสริมให้คนในชุมชนได้พูดคุยติดต่อกับผู้ป่วยจิตเวชโดยทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ มีการขยายขอบเขตการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตไปถึงโรงเรียนและสถานีดำรง โดยผู้ป่วยจิตเวชมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเวชได้แสดงนิทรรศการงานศิลปะต่างๆ นอกจากนี้สันนิบาตจิตเวชแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Alliance of the Mentally III) ได้จัดโปรแกรมการให้ความรู้ที่ได้ผลในการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในระดับชุมชนเรียกว่า “การหยุดความรู้สึกเป็นตราบาป” โดยการกดดันให้มีกฎหมายปกป้องผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตในบ้านและที่ทำงาน (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005) และในเรื่องเกี่ยวกับความเชื่อหรือความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทในบุคคลทั่วไปที่ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง จากความเชื่อที่มีอยู่ดั้งเดิม (Stereotypical) ว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเป็นอันตรายต่อสังคมได้ตลอดเวลา โดยไม่สามารถคาดเดาได้ร่วมกับการเสนอข่าวอย่างสม่าเสมอเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง ดังนั้นต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภทกับผู้ที่นำเสนอข่าวสารต่างๆด้วยเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้องกับวารสารศาสตร์หรือหนังสือพิมพ์ รวมทั้งผู้ที่ทำหน้าที่ทางด้านสื่อสารมวลชนต้องมีความรับผิดชอบในการนำเสนอข่าวที่ไม่ก่อให้เกิดตราบาปในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ดังที่ได้มีโปรแกรมดังกล่าวเกี่ยวกับเรื่องความรับผิดชอบในการนำเสนอข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในประเทศออสเตรเลียชื่อว่า “ SANE Stigma-Watch program ” (Hocking, 2003)

สรุปได้ว่าโปรแกรมการต่อต้านความรู้สึกเป็นตราบาปในโรคจิตจะต้องประกอบด้วย 1) การต่อต้านตราบาปจากการเจ็บป่วยทางจิตของคนในสังคม 2) การให้ความรู้ และ 3) การได้สัมผัสพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเวช (Corrigan & Penn, 1999) จะเห็นได้ว่าในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายปกป้องผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตในบ้านและที่ทำงาน รวมทั้งไม่มีโปรแกรมต่อต้านความรู้สึกเป็นตราบาป

ที่เห็นได้ชัดเจน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาจึงยังต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่เป็นการตอบสนองอารมณ์ทางด้านลบ ที่คนในสังคมได้ตอกสัลักตราบาปมายังผู้ป่วยจิตเภทและคนในครอบครัว โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากระบบของสังคม จึงเป็นไปได้ว่าการลดความรู้สึกเป็นตราบาปที่กระทำเฉพาะในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาจึงไม่อาจเพียงพอที่จะลดความรู้สึกเป็นตราบาปจนเกิดความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมได้อย่างชัดเจน

เมื่อพิจารณาถึงจำนวนครั้งและระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจมีจำนวนครั้งและระยะเวลาน้อยเกินไปในการดำเนินโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาครั้งนี้ ทำให้ไม่มีความแตกต่างของความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา และกลุ่มควบคุม เพราะในการศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา 6 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นที่มีการกล่าวถึงประเด็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ดังเช่นจากการศึกษาของลักสเต็ดและคณะ (Lucksted, Stewart & Forbes, 2008) พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของการตอบสนองอารมณ์ทางด้านลบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 31 คนที่เข้าร่วมกลุ่มให้ความรู้ญาติที่มีลักษณะเช่นเดียวกับโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในระยะเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง โดยในการศึกษาของลักสเต็ดและคณะ (Lucksted, Stewart & Forbes, 2008) พบว่าการมีเปลี่ยนแปลงของการตอบสนองอารมณ์ทางด้านลบของญาติผู้ดูแล ได้แก่ ความสิ้นหวังและความผิดหวังน้อยลง ความรู้สึกกลัวน้อยลงในเรื่องราวะวิกฤตในอนาคต ความวิตกกังวลน้อยลง รวมทั้งความโกรธ รู้สึกผิด และรู้สึกถูกตำหนิน้อยลงเช่นเดียวกัน ในขณะที่เดียวกันมีการเพิ่มความหวัง ความเข้มแข็ง ความมั่นใจและรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถมากขึ้น ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่เลวร้าย ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ในช่วงที่มีการบำบัดรักษา สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการบำบัดได้ เพราะอารมณ์มีบทบาทสำคัญในประสิทธิภาพของมนุษย์ อารมณ์จึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีการเน้นย้ำไปในการให้ความรู้ การพิจารณาไตร่ตรอง และการมีปฏิสัมพันธ์ รวมทั้งอารมณ์ยังมีอิทธิพลต่อการให้ข้อมูล การตั้งเป้าหมาย และการควบคุมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Greenberg, Rice, & Elliot, 1993 ; Parker & Wampler, 2006)

ในขณะเดียวกันจากผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ ที่ลดลงเช่นเดียวกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มควบคุมจำนวน 3 คนได้รับคำปรึกษาจากผู้วิจัย โดยทางโทรศัพท์ รวมทั้งญาติผู้ดูแลจำนวน 1 คน ได้พบกับผู้วิจัยในขณะที่พาผู้ป่วยจิตเภทมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จึงได้รับคำปรึกษาและระบายความรู้สึกต่างๆ จากการที่

ต้องมาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับการให้ข้อมูลเรื่องหน่วยบริการ หรือการให้บริการที่เหมาะสมต่างๆที่ผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับ รวมทั้งการจัดการเมื่ออาการทางจิตกำเริบ ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกกังวลไม่ทอดทิ้ง และไม่รู้สึกละเลย ช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นครอบครัวได้ (Eggar, 1990) รวมทั้งการได้ระบายความรู้สึกต่างๆ ทั้งความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ ยากหนักหนีออกจากสังคม โดยได้รับการประคับประคองสนับสนุนทางด้านอารมณ์ความรู้สึกร่วมด้วย สามารถจัดการความรู้สึกที่ถูกกีดกันออกจากสังคมได้ รวมทั้งความรู้สึกผิด การถูกดำเนินคดี ความรู้สึกเป็นปรปักษ์ และความรู้สึกหมดหวัง สิ่งเหล่านี้เกิดจากการทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีความเข้าใจในโรคจิตเภทมากขึ้นก่อให้เกิดความมั่นใจในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้ (Agius, 2004, Jubb & Shanley, 2002) นอกจากนี้จากการศึกษาของทอร์เรส และคณะ (Torres, Oraa, Stegui, Rivas & Guimon, 2007) พบว่าการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นครอบครัวเนื่องจากญาติผู้ดูแลไม่ทราบว่าวันใดที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนกระทั่งผู้ป่วยจิตเภทต้องมานอนพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างไม่คาดคิด ญาติผู้ดูแลจึงรู้สึกอายนะและอยากปกปิดเพราะไม่รู้ว่าผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาลได้หรือไม่ และถ้าคนอื่น ๆ ในชุมชนทราบคงจะเป็นเวลาที่ยากลำบากสำหรับผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติในชุมชน เช่น แต่งงานหรือทำงาน ซึ่งความรู้สึกปกปิดว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องมานอนพักรักษาอยู่โรงพยาบาลเป็นตัวแปรสำคัญของความรู้สึกเป็นครอบครัว (Phelan et al, 1998 ; Thara & Srinivasan 2000) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลหลีกเลี่ยงที่จะพูดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของคนในครอบครัวเพื่อปกป้องตนเองจากความรู้สึกเสียหน้า (Chang & Horrocks, 2006) ญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม อาจปกปิดความรู้สึกเป็นครอบครัวด้านอารมณ์ จึงพบว่าการศึกษานี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมมีความรู้สึกเป็นครอบครัวด้านอารมณ์ไม่แตกต่างจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาหลังจากเข้ากลุ่มจิตศึกษา เพราะเป็นเรื่องปกติที่ความรู้สึกเป็นครอบครัวเป็นสิ่งที่ผูกติดกับการเจ็บป่วยทางจิต (Alem et al, 1999) ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งญาติผู้ดูแลควรได้รับการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ เช่นกลุ่มจิตศึกษา การสนับสนุนประคับประคองทางด้านจิตใจ รวมทั้งการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปในระดับชุมชนเพื่อให้เกิดความรู้สึกเกรงใจเกื้อหนุนที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว (Martens & Addington, 2001 ; McFarlane, 2004, Shin, 2004 ; Rüscher, Angermeyer & Corrigan, 2005)

บทที่ 6

บทสรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและ SAFE Program (Support and Family Education Program) โดยผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 34 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.35 ปี ($SD = 12.58$) มีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5 คน มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ยเท่ากับ 11.15 ปี ($SD = 8.20$) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.59) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 79.41) มีความสัมพันธ์โดยเป็นพ่อ/แม่ของผู้ป่วย (ร้อยละ 79.41) เรียนจบระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 88.24) มีอาชีพทำนา / เกษตรกรรม (ร้อยละ 61.76) มีรายได้อยู่ในช่วง 0 - 5,000 บาท (ร้อยละ 61.76) ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติมีจำนวนทั้งหมด 34 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 33.09 ปี ($SD = 7.83$) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.71) มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 76.47) มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 52.94) และว่างงาน (ร้อยละ 55.88) ในจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด มีผู้ป่วยที่มีประวัติไม่ได้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล 8 คน (ร้อยละ 23.53) ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลในกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษา 2 คน (ร้อยละ 5.88) และในกลุ่มควบคุม 6 คน (ร้อยละ 17.65) สำหรับในกลุ่มที่มีประวัติรักษาตัวในโรงพยาบาล มีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษารักษาตัวในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ครั้ง ($SD = 2.73$)

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าภายหลังสิ้นสุดการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) จากผลการวิจัย

สรุปได้ว่า โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษามีประสิทธิภาพในการลดความรู้สึกละอายใจเป็นดราม่าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อจำกัดในการทำวิจัยและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยพบว่างานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรเสนอแนะ เพื่อการพัฒนางานวิจัยในครั้งต่อไป ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุเฉลี่ย 53.35 ปี อายุสูงสุด 74 ปี ในกลุ่มทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 55.11 ปี อายุสูงสุด 81 ปี ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้สูงอายุ การเดินทางมารับความรู้จึงเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก จึงมีจำนวนผู้เข้าร่วมในโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเพียง 17 คน เพราะกลุ่มตัวอย่างที่ลงชื่อเป็นกลุ่มไม่สามารถมาร่วมกลุ่มได้ครบจำนวนตามที่วางแผนไว้

ข้อเสนอแนะ

- อาจมีการจัดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกละอายใจเป็นดราม่าลงในชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่มาก หรือในกรณีที่ผู้ป่วยกำลังรับการรักษาในโรงพยาบาล อาจมีการประสานกับแพทย์ผู้รักษาให้ผู้ป่วยมีการเยี่ยมบ้านในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา และนัดให้ญาติผู้ดูแลมาเข้ากลุ่มอีกครั้งเมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์

- อาจมีการจัดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกละอายใจเป็นดราม่า ในช่วงที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เสาร์หรืออาทิตย์ สัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล และครั้งที่ 2 เสาร์หรืออาทิตย์ สัปดาห์ที่ 2 ที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับครั้งที่ 3 อาจมีการนัดหมายอีกครั้งโดยประสานกับแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้เป็นผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน เมื่อครบนัดเยี่ยมบ้านนัดให้ญาติผู้ดูแลมารับความรู้พร้อมกับพาผู้ป่วยมาด้วย ทั้งนี้ในการจัดโปรแกรมนี้นควรมีการจัดตารางที่แน่นอน และมีการนำร่องเฉพาะในหอผู้ป่วยที่สะดวกต่อการจัดโปรแกรม

2. การให้การบ้านเรื่อง การพูดภาษาดอกไม้ แก่ญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาไม่สามารถนำมาส่งได้ครบทุกคน เพราะญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุมาก ไม่สามารถสื่อสารด้านการเขียนได้คล่อง ทำให้ขาดความมั่นใจในการเขียน จึงไม่อยากเขียนมาส่ง

ข้อเสนอแนะ

- จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่สามารถสื่อสารด้านการเขียนได้คล่อง ทำให้ขาดความมั่นใจในการเขียน จึงมีผู้ส่งการบ้านการพูดภาษาดอกไม้มาส่งได้ครบทุกคน ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป จึงควรมีการยกตัวอย่างการเขียนที่ถูกต้องให้ญาติผู้ดูแลได้เห็นในเล่ม

การบ้านที่ให้ไป หรือควรมีตัวอย่างการเขียนในระหว่างเข้ากลุ่มก่อนที่จะให้กลับบ้านกลับไปทำต่อที่บ้าน

3. ในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มควบคุม อาจจะตอบแบบสอบถามไม่เป็นไปตามความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตอบแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ความรู้สึกหลังจบการทดลอง เนื่องจากขณะตอบแบบสอบถามเป็นการโทรศัพท์สอบถาม ทำให้ไม่ได้สังเกตสีหน้าท่าทาง ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

- การประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปหลังจบโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มควบคุม ควรมีการวางแผนเพื่อนัดวันเวลาที่แน่นอนในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกัน เพื่อให้สามารถสังเกต สีหน้าท่าทางของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างชัดเจน

การนำผลการวิจัยไปใช้ในการพยาบาล

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำผลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานทางการปฏิบัติการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ดังต่อไปนี้คือ

1. พยาบาลมีความเข้าใจและตระหนักรู้ในเรื่องความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ดูแล และครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2. พยาบาลสามารถนำโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาใช้ในการให้การพยาบาล โดยโปรแกรมดังกล่าวมีแผนในการดำเนินกลุ่มที่สามารถปฏิบัติตามได้และผ่านการทดสอบว่ามีประสิทธิภาพในการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งเนื้อหา กิจกรรมในแต่ละครั้ง สามารถเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ยกตัวอย่างเช่น

2.1) ส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท เช่นในเรื่องการพูดและการกระทำที่ตรงกัน เพื่อลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับรู้ข้อมูลที่ไม่ตรงกัน

2.2) การให้ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องโรคจิตเภทแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อแก้ไขความเชื่อที่ผิดที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นตราบาป โดยมีการให้ความรู้ในเรื่องสาเหตุของโรคความ

จากปัจจัยทางชีววิทยาร่วมกับ ความเปราะบางต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มากระทบทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้

2.3) การให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต หรือสังเกตอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีการหรือพฤติกรรมที่จะสร้างความรู้สึกเป็นตราบาปให้แก่คนในครอบครัว เช่น เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อผู้ป่วยไม่รับประทานยา เมื่อผู้ป่วยมีหูแว่ว ภาพหลอน

2.4) การแนะนำให้ญาติผู้ดูแลได้เผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปด้วยการเปิดเผยความจริงว่ามีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล ด้วยการพาผู้ป่วยจิตเภททำประโยชน์ให้แก่คนในสังคม ซึ่งจะช่วยให้คนในสังคมลดความหวาดกลัวหรือหวาดระแวงผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งช่วยให้คนในสังคมได้รู้ว่าถึงแม้จะป่วยทางจิตแต่ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับคนปกติทั่วไปได้

2.5) การส่งเสริมความมั่นใจแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการร่วมวางแผนระหว่างญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภท ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยจิตเภท เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว

3. โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่พัฒนาขึ้น นอกจากจะใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดำเนินกลุ่มแล้ว เนื้อหาที่มีในโปรแกรมยังสามารถนำไปจัดทำคู่มือให้กับญาติผู้ดูแล ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน โดยการปรับเนื้อหาให้กระชับ และเข้าใจง่าย เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ด้วยตัวเองได้

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องผลของกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสถานบำบัดทางจิตเวชอื่นๆ เพื่อเป็นการขยายผลการศึกษาในสถานบำบัดทางจิตเวชอื่นๆ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ถึงแม้ว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้สรุปผลได้ว่า โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษามีประสิทธิผลในการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยที่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวม ความรู้สึกเป็นตราบาปด้านความคิดและด้านพฤติกรรมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ลดลงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยซ้ำอีกครั้งเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวัดผลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ซึ่งผลแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในการลดความรู้สึกรับเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่ส่งผลต่อการลดความรู้สึกรับเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท



ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกละอายใจเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

EFFECTS OF GROUP PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM TO REDUCE STIGMA IN
FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

จิตกานันท์ ไชยศรีศรีหิรัญ 4837050 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ทศนา ทวีคุณ, Ph.D. (Nursing), โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่วนด้านความรู้สึกละอายใจและความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ (World Health Organization, 1992) จากรายงานองค์การอนามัยโลกพบอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทเท่ากับ 0.5-1% หรือในประชากร 4,000 คนจะพบผู้ป่วยจิตเภท 1 คน จากสถิติดังกล่าว ทำให้โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุดในการบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด (World Health Organization, 2004) สอดคล้องกับสถิติในประเทศไทย ซึ่งพบโรคจิตเภทมากที่สุด โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 4 แสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2551) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีอาการเรื้อรัง ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการทางจิตสงบและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วก็ตาม แต่ส่วนใหญ่มักยังคงมีอาการทางจิตบางอย่างหลงเหลืออยู่ อาจมีอาการกำเริบได้เป็นครั้งคราวจนถึงบ่อยครั้ง ตลอดจนเกิดความเสื่อมทางบุคลิกภาพไปตลอดชีวิต (American Psychiatry Association, 1994) โดยที่ความเสื่อมดังกล่าว ทำให้ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทไม่สามารถรับผิดชอบหรือช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่ เช่นการรับผิดชอบในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ทางสังคม (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; Andrews, et al, 2003) นอกจากนี้อาการทางจิตที่กำเริบอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคมได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรงถึงขั้นทำร้ายผู้อื่น (Gelder, Mayou, & Geddes,

1999) การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พูดคนเดียว หัวเราะโดยไม่มีสิ่งกระตุ้น ไม่สนใจการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลเรื่องความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า รวมทั้งไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาการแสดงดังกล่าวผิดปกติไปจากบุคคลส่วนใหญ่ ทำให้ผู้ที่พบเห็นอาจรู้สึกกลัว หลีกหนี หรืออาจถูกล้อเลียนได้ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม

การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม เนื่องจากการแสดงออกของพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป โดยถูกสังคมตีตราว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ไม่น่าคบหา มีรอยมลทินต่างพร้อย มีปมด้อย อ่อนแอ มีรอยบาป หรือประพฤติดี เป็นบุคคลที่เลวร้าย อันตราย โดยที่อคติจากคนในสังคมยังคงอยู่ถึงแม้บุคคลนั้นจะไม่มีอาการปรากฏให้เห็น (Link et al., 1987) และจากพฤติกรรมแสดงออกถึงความรู้สึก หรือทัศนคติที่เป็นอคติของผู้คนในชุมชนและสังคม ที่เป็นปฏิกิริยาการแสดงออกของการไม่ยอมรับ เช่น แสดงความรังเกียจ คำหยาบ ด่าทอ ที่มีต่อผู้ป่วยจะถูกส่งผ่านต่อไปยังญาติของผู้ป่วยด้วย (สุพัฒนา สุขสว่าง และ ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2548; Rooney, O'Neil, Bakshi, & Tan-Quigley, 1997) ปฏิกิริยาของสังคมดังกล่าวส่งผลให้ญาติผู้ดูแลถูกปฏิเสธจากคนในสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปตามมา (Angermeyer et al., 2003; Chang & Horrocks, 2005) ซึ่งความรู้สึกเป็นตราบาปที่เกิดขึ้นภายในตัวญาติผู้ดูแล จึงเป็นตราบาปที่เกิดจากการมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท (associative stigma) (Goffman, 1963)

ความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยผลกระทบทางด้านร่างกายในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติมีสุขภาพร่างกายทรุดโทรม มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ หัวใจเต้นแรง เจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอนไม่หลับ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2545; เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจในผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้สึกผิด อับอาย วิตกกังวล หวาดกลัวอาการของผู้ป่วยและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย จากการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นตราบาปด้วยความจำยอม เนื่องจากมีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกันอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกอับอาย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ถอดเสื้อผ้าในที่สาธารณะ พูดและบ่นคนเดียว หรือหัวเราะคนเดียว (Kales, Blow, Bingham, et al., 2000) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลงและเกิดความรู้สึกเป็นปมด้อยตามมา (Gilmore & Somerville, 1994) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อคนในสังคม พ่อแม่หรือคนในครอบครัวที่สังคมถือว่าเป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง ย่อมรู้สึกผิด ดำเนินตัวเองว่าดูแลผู้ป่วยไม่ดีหรือดูแลไม่เต็มที่ (Wanda & Mary, 2001) ญาติผู้ดูแลยังมีความเครียดในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยญาติผู้ดูแลรู้สึกไม่พอใจ วิตกกังวล หงุดหงิด หวาดกลัวอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Sethabouppha, 2002)

นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังรู้สึกกังวลว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตจะไม่มีโอกาสหาย กังวลว่าชีวิตจะต้องผูกติดกับผู้ป่วยตลอดไป และกังวลว่าจะไม่มีใครดูแลผู้ป่วยเมื่อญาติผู้ดูแลตายไป จนเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการให้การดูแล (Greenberg, Greenley, McKee, & Griffin-Francell, 1993) และเมื่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับความรู้สึกเป็นตราบาปยอมทำให้การดูแลได้ไม่เต็มศักยภาพ และอาจใช้อารมณ์กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลได้ ทำให้อาการของโรคกำเริบและต้องกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอีก และในที่สุดผลที่ตามมาคือผู้ป่วยถูกทอดทิ้งให้อยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานานเพราะญาติไม่มารับผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานาน ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการให้การรักษาพยาบาล

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล จากการศึกษาพบความแตกต่างระหว่างเพศของญาติผู้ดูแลต่อความรู้สึกเป็นตราบาป ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทที่เป็นเพศหญิงจะมีแนวโน้มของการมีความรู้สึกเป็นตราบาปมากกว่าญาติผู้ดูแลเพศชาย เพราะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความรู้สึกเป็นภาระ มีความบั่นทอนทางอารมณ์ รู้สึกเสียขวัญ และมีความรู้สึกเป็นตราบาปมากกว่า (Sartorius et al., 2004) นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมีความรู้สึกเป็นตราบาปสูงมากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาน้อย โดยที่ญาติผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงพยายามหลีกเลี่ยง และปกปิดว่ามีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว (Phelan, Bromet, & Link, 1998) 2) ระดับความผูกพันระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท โดยถ้ายิ่งญาติผู้ดูแลมีความผูกพันกับผู้ป่วยมาก ก็ยิ่งจะรู้สึกเป็นตราบาปมาก โดยผู้ที่เป็นพ่อแม่จะมีความรู้สึกเป็นตราบาปมากกว่าพี่น้อง (Tennakoon et al, 2000) เพราะโดยทั่วไปผู้ที่เป็นพ่อแม่ย่อมมีความเป็นห่วง วิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยจิตเภทว่าผู้ป่วยจิตเภทจะอยู่ได้อย่างไรหรืออยู่กับใครถ้าตนเองตายไปแล้ว หรือรู้สึกผิดจากการที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (Gonzalez-Torres, Oraa, Aristegui, Fernandez-Rivas, & Guimon, 2007; Kung, 2003) 3) ความเชื่อและความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยความเชื่อที่ว่าโรคจิตเภทเกิดจากความชั่วร้ายมีความสัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแล (Lee, 1986) เพราะการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวถือได้ว่าเป็นมลทินของตระกูล ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องปกปิดว่ามีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว เพราะถือว่าเป็นความลับที่น่าอายของครอบครัว (Kung, 2003; Pearson, 1993) นอกจากนี้การที่ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นตราบาปเพราะไม่สามารถอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการพยากรณ์ของโรคจิตเภทให้คนอื่นได้รับทราบได้ (Thara & Srinivasan, 2000) 4) ลักษณะของ

การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นตราบาปมากเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต เช่น หนูแว่ว ภาพหลอน และมีพฤติกรรมก้าวร้าวและข่มขู่ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายได้ทั้งต่อตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ครอบครัว และสังคม ส่งผลให้เกิดการหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Yusuf, Nuhu, & Akinbiyi, 2009) นอกจากนี้ระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นตราบาปในผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดในช่วงอายุวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เพราะญาติผู้ดูแลต้องมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน (Phillips, Pearson, Li, Xu, & Yang, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการลดความรู้สึกเป็นตราบาปหลายวิธี ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเภท แหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน และหน่วยให้บริการเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งข้อมูลที่ให้จะเป็นแผ่นพับความรู้ หรือวิดีโอ ที่ช่วยให้บุคคลศึกษาได้ด้วยตนเอง โดยการที่ญาติผู้ดูแลและคนในชุมชนมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท ทำให้บุคคลดังกล่าวลดอคติ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท ตัวอย่างเช่น โปรแกรม Open the Doors (Sartorius & Schulz, 2005) 2) การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นการให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเรื่องหน่วยบริการ หรือการให้บริการที่เหมาะสมต่างๆ ที่ผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับ รวมทั้งการจัดการเมื่ออาการทางจิตกำเริบ (Eggar, 1990) 3) กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (Support group) เป็นกลุ่มในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จัดขึ้นเพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้เปิดเผยความรู้สึกของการรู้สึกเป็นตราบาป มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้กลวิธีในการแก้ปัญหา (Cook et al., 1999) 4) กลุ่มจิตศึกษา (Psychoeducational Group) เป็นกลุ่มที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อสนองความต้องการตามวัตถุประสงค์ของครอบครัวผู้ป่วย โดยกระบวนการกลุ่มมีการให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สอนให้แก้ปัญหา เสนอการให้ความช่วยเหลือ ประคับประคองทางด้านจิตใจ และช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้เรียนรู้ทักษะที่เฉพาะเจาะจง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของญาติผู้ดูแลและสามารถก้าวผ่านประสบการณ์ชีวิตที่ยากลำบากได้ (Corey, 2000) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความหวังและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลอีกด้วย (Mueser et al., 2002) และการให้ข้อมูลอธิบายให้ทราบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทป่วยจากโรคจริงๆ ไม่ใช่ความผิดปกติในครอบครัว เพื่อลดทัศนคติด้านลบ ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง จึงสามารถลดความรู้สึกเป็นตราบาปได้ (Shin & Lukens, 2002) รวมทั้งยังให้ความรู้ในเรื่องวิธีปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ฝึกครอบครัวให้รู้จักปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหาโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เกิดจากการเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป เพื่อลดปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ช่วยเสริมให้

รู้สึกถึงความมีพลังอำนาจ และมุ่งการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเป็นการป้องกันมากกว่าการรักษา (Sherman, 2003)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวังจากทราบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว จึงยังคงมีญาติผู้ดูแลไม่ยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านถึงแม้ว่าผู้ป่วยอาการทางจิตสงบลงแล้ว รวมทั้งญาติผู้ดูแลมักจะคิดย้อนกลับถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย อยากให้ผู้ป่วยจิตเภทอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือทอดทิ้งไม่มารับผิชอบดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค จึงเป็นหนทางหนึ่งที่จะทำให้ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติที่ดีขึ้นจนสามารถลดทราบที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นทราบในญาติผู้ดูแลขึ้น ประกอบกับในขณะนี้ยังไม่มีรูปแบบการให้ความรู้หรือการให้คำแนะนำที่ชัดเจนแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อที่จะศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นทราบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยคาดหวังว่าจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลที่ได้เข้าโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษามีความรู้สึกเป็นทราบลดลง มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท และยอมรับในการดูแลผู้ป่วยต่อไป ซึ่งผลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้อยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุขในระยะเวลายาวนานขึ้น และเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายการลดเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทให้น้อยลง เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นทราบในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

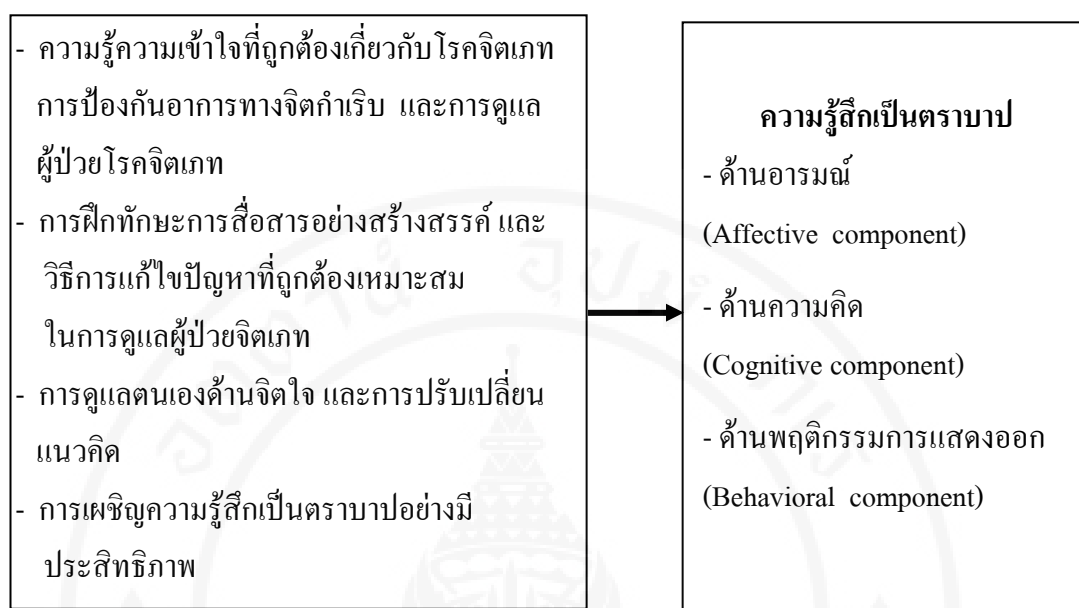
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ผู้วิจัยได้นำเอาหลักของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา SAFE Program (Support and Family Education Program) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่ง SAFE Program ที่พัฒนาโดยเชอร์แมน (Sherman, 2006) เป็นรูปแบบหนึ่งของกลุ่มจิตศึกษาครอบครัว (Family education groups) มีการจัดกิจกรรมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 18 ครั้ง โดยกิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้านคือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช เช่น สาเหตุของการเกิดโรคทางจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรค Bipolar และ โรค Posttraumatic Stress Disorder 2)

การฝึกทักษะต่างๆให้กับญาติผู้ดูแล ได้แก่ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น 3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการให้การดูแลและการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช และ 4) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การแนะนำญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งให้การสนับสนุนในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลของ SAFE Program พบว่า SAFE Program สามารถช่วยลดความรู้สึกล้มเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ (Sherman, 2006)

การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการประยุกต์ SAFE Program โดยการคัดเลือกกิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ผู้วิจัยเลือกมีจำนวน 5 กิจกรรม ซึ่งเนื้อหาของกิจกรรมที่เลือกมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับแนวคิดหลักทั้ง 4 ด้านของการจัดกิจกรรมทั้งหมดของ SAFE Program ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยกิจกรรมสำหรับโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติของโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและการป้องกันอาการทางจิตกำเริบ 2) การฝึกทักษะต่างๆ ได้แก่ทักษะการสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา ช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ที่ช่วยขจัดความขัดแย้ง เสริมสร้างความเข้าใจและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ลดความรู้สึกล้มเป็นตราบาปด้านความคิด และพฤติกรรมการแสดงออก 3) การดูแลตนเองด้านจิตใจ และการปรับเปลี่ยนแนวคิด เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถหาวิธีการผ่อนคลายความเครียด และมีแนวคิดในทางบวกต่อเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต ช่วยลดความรู้สึกล้มเป็นตราบาปด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านพฤติกรรมการแสดงออกได้ 4) การเผชิญกับความรู้สึกล้มเป็นตราบาปอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการสนับสนุนให้เปิดเผยข้อมูลเรื่องการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว รวมทั้งมีการบอกให้ทราบถึงข้อดีและข้อเสียของการเปิดเผยข้อมูลนี้เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับทราบ และมีความเข้มแข็งพร้อมที่จะตัดสินใจเผชิญกับความรู้สึกล้มเป็นตราบาปที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว ช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยและสามารถดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมและชุมชนได้อย่างปกติสุข ช่วยลดความรู้สึกล้มเป็นตราบาปด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านพฤติกรรมการแสดงออกได้ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังแสดงในรูปที่ 1

โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา



รูป 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามวิจัย

โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาสามารถลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังสิ้นสุดการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษามีความรู้สึกเป็นตราบาปลดลงก่อนทำการศึกษา
2. ภายหลังสิ้นสุดการศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษามีความรู้สึกเป็นตราบาปลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่ศึกษาผลของกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเลือกศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 ถึง กันยายน พ.ศ. 2552

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ คือโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ตัวแปรตาม คือความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

นิยามศัพท์

โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง แผนการดำเนินกลุ่มจิตศึกษาที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเนื้อหาและกิจกรรมในแต่ละครั้ง โดยกระบวนการดำเนินกลุ่มเป็นการผสมผสานกันระหว่างการให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ ในการศึกษาครั้งนี้แบบแผนการดำเนินกลุ่มจิตศึกษา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวคิดของ SAFE Program (Support and Family Education Program) โดยเชอร์แมน (Sherman, 2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีแผนการดำเนินกลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจความคาดหวังในการเข้ากลุ่ม และสำรวจความรู้สึกเป็นตราบาปในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 2 ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการป้องกันอาการทางจิตกำเริบ

ครั้งที่ 3 ความรู้เข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์

ครั้งที่ 4 การเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาคือสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 5 การดูแลตนเองด้านจิตใจและการปรับเปลี่ยนความคิดที่ช่วยลดความเครียด

ครั้งที่ 6 การเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปอย่างมีประสิทธิภาพ

ความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลเนื่องจากการต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกับอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภท (courtesy stigma) เช่น ความรู้สึกอับอาย รู้สึกถูกรังเกียจ หรือถูกกีดกันจากสังคม รู้สึกเป็นปมค้อยไม่มั่นใจในการติดต่อกับบุคคลอื่น รู้สึกกลัว รู้สึกวิตกกังวล รู้สึกผิดและตำหนิตนเองที่ดูแลผู้ป่วยไม่ดี รู้สึกโกรธเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ไม่ไว้วางใจคนอื่น และรู้สึกอยากปิดบังซ่อนเร้น ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปของ แมคและซุง (Mak & Cheung, 2008) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านความคิด 3) ด้านพฤติกรรมการแสดงออก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่ช่วยลดความรู้สึกละอายใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกละอายใจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดวัดก่อนและหลังการทดลอง

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนกลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยจิตเภทมาเข้ารับรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้มีการเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าดังต่อไปนี้ คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย เป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน 2) มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือตามกฎหมายที่แสดงถึงความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท 3) เป็นเพศชายหรือ หญิงอายุไม่น้อยกว่า 15 ปี 4) สามารถพูดและเขียนภาษาไทยได้ 5) ไม่มีโรคประจำตัวที่ร้ายแรง 6) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และ 7) ยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับทราบถึงสิทธิของผู้ร่วมวิจัยอย่างชัดเจน

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการวิจัย 2) เข้ากลุ่มไม่ครบ 6 ครั้ง ในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา และ 3) ติดต่อกลับไม่ได้ทั้งในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา และกลุ่มควบคุม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้มาจาก 3 แนวคิดคือ หลักการทางสถิติ งานวิจัยที่ผ่านมา และการทบทวนจากเอกสารต่างๆ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากการศึกษาวิเคราะห์ตามหลักการทางสถิติโดยใช้แนวคิดของ Polit and Hungler (2004) ที่กล่าวไว้ว่าการวิจัยแบบทดลองนั้นควรมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยเท่ากับ 20 -30 ราย

และถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 10 ราย ขึ้นอยู่กับจำนวนตัวแปร และจากการทบทวนที่ผ่านมาเกี่ยวกับการศึกษาผลของกลุ่มจิตศึกษา พบว่ามาโลนาโดและยูริซาร์ (Maldonado & Uri'zar, 2007) ได้ใช้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 45 ราย มีอำนาจการทดสอบ (effect size) > 0.5 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม 23 ราย และกลุ่มทดลอง 22 ราย ในกลุ่มทดลองนี้ต้องคัดออก 4 ราย เนื่องจากเข้ากลุ่มไม่ครบตามที่กำหนด จึงเหลือผู้เข้ากลุ่มจำนวน 18 ราย และผลการทดลองพบว่าญาติที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระลดลงหลังจากได้เข้ากลุ่มจิตศึกษา สำหรับในประเทศไทยมีผู้ศึกษาผลของกลุ่มจิตศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษามีจำนวน 20 – 24 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 10-12 ราย (ดรณี คชพรหม, 2542; สกาวรัตน์ ภูผา, 2543; อัจฉราวรรณ ตริยวง, 2546) สำหรับขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของกลุ่มจิตศึกษา และให้ประโยชน์สูงสุดแก่สมาชิกโดยสมาชิกควรมีปฏิสัมพันธ์กันทั่วถึง โดยทั่วไปควรมีสมาชิก 8-10 คน เพราะถ้าสมาชิกมีจำนวนมากเกินไปจะทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง (Yalom, 1975)

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จึงกำหนดไว้ที่กลุ่มละ 20 คนตามลำดับ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มจับฉลากแบ่งเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และในกลุ่มทดลองจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ในการทำการทดลองแต่ละครั้ง เมื่อทำการทดลองปรากฏว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเหลือผู้เข้ากลุ่ม กลุ่มละ 17 คน โดยกลุ่มทดลองมีผู้เข้ากลุ่มไม่ครบตามที่กำหนด 3 คน เนื่องจากไม่ใช่ผู้ดูแล 1 คน มาเข้ากลุ่มเพียง 2 ครั้ง 1 คน มาเข้ากลุ่ม 4 ครั้ง และติดต่อไม่ได้ในครั้งที่ 5-6 จำนวน 1 คน สำหรับกลุ่มควบคุม 3 รายไม่ติดต่อกลับมาในการตอบแบบสอบถามหลังทดลอง และติดตามผล

สถานที่ที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็โรคนจิตเภท และจำนวนสมาชิกของครอบครัว สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.2 แบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

แบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พัฒนาโดยแมคและซุง (Mak & Cheung, 2008) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อแบ่งออกได้เป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านอารมณ์ (affective) (ข้อ 1-7) 2) ด้านความคิด (cognitive) (ข้อ 8-14) และ 3) ด้านพฤติกรรม (behavioral) (ข้อ 15-22) คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2 = ไม่เห็นด้วย, 3 = เห็นด้วย และ 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง

วิธีการคิดคะแนน โดยการนำเอาคะแนนรายข้อมารวมกัน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบประเมิน มีค่าระหว่าง 22 - 88 การแปลผลระดับของความรู้สึกเป็นตราบาป คือถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึงมีความรู้สึกเป็นตราบาปมาก และถ้ามีคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความรู้สึกเป็นตราบาปน้อย

ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) กระบวนการแปลเครื่องมือ (Translation)

1.1 หลังจากได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้แปลต้นฉบับของแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปโดยแมคและซุง (Mak & Cheung, 2008) จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย

1.2 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านภาษา 2 ท่านตรวจสอบความตรงทางด้านภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านภาษา 1 ท่านแปลแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปโดยแมคและซุงจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านภาษา 1 ท่านแปลฉบับภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษ

1.3 ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปที่แปลกลับเป็นภาษาไทยทั้งของผู้วิจัย และผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาหาข้อสรุปของข้อคำถามในแบบประเมินอีกครั้งก่อนนำไปใช้

2) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาป ไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คนที่หอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และวัดค่าความเชื่อมั่น โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านพฤติกรรมการแสดงออก เท่ากับ 0.94, 0.84, 0.89 และ 0.85 ตามลำดับ

สำหรับในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติไปทดสอบความเชื่อมั่นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา และกลุ่มควบคุมจำนวน 34 คน ที่หอผู้ป่วยใน และหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และวัดค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านพฤติกรรมการแสดงออก เท่ากับ 0.94, 0.80, 0.85 และ 0.89 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากกรอบแนวคิดของ Sherman (2003) ที่เรียกว่า SAFE Program (Support and Family Education Program) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา โดยมีแผนการดำเนินโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาทั้งหมด 6 ครั้ง ดังต่อไปนี้คือ

- ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจความคาดหวังในการเข้ากลุ่ม และความรู้สึกเป็นตราบาปในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ครั้งที่ 2 ความเชื่อที่ผิดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการป้องกันอาการทางจิตกำเริบ
- ครั้งที่ 3 ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ที่ช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาป
- ครั้งที่ 4 ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ครั้งที่ 5 การดูแลตนเองด้านจิตใจ และการปรับเปลี่ยนแนวคิดที่ช่วยลดความเครียด และความรู้สึกเป็นตราบาปในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

ครั้งที่ 6 การเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ก่อนที่ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่านคือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะมาพิจารณาและแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมตัวผู้วิจัย และการเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ก่อนดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้ คือ 1) ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นระยะเวลา 4 เดือน 2) ผ่านการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติการทำกลุ่มละครจิตบำบัดและกลุ่มจิตบำบัด ขณะศึกษาในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และ 3) ประสบการณ์การทำกลุ่มจิตศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มจิตศึกษาจากผู้วิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลวิจัย

2.2 หลังจากได้รับหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยและเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยนำหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโครงร่างการวิจัย แนบเป็นหลักฐานประกอบการพิจารณา

2.4 หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยนำหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แสดงต่อหัวหน้าตึกต่างๆ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในหอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน

2.5 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจง ขั้นตอน ภาวะเสี่ยง และประโยชน์ของกลุ่มจิตศึกษาต่อกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปด้วยความสมัครใจ ไม่มีข้อบังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย และผู้วิจัยจะขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลก่อนดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างจะยุติการบันทึกข้อมูลในช่วงใดก็ได้ ข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกนำเสนอทางวิชาการในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ และใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา และในกลุ่มควบคุมดังนี้

3.1 การดำเนินการในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา มีดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแผนการสอน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง สัปดาห์เว้นสัปดาห์ รวม 5 สัปดาห์ ภายหลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คนละ 1 เล่ม

3.2 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม มีดังนี้

เมื่อเริ่มดำเนินการศึกษาผู้วิจัยแจกเอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน ในขณะที่กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ในกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้ให้เบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อ เพื่อให้คำปรึกษาในกรณีที่มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ผู้วิจัยนัดให้กลุ่มควบคุมมาตอบแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติอีกครั้งพร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คนละ 1 เล่ม

3.3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษาและกลุ่มควบคุมบรรยาย วิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test และ χ^2
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในเวลาระหว่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาและหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลเมื่อเริ่มการศึกษาและภายหลังสิ้นสุดการศึกษาระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independence t-test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 34 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.35 ปี (SD = 12.58) มีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5 คน มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ยเท่ากับ 11.15 ปี (SD = 8.20) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.59) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 79.41) มีความสัมพันธ์โดยเป็นพ่อ/แม่ของผู้ป่วย (ร้อยละ 79.41) เรียนจบระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 88.24) มีอาชีพทำนา/เกษตรกรรม (ร้อยละ 61.76) มีรายได้อยู่ในช่วง 0 - 5,000 บาท (ร้อยละ 61.76) ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของญาติมีจำนวนทั้งหมด 34 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 33.09 ปี (SD = 7.83) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 64.71) มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 76.47) มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 52.94) และว่างงาน (ร้อยละ 55.88) ในจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด มีผู้ป่วยที่มีประวัติไม่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 8 คน (ร้อยละ 23.53) ซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลในกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มจิตศึกษา 2 คน (ร้อยละ 5.88) และในกลุ่มควบคุม 6 คน (ร้อยละ 17.65) สำหรับในกลุ่มที่มีประวัติรักษาตัวในโรงพยาบาล มีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 ครั้ง (SD = 2.73)

ผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า หลังจบโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$)

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นตราบาปพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นตราบาปด้านความคิดลดลงมากกว่า ($p < 0.01$) และความรู้สึกเป็นตราบาปด้านพฤติกรรมการแสดงออกลดลงมากกว่า ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ลดลงทั้งในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาและกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษามีประสิทธิภาพในการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อจำกัดในการทำวิจัยและข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยพบว่า งานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการในระหว่างการดำเนินการวิจัย ซึ่งควรนำมาพิจารณาประกอบในการวิเคราะห์ผลการศึกษา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อเสนอแนะเพื่อลดข้อจำกัดที่อาจจะเกิดขึ้นในงานวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุเฉลี่ย 53.35 ปี อายุสูงสุด 74 ปีในกลุ่มทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 55.11 ปี อายุสูงสุด 81 ปีซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้สูงอายุ การเดินทางมารับความรู้จึงเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก จึงทำให้เหลือผู้เข้าร่วมในโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเพียง 17 คน เพราะกลุ่มตัวอย่างที่ลงชื่อเป็นกลุ่มไม่สามารถมาร่วมกลุ่มได้ครบจำนวนตามที่วางแผนไว้

ข้อเสนอแนะ

- อาจมีการจัดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นตราบาปลงในชุมชนที่มีผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่มาก หรือในขณะที่ผู้ป่วยกำลังรับการรักษาในโรงพยาบาล อาจมีการประสานกับแพทย์ผู้รักษาให้ผู้ป่วยมีการเยี่ยมบ้านในกลุ่มญาติผู้ดูแลที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา และนัดให้ญาติผู้ดูแลมาเข้ากลุ่มอีกครั้งเมื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์

- อาจมีการจัดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นตราบาป ในช่วงที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เสาร์หรืออาทิตย์ถัดมาแรกที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล และครั้งที่ 2 เสาร์หรืออาทิตย์ถัดมาครั้งที่ 2 ที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับครั้งที่ 3 อาจมีการนัดหมายอีกครั้งโดยประสานกับแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้เป็นผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน เมื่อครบนัดเยี่ยมบ้านนัดให้ญาติผู้ดูแลมารับความรู้พร้อมกับพาผู้ป่วยมาด้วย ทั้งนี้ในการจัดโปรแกรมนี้นควรมีการจัดตารางที่แน่นอน และมีการนำร่องเฉพาะในหอผู้ป่วยที่สะดวกต่อการจัดโปรแกรม

2. การให้การบ้านเรื่อง การพูดภาษาออกไม้ แก่ญาติผู้ดูแลในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มจิตศึกษาไม่สามารถนำมาส่งได้ครบทุกคน เพราะญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุมาก ไม่สามารถสื่อสารด้านการเขียนได้คล่อง ทำให้ขาดความมั่นใจในการเขียน จึงไม่อยากเขียนมาส่ง

ข้อเสนอแนะ

- จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่สามารถสื่อสารด้านการเขียนได้คล่อง ทำให้ขาดความมั่นใจในการเขียน จึงมีผู้ส่งการบ้านการพูดภาษาออกไม้มาส่งได้ครบทุกคน ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป จึงควรมีการยกตัวอย่างการเขียนที่ถูกต้องให้ญาติผู้ดูแลได้เห็นในเล่มการบ้านที่ให้ไป หรือควรมีตัวอย่างการเขียนในระหว่างเข้ากลุ่มก่อนที่จะให้การบ้านกลับไปทำที่บ้าน

3. ในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มควบคุม อาจจะตอบแบบสอบถามไม่เป็นไปตามความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตอบแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ ความรู้สึก หลังจบการทดลอง เนื่องจากขณะตอบแบบสอบถามเป็นการโทรศัพท์สอบถาม ทำให้ไม่ได้สังเกตสีหน้าท่าทาง ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

- การประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปหลังจบโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษา ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มควบคุม ควรมีการวางแผนเพื่อนัดวันเวลาที่แน่นอนในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกัน เพื่อให้สามารถสังเกต สีหน้าท่าทางของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างชัดเจน

4. ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มด้วย ทำให้การวิจัยครั้งนี้มีการรบกวนผลการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยที่เกิดขึ้นอาจไม่ใช่ผลการวิจัยที่แท้จริง เพราะญาติผู้ดูแลที่มีผู้ป่วยเข้ากลุ่มด้วยอาจไม่กล้าพูดระบายความรู้สึกเป็นตราบาปออกมา

ข้อเสนอแนะ

- ในการจัดโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกเป็นตราบาปครั้งต่อไปควรมีจดหมายนัดญาติชี้แจงให้ทราบเนื้อหาและกิจกรรมในโปรแกรม พร้อมกับโทรศัพท์ชี้แจงให้ทราบอีกครั้งว่าเป็นการจัดให้เฉพาะญาติผู้ดูแลเท่านั้น และชี้แจงให้ทราบถึงความจำเป็นที่ต้องมีเฉพาะญาติผู้ดูแล

การนำผลการวิจัยไปใช้ในการพยาบาล

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำผลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานทางการปฏิบัติการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสามารถนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ดังต่อไปนี้คือ

1. พยาบาลมีความเข้าใจและตระหนักรู้ในเรื่องความรู้สึกเป็นตราบาปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ดูแล และครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2. พยาบาลสามารถนำโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาใช้ในการให้พยาบาล โดยโปรแกรมหักรักคำมึแผนในการดำเนินกรรุ่มที่สมารถปฏิบัติตามได้และผ่านการทดสอบว่ามีประสิทธิผลในการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งเนื้อหากิจกรรมในแต่ละครั้ง สามารถเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการให้พยาบาลกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ยกตัวอย่างเช่น

2.1) ส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท เช่นในเรื่องการพูดและการกระทำที่ตรงกัน เพื่อลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับรู้ข้อมูลที่ไม่ตรงกัน

2.2) การให้ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องโรคจิตเภทแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อแก้ไขความเชื่อที่ผิดที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นตราบาป โดยมีการให้ความรู้ในเรื่องสาเหตุของโรคว่ามาจากปัจจัยทางชีววิทยาร่วมกับ ความเปราะบางต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มากระทบทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้

2.3) การให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต หรือสังเกตอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการหรือพฤติกรรมที่จะสร้างความรู้สึกเป็นตราบาปให้แก่คนในครอบครัว เช่น เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อผู้ป่วยไม่รับประทานยา เมื่อผู้ป่วยมีหูแว่ว ภาพหลอน

2.4) การแนะนำให้ญาติผู้ดูแลได้เผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปด้วยการเปิดเผยความจริงว่ามีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแล ด้วยการพาผู้ป่วยจิตเภททำประโยชน์ให้แก่คนในสังคม ซึ่งจะช่วยให้คนในสังคมลดความหวาดกลัวหรือหวาดระแวงผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งช่วยให้คนในสังคมได้รับรู้ถึงแม้จะป่วยทางจิตแต่ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับคนปกติทั่วไปได้

2.5) การส่งเสริมความมั่นใจแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการร่วมวางแผนระหว่างญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภท ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยจิตเภท เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว

3. โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่พัฒนาขึ้น นอกจากจะใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดำเนินกรรุ่มแล้ว เนื้อหาที่มีในโปรแกรมยังสามารถนำไปจัดทำคู่มือให้กับญาติผู้ดูแล ในการดูแล

ผู้ที่เป็โรจิตเภทที่บ้าน โดยการปรับเนื้อหาให้กระชับ และเข้าใจง่าย เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ด้วยตัวเองได้

4. ในการควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องผลของกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสถานบำบัดทางจิตเวชอื่นๆ เพื่อเป็นการขยายผลการศึกษาในสถานบำบัดทางจิตเวชอื่นๆ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ถึงแม้ว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้สรุปผลได้ว่า โปรแกรมกลุ่มจิตศึกษามีประสิทธิผลในการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยที่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้สึกเป็นตราบาปโดยรวม ความรู้สึกเป็นตราบาปด้านความคิดและด้านพฤติกรรมลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ลดลงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยซ้ำอีกครั้งเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปด้านอารมณ์ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวัดผลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ซึ่งผลแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาในการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มจิตศึกษาที่ส่งผลต่อการลดความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

EFFECTS OF A GROUP PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM TO REDUCE STIGMA IN FAMILY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

JITPINAN CHOKERASAMEHIRUN 4837050 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: TUSANA THAWEEKOON, Ph.D. (NURSING),
SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Study**

Schizophrenia is a psychotic symptom which is characterized by abnormality in cognition and perception, so schizophrenia patients have inappropriate behaviors, while their feelings and intellectuality remain normal (World Health Organization, 1992). According to a report of WHO, the incidence of schizophrenia is 0.5% to 1% of the total population. In other words, in the population of 4,000, there will be one schizophrenic patient. Such statistics make schizophrenia the most commonly found psychotic symptoms (World Health Organization, 2004). Likewise, In Thailand, schizophrenia is also the most commonly found psychiatric illness, with the total number of schizophrenic patients equal to about 400,000 (Department of Mental Health, B.E. 2551). In general, most of the schizophrenic patients suffer from their chronic symptoms, even though they have received treatment until their symptoms are in remission and they are discharged from the hospital. However, there may be some psychiatric symptoms remaining, and they may suffer from occasional or frequent relapses. Also, they may suffer from personality deterioration for the rest of their lives (American Psychiatric Association, 1994). Such deterioration makes schizophrenic patients unable to fully take care of themselves including self-care practices, medication adherence, daily living activities, and social functioning (Sujittra

Laungamornlert, B.E. 2537; Andrews et al., 2003). In addition, relapses of psychiatric symptoms may cause different kinds of harms, ranging from minor harms to major harms such as physical assaults to others (Gelder, Mayou, & Geddes, 1999). The fact that schizophrenic patients have abnormalities including talking to themselves, laughing without any reason, neglect of personal hygiene, and disinterest in their surroundings, which are different from what most people do, makes them look scary or disgusting to others who may avoid or tease them, hence lack of social acceptance.

The fact that schizophrenic patients lack social acceptance may stem from their distorted behaviors. Society may look at them as worthless, defective, inferior, or harmful. The stigma from society may remain even though the patients do not have any apparent schizophrenic symptoms (Link et al., 1987). Furthermore, behaviors which express society's lack of acceptance or bias of schizophrenic patients such as disgust may be passed on to the family members and caregivers of schizophrenic patients as well (Supattana Suksawang & Siriluck Sawangwongsin, B.E. 2548; Rooney, O'Neil, Bakshi, & Tan-Quigley, 1997). Negative social reactions make caregivers of schizophrenic patients feel rejected, leading to stigma (Angermeyer et al., 2003; Chang & Horrocks, 2005). Thus, it can be stated that the stigma that takes place within the caregivers of schizophrenic patients results from their association with the patients, called associative stigma (Goffman, 1963).

Stigma in caregivers of schizophrenic patients affects the caregivers' physical and psychological well-being. Physical stigma in caregivers of schizophrenic patients who have to provide constant care makes their health deteriorate. They may suffer from fatigue, exhaustion, headache, faster heartbeat, chest pain, loss of appetite, and insomnia (Wareerat Thanoi, B.E. 2545; Auearee Sarika, B.E. 2543). As for psychological effects, they include guilty feeling, shame, anxiety, fear about the patients' symptoms and burdensome feeling. Unavoidable associative stigma experienced by caregivers of schizophrenic patients which result from their close relationship with the patients makes them suffer from embarrassment, especially when the patients have inappropriate behaviors such as taking off their clothes in public, talking or laughing to themselves (Kales, Blow, & Bingham, 2000). This can cause family caregivers to develop an inferiority complex (Gilmore & Somerville, 1994). When schizophrenic patients have behaviors which can be harmful to people in

society, their parents or family members who are directly responsible for them will inevitably feel guilty and blame themselves for not being able to take care of the patients well enough (Wanda & Mary, 2001). Moreover, caregivers may develop stress caused by their management of problematic behaviors of schizophrenic patients. They may have the feelings of dissatisfaction, anxiety, irritability, and fear of severe psychiatric symptoms which may be unpredictable (Sethabouppha, 2002). In addition, caregivers may be worried that their psychiatric symptoms will not recover, that they may have to live their life giving care to schizophrenic patients for the rest of their life, and that they will be nobody who will take care of the patients if they die, hence caregiver burden (Greenberg, Greenley, McKee, & Griffin-Francell, 1993). Besides, when caregivers have to take care of schizophrenic patients and they suffer from stigma, they may not be able to fully provide care to patients and may be emotional when the patients are unable to respond as the caregivers expect. This may result in relapses of symptoms and make readmission into the hospital necessary. Finally, schizophrenic patients may be left at the hospital for a long time because their caregivers do not come to pick them up and take them home. As a result, the hospital has to take care of the patients for an extended period of time, and they lose a large amount of medical expenses.

Previous studies have shown that there are various factors related to stigma in caregivers of schizophrenic patients including personal characteristics of caregivers. It has been found that there are differences in stigma in caregivers of schizophrenic patients. Female caregivers are more likely to experience stigma than male caregivers. This is because they suffer more from caregiver burden, emotional distress, loss of morale, and caregiver stigma (Sartorius et al., 2004). In addition, studies have pointed out that educational background is associated with stigma in caregivers. In general, highly educated caregivers experience stigma than those who are not highly educated. Highly educated persons are more likely to avoid or hide the fact that their family members are schizophrenic (Phelan, Bromet, & Link, 1998). The second factor is the level of attachment between caregivers and schizophrenic patients. If the caregivers are closely attached to schizophrenic patients, they will suffer more from stigma. In particular, parents of schizophrenic patients suffer from stigma more than caregivers who are siblings (Tennakoon et al., 2000). This is because in general parents have

more concern about the future of schizophrenic patients. They are worried about how the patients will live their lives if they pass away, or they are guilty that they cannot provide good enough care to schizophrenic patients (Gonzalez-Torress, Oraa, Aristegui, Ferna'ndez-Rivas, & Guimon, 2007; Gung, 2003). The third factor is belief and misunderstanding about schizophrenia. The belief that schizophrenia is caused by evilness is related to stigma in caregivers (Lee, 1986). Caregivers may feel that having schizophrenic patients in their family is a defect of their family, and they have to hide the fact from everyone as it is seen as a shameful family secret (Kung, 2003; Pearson, 1993). Furthermore, caregivers may develop the feeling of stigma because they are unable to explain the causes, symptoms, treatments, and prognosis of schizophrenia to other people (Thara & Srinivasan, 2000). The fourth factor is characteristics of schizophrenic patients' psychiatric symptoms. Caregivers are more likely to develop stigma when schizophrenic patients have psychiatric symptoms such as hallucination, delusion, and aggressive or threatening behaviors, which can be dangerous to patients, caregivers, families, and society. Thus, they avoid having interactions with patients (Yusuf, Nuhu, & Akinbiyi, 2009). Finally, the duration of the patients' sickness is considered one factor associated with stigma in caregivers of schizophrenic patients, especially when the onset of schizophrenia is in late adolescence or early adulthood because caregivers have to provide care to the patients for a long time (Phillips, Pearson, Li, Xu, & Yang, 2002).

A review of literature has shown that there are different ways to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients. First, information regarding schizophrenia care can be provided to caregivers regarding forms of therapy, sources of assistance in the community, and agencies offering care to patients in the community. The information may be disseminated in the forms of pamphlets or videos which can be self-studied by caregivers. When caregivers and community members have direct knowledge and understanding of schizophrenia, they can reduce their bias and develop more positive attitudes toward schizophrenic patients. An example of provision of information is the Open the Doors Program (Sartorius & Schulz, 2005). Secondly, counseling can be used to provide consultancy to caregivers of schizophrenia patients regarding agencies that provide services or appropriate services that schizophrenic patients should receive, including when they are having relapses (Eggar, 1990).

Thirdly, support groups can be organized for caregivers of schizophrenic patients to give each member opportunity to express their feeling of stigma, exchange experiences, and learn problem-solving skills (Cook et al., 1999). Fourthly, group psychoeducational programs can be used. Group psychoeducational programs are established to respond to the needs of families of schizophrenic patients. The group process includes provision of information, exchange of experiences, teaching of problem-solving techniques, provision of assistance, mental support, and equipping caregivers with specific techniques that result in changes in caregivers' life and that enable them to overcome difficulty in life (Corey, 2000). Thus, caregivers have both hope and confidence to provide care to schizophrenic patients and are able to strengthen their relationship with the patients (Mueser et al., 2002). In addition, provision of information and explanation that schizophrenia is a disease and it does not result from abnormality in the family can help reduce negative attitudes and eradicate misconceptions about this mental illness, hence a reduction in stigma in caregivers (Shin & Lukens, 2002). Moreover, group psychoeducational programs also disseminate knowledge on appropriate practices for patients and train family members to correctly treat the patients. They also help increase problem-solving skills, especially the problems caused by the feeling of stigma. Therefore, group psychoeducational programs can reduce emotional and mental problems, increase the feeling of empowerment, and develop the potential of caregivers of schizophrenic patients to prevent relapses (Sherman, 2003).

The researcher who is a psychiatric nurse working at the Khon Kaen Rajanagarindra Mental Hospital has experience providing care to psychiatric patients. Based on the researcher's professional experience, it is found that caregivers of schizophrenic patients do not have knowledge about schizophrenia care, so they suffer from the feeling of stigma of having a schizophrenic patient in their family. There are many caregivers who do not want to take the patients home even though their symptoms are in remission. The caregivers are also likely to be obsessed with the patients' inappropriate behaviors, so they feel discouraged, disheartened, and bored, and they want the patients to remain in the hospital for an extended period of time. Some caregivers may neglect and leave the patients at the hospital. For these reasons, providing correct knowledge on schizophrenia is one way to enhance caregivers'

positive attitudes toward schizophrenic patients and reduce stigma in caregivers. The researcher, therefore, has developed a group psychoeducational therapy to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients. Besides this, at present, there is no clear-cut program that provides knowledge or advice to caregivers of schizophrenic patients. The objective of the present study was to investigate the effects of the group psychoeducational therapy to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients. It was anticipated that caregivers of schizophrenic patients who participated in the group psychoeducational therapy would have less stigma, more positive attitudes toward schizophrenic patients, and more acceptance of the patients. As a consequence, schizophrenic patients can live in the community with more happiness for a longer period of time. The findings of this study would also help develop quality of nursing care in congruence with the policy to cut down the length of hospital stay of psychiatric patients and to promote their quality of life.

Study Objective

To investigate the effects of a group psychoeducational therapy to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients

Conceptual Framework of the Study

In this study, the psychoeducational concept of SAFE Program (Support and Family Education Program) was employed as the conceptual framework of the study. The SAFE Program which was developed by Sherman (2006) is a form of the family education groups. There are a total of 18 group activities organized for family caregivers of psychiatric patients. The activities can be divided into four aspects as follows: 1) dissemination of psychiatric knowledge such as causes of psychiatric symptoms and knowledge of various mental disorders including schizophrenia, major depressive disorders, bipolar disorder, and posttraumatic stress disorder; 2) practices of skills of family caregivers including communication skills, problem-solving skills, and management skills of patients' aggressive behaviors; 3) exchange of experiences providing care to and living with psychiatric patients; and 4) activities related to family caregivers, family members, friends, and medical staff such as introduction of

sources of support in the community. A review of literature on effectiveness of the SAFE Program has shown that the SAFE Program can be used to reduce stigma in caregivers of psychiatric patients (Sherman, 2006).

In the present development of a psychoeducational program, the researcher applied the SAFE Program by selecting activities related to caregivers of schizophrenic patients. There were a total of five activities chosen in this study. The contents of the selected activities were comprehensive and congruent with the four principle concepts of the SAFE Program as previously mentioned. The activities used in the present psychoeducational therapy included 1) dissemination of knowledge on abnormality caused by schizophrenia, care of patients with schizophrenia, and prevention of relapses in patients with schizophrenia; 2) practices of different skills including communication skills and problem-solving skills to enable caregivers to develop confidence to have creative and constructive communication to reduce conflicts, to promote mutual understanding, and to strengthen their relationships with schizophrenia patients to reduce the cognitive and behavioral stigma; 3) mental care and adjustment of thinking to enable caregivers to relieve their stress and develop positive thinking about different life events to reduce affective, cognitive, and behavioral stigma; and 4) effective coping with stigma through disclosure of the schizophrenic patients' mental health conditions to others as well as discussion of advantages and disadvantages of such revelation to enable caregivers to develop the strength they need to cope with stigma of having a schizophrenic patient in their family to ensure positive attitudes toward schizophrenic patients, to enable caregivers to provide care to help patients live in the community and society with happiness, and to reduce affective, cognitive, and behavioral stigma of caregivers. The conceptual framework of the study is illustrated in Figure 1 below.

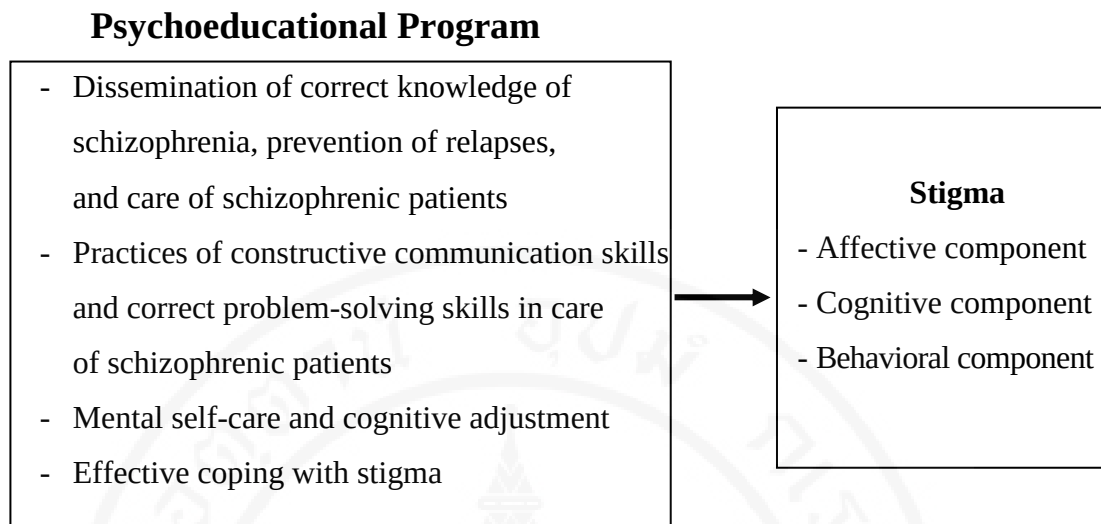


Figure 1: Conceptual Framework of the Study

Research Hypotheses

1. After the study, caregivers who have participated in the group psychoeducational therapy have less stigma.
2. After the study, caregivers in the experimental group who have participated in the group psychoeducational therapy have less stigma than those in the control group.

Scope of the Study

The present study was a quasi-experimental study which aimed at investigating the effects of the group psychoeducation therapy to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients. The sample consisted of caregivers of schizophrenic patients who sought treatment at the inpatient or outpatient clinics, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital between August 2009 and September 2009.

Study Variables

1. Independent variable was a group psychoeducational program to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients.

2. The dependent variable was stigma in caregivers of schizophrenic patients.

Definition of Terms

Group psychoeducational therapy refers to a group psychoeducational program that describes details of each activity in each session. The group process is a combination of dissemination of knowledge, exchange of learning experience, and mental and emotional support. In the present study, the group psychoeducational program was adopted from the concept of SAFE Program (Support and Family Education Program) proposed by Sherman (2003) together with a review of related literature. There were six group sessions included in the therapy as follows:

First session: establishment of relationship, exploration of expectation from group participation, and examination of stigma in caregivers of schizophrenic patients

Second session: provision of correct knowledge and understanding on care of schizophrenic patients and prevention of relapses

Third session: correct knowledge and understanding of care of schizophrenic patients and creative communication

Fourth session: learning of correct problem-solving techniques for schizophrenic patients

Fifth session: mental self-care and adjustment of thinking to reduce stress

Sixth session: effective coping with stigma

Stigma in caregivers of schizophrenic patients refers to the feelings that take place inside the caregivers from having born in the same family with schizophrenic patients (courtesy stigma) and associated with care of schizophrenic patients. It can also result from negative attitudes or biases of people in society toward schizophrenic patients and their caregivers, which make caregivers feel embarrassed, disgusted, or unaccepted by society. They may feel inferior and lose confidence to contact other people, or they may suffer from the feelings of fear, anxiety, guilt, and self-accusation from not providing good enough care to patients. Furthermore, they may feel angry when schizophrenic patients have inappropriate, aggressive, or

distrustful behaviors. And they may want to hide the fact that they have schizophrenic patients in the family from others.

In the present study, stigma in caregivers of schizophrenic patients was assessed using the Stigma Scale of Mak and Cheung (2008). It consisted of three components as follows: 1) the affective component referred to negative feelings of caregivers toward the fact that they had schizophrenic patients under their care such as embarrassment, disgust, inferiority, emotional disturbance, despair, and sadness; 2) the cognitive component referred to caregivers' negative thinking about themselves, i.e. thinking that others may have felt that they were disgusting or their reputations were destroyed; and 3) the behavioral component which referred to avoidance behaviors from contacts with the patients or others.

Expected Outcomes and Benefits

The knowledge derived in this study on the effects of a group psychoeducational program to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients could be used to develop a clinical nursing practice guideline to more effectively and appropriately provide care to schizophrenia patients and their caregivers.

Research Methodology

The present study was quasi-experimental research which with a pre-test and post-test design to determine the effects of a group psychoeducational program to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients.

Population and sample

The population of the study referred to caregivers of schizophrenic patients. The study sample consisted of caregivers of schizophrenic patients who were treated at the outpatient or inpatient department of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital in Khon Kaen Province.

Sample selection

The inclusion criteria in this study were as follows: 1) they were primary caregivers who spent most of their time giving care to schizophrenic patients and had been doing so for at least six months; 2) they had blood relationship or legal

relationship with schizophrenic patients; 3) they were males or females who were at least 15 years of age; 4) they were able to read and write the Thai language; 5) they did not have any serious disease; 6) they had full consciousness and no mental disorder; and 7) they were willing to participate in the study after being informed of the rights of the research subjects.

The exclusion criteria were as follows: 1) they refused to take part in the study; 2) they were not able to attend all six sessions of the group psychoeducational program to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients; and 3) they could not be reached by the researcher.

Sample size

The sample size of this study derived from three main principles of statistical concepts, previous research, and a review of literature. The sample size was determined based on the statistical formula proposed by Polit and Hungler (2004) that an experimental study should have at least 20 to 30 subjects, and if there is a group comparison, there should be at least ten subjects in each group, depending on the number of study variables. A review of previous research on group psychoeducational programs has shown that in one study conducted by Maldonado & Uri'zar (2007), there were 45 subjects who were caregivers of schizophrenic patients and the effect size was less than 0.5, which was considered a moderate level. These 45 subjects were divided into two groups, with 23 subjects in the control group and 22 in the experimental group. However, four of the experimental subjects had to be excluded because they did not complete their participation in the group activities as required, so the number of the remaining subjects was 18. The findings showed that caregivers of schizophrenic patients had less caregiver burden after participating in the group psychoeducational program. In Thailand, a number of studies were conducted with caregivers of schizophrenic patients, and the total numbers of study subjects ranged from 20 to 24, with about ten to 12 subjects in each of the experimental and control groups (Darunee Kajabhram, B.E. 2542; Sakowrat Phupha, B.E. 2543; Acharawan Triyung, B.E. 2546). The sample size that was appropriate for the purposes of the group psychoeducational program and that would best benefit interactions among group members would be around eight to ten persons; otherwise, there would be insufficient interactions among group members (Yalom, 1975).

Therefore, in the present study, the sample size was set at 20 subjects in the control group and another 20 subjects in the experimental group. Random assignment was employed to divide the subjects into experimental and control subjects. In the experimental group, the subjects were then divided into two groups, with ten members in each group for the experiment. However, once the experiment started, the numbers of subjects in the control group and the experimental group were reduced to 17 subjects. As for the experimental group, three of the selected subjects did not participate in all group activities as planned. This is because one of them was not caregivers of schizophrenic patients, one participated in only the first two sessions of the group activities, and the other one took part in the first four sessions but could not be reached for the fifth and sixth sessions. On the other hand, three of the control subjects could not be reached for the administration of the questionnaires after the experiment and the follow-up.

Setting

The present study was conducted at the outpatient and inpatient departments of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Khon Kaen Province.

Instrumentation

The instruments used in this study were divided into the data collection instruments and research instrument.

Part I: Data collection instruments were further divided into two parts:

1.1 The demographic characteristic questionnaire was developed by the research to elicit data regarding demographic characteristics of caregivers of schizophrenic patients and schizophrenic patients. Data regarding demographic characteristics of caregivers of schizophrenic patients including gender, age, educational background, occupation, marital status, family income, duration of provision of care, relationship with schizophrenic patients, and number of family members; data regarding demographic characteristics of schizophrenic patients included gender, age, educational background, occupation, marital status, duration of sickness, and number of hospital admissions.

1.2 The stigma scale used in the present study was constructed by Mak and Cheung (2008). It consisted of 22 items which could be categorized into three

components as follows: 1) The affective component (items 1-7), 2) the cognitive component (items 8-14), and 3) the behavioral component (items 15-22). The responses to these items were arranged into a five-point rating scale of 1 = totally disagree, 2 = disagree, 3 = agree, and 4 = totally agree.

As for scoring, the scores for 22 items were summed up. The total scores ranged from 22 to 88 points. With regard to interpretation of scoring, higher total scores meant the caregivers of schizophrenic patients had more stigma, whereas lower total scores indicated that caregivers of schizophrenic patients had less stigma.

Validation of the instrument

1. Translation process

1.1 After permission was granted by the owners of the instrument, the researcher translated the stigma scale of Mak and Cheung (2008) from English into Thai.

1.2 The translated version was submitted to two language experts to ensure its content validity. One of the experts translated the original stigma scale of Mak and Cheung (2008) from English into Thai, and the other language expert back-translated the instrument into English.

1.3 The researcher considered both of the Thai versions translated by the researcher and one of the language experts to derive at the conclusion before implementing the scale with the study subjects.

2. Determination of reliability

Before data collection took place, the researcher tried out the stigma scale with 14 caregivers of schizophrenic patients whose demographic characteristics were similar to those of the subjects in the main study at the outpatient and inpatient departments of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Cronbach's alpha correlation coefficient showed that the reliability of the overall stigma scale and the affective component, the cognitive component, and the behavioral component was equal to 0.94, 0.84, 0.89, and 0.85, respectively.

As regards the subjects of the main study, the stigma scale was used with 34 caregivers of schizophrenic patients in the control group and the experimental group at the outpatient and inpatient departments of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Cronbach's alpha correlation coefficient revealed that the

reliability of the overall stigma scale and the affective component, the cognitive component, and the behavioral component was equal to 0.94, 0.80, 0.85, and 0.89, respectively.

Part II: Research instrument

The research instrument was the group psychoeducational program developed by the researcher based on the concept of Sherman (2003) called the SAFE Program (Support and Family Education Program) as well as the review of literature on group psychoeducational programs. There were six sessions in the program which could be described as follows:

Session one: establishment of relationship, exploration of expectation from group participation, and examination of stigma in caregivers of schizophrenic patients

Session two: provision of correct knowledge and understanding on care of schizophrenic patients and prevention of relapses

Session three: correct knowledge and understanding of care of schizophrenic patients and creative communication

Session four: learning of correct problem-solving techniques for schizophrenic patients

Session five: mental self-care and adjustment of thinking to reduce stress

Session six: effective coping with stigma

Validation of the instrument

Before the experiment was conducted, the researcher submitted the developed group psychoeducational program to two experts to its confirm content validity. One of the experts was a highly-experienced psychiatrist, while the other was a psychologist. After that, the developed program was revised and improved based on the experts' comments and suggestions.

Research procedures

The research procedures consisted of the following steps:

Phase 1: Preparation of the researcher and research assistant

The researcher prepared herself before the experiment and the data collection took place as follows: 1) the researcher underwent training on psychiatric nursing care for four months; 2) the researcher underwent training on group drama-psychotherapy and group psychotherapy during her studies in the field of psychiatric

nursing; and 3) the researcher accumulated experience conducting group psychoeducation with psychiatric patients at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital.

The research assistant was a professional nurse who had undergone training on psychiatric nursing and had received training on group psychoeducational programs conducted by the researcher.

Phase 2: Protection of the rights of human subjects

The following steps were undertaken by the researcher:

1. A letter was submitted to the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, to ask for permission to conduct the experiment and collect data.

2. After permission was granted by the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, a letter from the Graduate School of Mahidol University was submitted to the Director of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital to ask for permission to conduct research and to collect data.

3. The researcher submitted a letter to the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, to ask for permission to conduct research and to collect data at the hospital. The permission letter from the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University and the proposal of the study were also submitted as evidence.

4. After permission was granted by the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, the permission letter was shown to the heads of different wards to ask for permission to conduct research and to collect data at both inpatient and outpatient wards.

5. Before data collection took place, the researcher explained the research objective, research procedures, involved risks, and benefits of the group psychoeducational program as well as conducted protection of the rights of human subjects. The subjects were assured that their participation was solely on a voluntary basis and they were able to withdraw their participation in the study on caregiver stigma at any time if they wished without having to give reasons to the researcher. In

addition, the researcher asked the subjects for permission to record the data before group activities were carried out. The subjects were also assured that they were able to stop the recording at any time if they wished. Moreover, they were informed that data collected from them would be kept strictly confidential, would be reported only as group data without any indication to identify who the subjects were, and would only be used for academic purposes.

Phase 3: Experiment and data collection

The researcher conducted the experiment with the subjects in the experimental group and the control group in the following manners:

The experimental group

The researcher conducted the experiment using the developed group psychoeducational program composed of six teaching sessions. Each session lasted one to two hours, and the sessions were carried out twice a week, every other week, totaling five weeks. After the group sessions were completed, the researcher asked the subjects to respond to the stigma scale for caregivers of schizophrenic patients. The researcher also distributed a manual on care of schizophrenic patients to the caregivers in the experimental group.

The control group

The researcher handed out a document on schizophrenia to the caregivers of schizophrenic patients in the control group. While the experimental subjects participated in the group psychoeducational program, the control subjects received the researcher's phone number for consultation if they had problems with provision of care to schizophrenic patients. After the end of the group psychoeducational program, the researcher asked the subjects in the control group to come back to the hospital to fill out the stigma scale one more time. The researcher also distributed a manual on care of schizophrenic patients to the caregivers in the control group.

The data collected from both groups of subjects were then examined to ensure completeness before they were statistically analyzed.

Data Analysis

Quantitative data collected from the demographic characteristic questionnaire and the stigma scale were analyzed using the SPSS computer package as follows:

1. Demographic characteristics of caregivers of schizophrenic patients and schizophrenic patients were analyzed using descriptive statistics of frequency, percentage, mean, and standard deviation.
2. Differences in demographic characteristics of caregivers of schizophrenic patients and schizophrenic patients in the experimental group and the control group were analyzed with the t-test and χ^2 .
3. Differences in stigma scores of caregivers of schizophrenic patients and schizophrenic patients in the experimental group before and after their participation in the group psychoeducational program were determined using the paired t-test.
4. Differences in stigma scores of caregivers of schizophrenic patients and schizophrenic patients in the experimental group and the control group before and after the implementation of the group psychoeducational program were determined using the independence t-test.

Findings

According to the study findings, there were altogether 34 caregivers of schizophrenic patients who participated in the study. Their mean age was equal to 54.35 years (SD = 12.58), and the number of family members was five on average. Furthermore, their mean duration of caregiving duties was equal to 11.15 years (SD = 8.20). Close to three quarters of the caregivers (70.59%) were female, and more than three-fourths (79.41%) were married. In terms of relationship with schizophrenic patients, most of them, or 79.41%, were parents of the patients. In addition, most of them, or 88.24%, were agriculturists or farmers, and 61.76% earned 0 to 5,000 baht per month on average.

When considering demographic characteristics of schizophrenic patients, it was found that all 34 of them were under the care of their family caregivers. Their mean age was 33.09 years (SD = 7.83), and close to two-thirds (64.71%) were male.

Moreover, 76.41% were single, a little more than half (52.94%) completed secondary education, and 55.88% were unemployed. The findings showed that of all the schizophrenic patients who participated in the study, eight of them (23.53%) had no history of hospitalization. Of these, two of them (5.88%) were in the experimental group, whereas six (17.65%) were in the control group. As for those who had history of hospital admissions, the number of hospitalizations was 2.36 times on average ($SD = 2.73$).

With regard to the effects of the group psychoeducational program to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients, it was found that after the completion of the group psychoeducational program, the overall mean score of stigma of the caregivers of schizophrenic patients in the experimental group was lower than that of the caregivers in the control group ($p < 0.05$). In addition, when comparing the mean scores of stigma, the findings revealed that the mean score of the cognitive stigma of the caregivers of schizophrenic patients in the experimental group was lower than that of the caregivers in the control group ($p < 0.01$) and the mean score of the behavioral stigma of the caregivers of schizophrenic patients in the experimental group was also lower than that of the caregivers in the control group ($p < 0.05$). However, the mean scores of the affective stigma of the subjects in both groups were lower but with no statistical significance. Therefore, it could be concluded that the group psychoeducational program could be used to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients.

Limitations and Recommendations of the Study

It was found that there were certain limitations of the study that arose when the experiment was conducted, which should be taken into consideration when analyzing the study findings. Besides, the recommendations were made to reduce possible limitations that may take place in the studies carried out in the future as follows:

1. The study subjects were family caregivers of schizophrenic patients. In the experimental group, the mean age of the subjects was 53.35 years, and the maximum age was 74 years old. In the control group, the mean age of the subjects was 51.11 years, and the maximum age was 81 years old. Thus, they were considered

elderly persons. For this reason, it was difficult for them to travel to the hospital to receive knowledge, and the final number of the subjects in each of the two groups was 17 because those who had initially indicated their willingness to participate in the study were unable to come to the hospital to attend all group sessions.

Recommendations

- The group psychoeducational program may be organized in the community where there are a large number of schizophrenic patients or when the patients are being treated at the hospital. Researchers may coordinate with the psychiatrists for home visits in cases that caregivers are willing to participate in the group psychoeducational program. In addition, appointments for participation in the group sessions may be made when the caregivers have to take the schizophrenic patients to the hospital to see their doctor.

- The group psychoeducational program may be conducted to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients during the time the patients are admitted into the hospital, totaling three sessions. The first session can be conducted on the first Saturday or Sunday after admission. The second session can be conducted during the second weekend, and the third session may be conducted after an appointment is made with coordination from the psychiatrist to arrange home visits. After all home visits are done, another appointment can be made on the day caregivers have to take schizophrenic patients to the hospital to see the doctor. However, it is recommended that the schedules for the program should be specifically made, and a pilot study should be carried out at a patient's ward where it is convenient to arrange the activities included in the program.

2. When the homework on flower talks was assigned to the caregivers of schizophrenic patients in the experimental group who received the group psychoeducational program, not all of them were able to hand in the homework. This was because most of the caregivers were elderly persons who lacked confidence in their writing skills, so they did not want to do this homework.

Recommendation

- In further studies, examples of correct writing should be included in the workbook of the caregivers of schizophrenic patients or given when the homework is assigned during the group activities.

3. When the subjects in the control group were asked to respond to the questionnaire and stigma scale, their responses may not be so truthful or accurate, especially when they were responding to the items on affective stigma. This was because they were asked to respond to the items via telephone calls, so the researcher was unable to observe the facial expressions of caregivers of schizophrenic patients in the control group.

Recommendation

- When assessing the stigma of the caregivers of schizophrenic patients in the control group, especially affective stigma, at the end of the experiment, an appointment should be made in advance so that data collection can be conducted in person so that the researcher will be able to accurately observe the facial expressions of caregivers.

4. In this study, schizophrenic patients were allowed to participate in the group psychoeducational activities, so the findings of the study may have been distorted because the family caregivers may have found it uncomfortable to express their true feelings of stigma when the schizophrenic patients were also present.

Recommendation

- In the future when the group psychoeducational program is organized, a letter should be sent to the caregivers of schizophrenic patients to explain the contents and activities included in the program. A telephone call should also be made to inform the caregivers that the activities are planned for them only as well as why it is necessary that the activities have to be carried out without the participation of schizophrenic patients.

Implications of the Study Findings

Based on the findings of the study, the following implications for nursing practices and nursing research can be made:

For nursing practices

Psychiatric and mental healthcare nurses can utilize the findings on the group psychoeducational program to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients in their practices as follows:

1. Nurses should have knowledge and awareness of the feelings of stigma experienced by caregivers of schizophrenic patients and develop positive attitudes toward schizophrenic patients, their family caregivers, as well as their family members.

2. Nurses can implement the group psychoeducational program to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients in their actual practice because the program includes group activity plans that are practical and that have been proved to be effective to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients. The contents of each activity in the program can be used as a guideline for nurses to provide care to caregivers of schizophrenic patients as follows:

- 2.1 Nurses should promote effective communication between caregivers of schizophrenic patients and the patients such as consistent words and actions so as to reduce possible conflicts caused by reception of inconsistent information.

- 2.2 Dissemination of correct knowledge on schizophrenia among caregivers of schizophrenic patients is necessary as to correct the caregivers' misconceptions of stigma. Knowledge on the causes of schizophrenia, especially the knowledge that schizophrenia results from biological factors or vulnerability to the surrounding environments, needs to be given to caregivers of schizophrenic patients.

- 2.3 Knowledge should also be offered to caregivers of schizophrenic patients on care of schizophrenic patients during the critical phase. They should also be taught how to observe for early warning signs before schizophrenic patients develop symptoms or behaviors that will cause stigma to family

members such as when the patients have aggressive behaviors, when they do not have medication adherence, or when they have auditory or visual hallucination.

2.4 Caregivers of schizophrenic patients should receive advice on how to effectively cope with their stigma by openly revealing the truth that they have a schizophrenic patient under their care. They should take schizophrenic patients to do activities to benefit society to reduce fear or distrustful feeling community members may have toward schizophrenic patients. The caregivers may help make society realize that even though schizophrenic patients are mentally sick, they are still able to live a normal life with normal and mentally healthy people in the society.

2.5 Confidence of caregivers of schizophrenic patients should be promoted through planning between caregivers and schizophrenic patients to ensure that schizophrenic patients will have practices that are appropriate for their mental conditions when they are discharged from the hospital and return to their family.

3. The group psychoeducational program developed in the present study can be used as a clinical nursing practice guideline for psychiatric nurses who wish to conduct group activities to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients. The contents of the program can also be utilized to develop a manual for caregivers of schizophrenic patients who provide care to the patients at home. The contents of the manual should be made concise and easy to understand to ensure appropriateness for self-study by caregivers of schizophrenic patients.

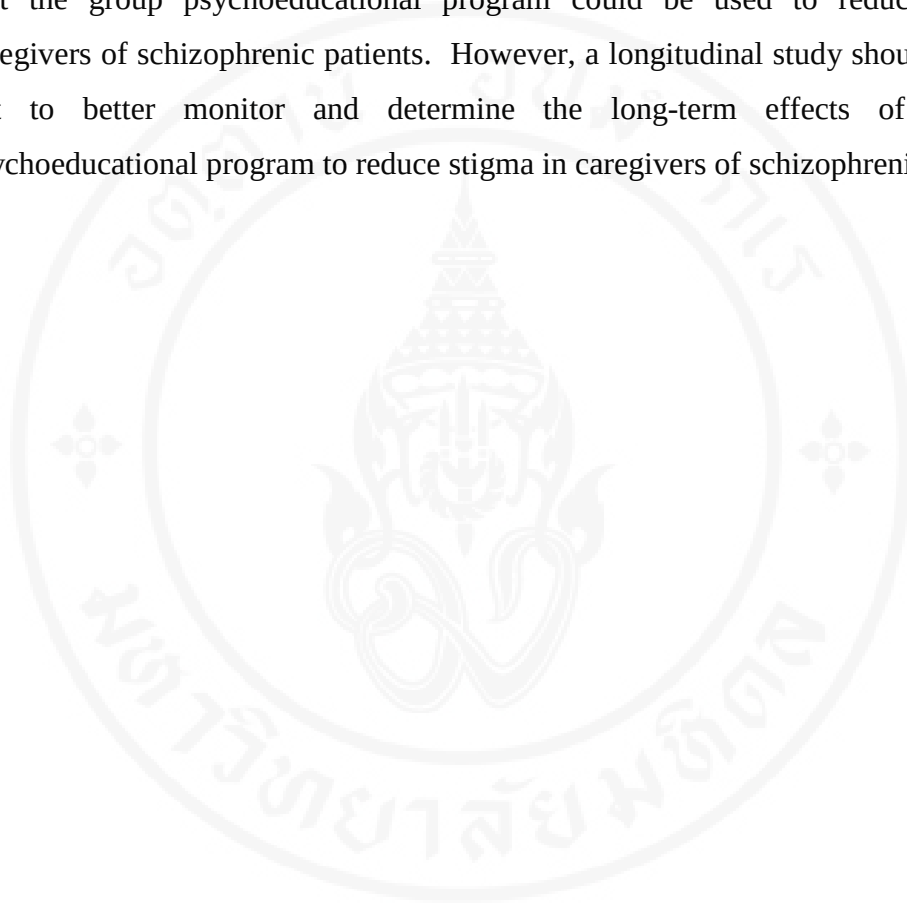
4. The effects of the group psychoeducational program to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients should be further investigated at other psychiatric institutes to expand the findings.

For nursing research

1. The findings of the present study indicated that the group psychoeducational program could be used to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients. After their participation in the program, the scores of overall stigma, cognitive stigma, and behavioral stigma of the subjects in the experimental group were lower than those of the subjects in the control group with statistical significance. However, the scores of affective stigma, though lower, were not statistically significantly different between the two groups of subjects. As a result, further studies should be conducted to more effectively determine the effects of the

group psychoeducational program especially its effects on reduction in affective stigma of caregivers of schizophrenic patients.

2. In this study, the pre-test was conducted before the experiment, and the post-test was immediately conducted after the program ended. The findings indicated that the group psychoeducational program could be used to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients. However, a longitudinal study should be carried out to better monitor and determine the long-term effects of the group psychoeducational program to reduce stigma in caregivers of schizophrenic patients.



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541ข). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต 2541. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต 2551. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรองจิตต์ เมืองวุฒิ. (2537). วัฒนธรรมและค่านิยมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชใน ภาคเหนือที่มีผลต่อการเลือกวิธีการบำบัดรักษา: ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัด เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 1. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2541). โรคจิต โรคประสาท. กรุงเทพฯ: บุ๊คแบงค์.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2539). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ฉวีวรรณ ไพรวลัย. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประพฤติกิจทางศาสนา พฤติกรรมการดูแลทางการพยาบาลกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบำราศนราดูร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ครุณี กษพรหม. (2543). ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ถวิล นภาพงศ์สุริยา, เฟลีน เลียงโซคอยู่, พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัตน์, และยาใจ สัทธิมงคล. (2543). พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 49(1), 24-33.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. (2549) โครงการรณรงค์ระดับชาติเพื่อคืนชีวิตใหม่และสร้างกำลังใจในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต. เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2549 จาก: [http:// www.dmh.go.th/destigma/pdf](http://www.dmh.go.th/destigma/pdf).
- ทัศนีย์ บุญทอง. (2534). มโนคติของจิตวิญญาณการพยาบาล ใน อรพินทร์ วีระนัตร (บรรณาธิการ). *การประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ*. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540). กรณีศึกษา: ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2539). ปัจจัยด้านสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของการดื่มสุราในชุมชนจังหวัดนครสวรรค์ ประเทศไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 39 (2), 677-685.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ปรีวัตร ไชยน้อย. (2545). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล*. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปาริชาติ ไรจน์พลากร – กุ๊ซ และยุวดี ภาษา. (2549). *สถิติสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์และการใช้โปรแกรม SPSS for windows*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- พหล วงศาโรจน์. (2541). การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต: ยุทธศาสตร์ความมั่นคงแห่งชาติ. ใน อุดมเพชรสังหาร, บุญชัย นวมงคลวัฒนา และพันธ์ศักดิ์ วราอัศวปติ (บรรณาธิการ), *ประชามสุขภาพจิตอีสาน 41*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา. (2547). *ตราบาป: การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 18 (1), 1-10.
- มานิต ศรีสุรณานนท์ และ จำลอง คิชยวนิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่.

มานิช หล่อตระกูล. (2541). โรคจิตเภท ในมานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ) *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.

มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. โครงการตำราและเอกสาร วิชาการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยาใจ สัทธิมงคล. (2538). ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต : การวิเคราะห์รายงานการวิจัย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 1, 19-26.

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 2(1), 84-93.

รัชนิกร อุปเสน. (2541). *การศึกษายาทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วาริรัตน์ ถาน้อย. (2545). *ญาติผู้ป่วยเรื้อรัง : ผลกระทบและความต้องการการช่วยเหลือ*. การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. ณ ห้องอัมรินทร์ โรงแรม เอส. ดี. อเวนีย กรุงเทพมหานคร.

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 12 (14), 33-37.

วีณา เกียบบนา. (2547). ผลข้างเคียงจากยาต้านโรคจิต ใน นวี่ ธรรมสุข และคนอื่นๆ *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.

เวทีณี สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัสมิทธิชัย, และ เอ็มหทัย ศรีจันทร์ห่อ. (2544). ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 16(2), 107-116.

ศรีสุดา วณาลีสิน, ทิพย์ภา เชษฐเจ้าวลิต, พรณี อ่าวเจริญ และจิตลัดดา ไชยมงคล. (2546). ปัญหาทางอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11 (3), 128 - 130.

- สการรัตน์ ภูผา. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2548). การศึกษาตราใบในผู้ป่วยจิตเภท. เข้าถึงเมื่อ [13 พฤษภาคม 2549]จาก:[http:// www.dmh.go.th/ abstract/details.asp](http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp)
- อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ : ด่านสุทธาการพิมพ์.
- อัญจรวรรณ ตรีวง. (2546). การศึกษาผลของกลุ่มจิตศึกษาต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัญชลี เตมียะประดิษฐ์, ชนมน์ สุขะชีวิน, กัลยา สามัคคีธรรม, และวิไล สีพยา. (2537). เปรียบเทียบผลการให้ความรู้แก่ญาติของผู้ป่วยในโรงพยาบาลประสาทสงขลา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 39(1), 2-13.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้าพรินติ้ง.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Agius, M. (2004). Psychoeducation . *Proceedings of the School for Psychotherapy for Psychosis*, May, Dubrovnik.
- Alem, A., Kebede, D., Jacobsson, L., & Kullgren, G. (1999). Suicide attempts among adults in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 397, 70 –76.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM IV*. Washington: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM IV*. Washington: American Psychiatric Press.
- Anderson, C., Hogarty, G., & Riess, D. (1980). Family treatment of adult schizophrenia patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490 - 505.

- Andreason, N. C. (1984). *The Broken Brain: The Biological Revolution in Psychiatry*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Andrews, G., Sanderson, K., Corry, J., Issakidis, C., & Lapsley, H. (2003). Cost effectiveness of current and optimal treatment for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 183, 427-435.
- Angermeyer, M. C., Link, B. G., & Majcher-Angermeyer, A. (1987). Stigma perceived by patients attending modern treatment settings: Some unanticipated effects of community psychiatry reforms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 4-11.
- Angermeyer, M.C., Schulze, B., & Dietrich, S. (2003). Courtesy stigma: A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 38, 593 -602.
- Ashcroft, R.E. (2007). The ethics and governance of medical research. In R.E. Ashcroft, A. Dawson & H. Draper (Ed), *Principles of healthcare ethics*. (pp. 681- 688). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Ballas, P. (2006). Schizophrenia and cognition. Retrieved, Retrieved November 30, 2006 from <http://www.healthcentral.com/schizophrenia/c/76/2761/cognition>.
- Bambauer, K. Z. & Prigerson, H. G. (2006). The stigma receptivity scale and its association with mental health service use among bereaved older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 139 - 141.
- Bateson, G. (1990). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- Bauml, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S1-S9.
- Bernheim, K., & Lehman, A. (1985). *Working with families of the mentally ill*. New York: Norton.
- Breier, A., Schreiber, J. L., Dyer, J, et al. (1991). National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia: Prognosis and predictors of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 48, 239-46.
- Brislin, R. W. (1970). Back - translation for cross-cultural research. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 1, 185–216.
- Brown, G.W. (1998). Genetic and population perspectives on life events and depression. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33, 363-372.

- Brown, N.W. (2004). *Psychoeducational groups: Process and Practice*. Brunner-routledge.
- Brune, B., Ribbert, H., & Schiefenhovel, W. (2003). *The social brain evolution and pathology*. New York: Wiley.
- Budd, R.J. & Hughes, C.T. (1997). What do relatives of people with schizophrenia find helpful about family intervention? *Schizophrenia Bulletin*, 23, 341-347.
- Bulger, M. W., Wandersman, A., & Goldman, C. R. (1993). Burdens and gratifications of caregiving: Appraisal of parental care of adults with schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 255-265.
- Carpenito, L.J. (1997). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Carson, V.B. (1989). *Spiritual dimensions of nursing practice*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Chang, K.H., & Horrocks, S. (2006). Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 435 - 443.
- Cheng, L. Y, & Chan, S. (2005). Psychoeducation program for Chinese family carers of members with schizophrenia . *Western Journal of Nursing Research*, 27(5), 583- 599.
- Chien, W.T., Chan , S., Morrissey, J., & Thompson, D. (2005). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 595-608.
- Chien, W.T., Norman, I., & Thompson, D.R. (2004). A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 637-649.
- Chiu, M. L., Wei, G.W., & Lee, S. (2006). Personal tragedy or system failure: A quality analysis of narratives of people with severe mental illness in Hong Kong and Taiwan. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 413–423.
- Chou, Y. C., & Palley, H. A. (1998). The impact of having a child with developmental disabilities on the family in Taiwan: cultural context review. *Social Development Issues*, 20, 35–52.
- Chou,Y. C., Pu, C. Y., Lee, Y. C., Lin, L. C., & Kröger, T.K. (2009). Effect of perceived stigmatization on the quality of life among ageing female family carers : A comparison of carers of adults with intellectual disability and carers of adults with mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (7), 654–664.

- Cook, J., Heller, T., & Pickelt-Schenk, S. (1999). The effect of support group participation on caregiver burden among parent of adult offspring with severe mental illness. *Family Relation*, 48(4), 405-410.
- Couture, S. M., Penn, D. L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12, 291-305.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology Science and Practice*, 7, 48-67.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F.E., Watson, A. C., Rowan, D., & Kubiak, M.A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162-179.
- Corrigan, P.W., & Matthews, A. K. (2003). Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet. *Journal of Mental Health*, 12 (3), 235-248.
- Corrigan, P.W., & Miller, F. E. (2004). *Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members*. Manuscript submitted for publication.
- Corrigan, P. W., & Penn D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765-776.
- Corrigan, P.W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self stigma and mental illness. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9, 35-53.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C., & Miller, F.E. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology*, 20, 239-246.
- Corrigan, P. W. (2005). *On the stigma of mental illness: Implications for research and social change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P.W., & Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43, 439-458.
- Correy, G. (2000). *Theory & Practice of Group Counseling* (5th Ed.). California: Books/Cole.
- Czuchta, D., & McCay, E. (2001). Help seeking for parents of individuals experiencing a first episode of Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15, 159 -170.

- Dietrich, S., Beck, M., Bujantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2004). The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(5), 348-354.
- Dinkmeyer, D., & Muro, J.J. (1971). *Group counseling: Theory and practice*. Itasca, Illinois: Peacock Publishers.
- Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1), 5-20.
- Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., Mueser, K., Miklowitz, D., Solomon, P., & Sondheim, D. (2001). Evidence based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 59, 903-910.
- Dixon, L., Stewart, B., Burland, J., Delahanty, J., Lucksted, A., Hoffman, M. (2001). Pilot study of the effectiveness of the Family- to -Family education program. *Psychiatric Services*, 52, 965-967.
- Eggart, G., Spark, R., & Lawson, J. (1990). *Health promotion strategies and methods*. Hong Kong: McGraw Hill Book Company.
- Ewers, P., Bradshaw, T., McGovern, J., & Ewers, B. (2002). Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? *Journal of Advanced Nursing*, 37, 470-476.
- Falk, G. (2001). *Stigma: How we treat outsiders*. New York: Prometheus Books.
- Falloon, I. H., Boyd, J. L., Macgill, C. W., Razani, J., Moss, H. B. & Gilderman, A. M. (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 306(24), 1437-1440.
- Falloon, I.H. & Pederson, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment of the family unit. *British Journal of Psychiatry*, 147, 156-163.
- Fowler, L. (1992). Family psychoeducation: Chronic psychiatrically ill Caribbean patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 30(3), 27-32.

- Fife, B. L., & Wright, E. R. (2000). The dimensionality of stigma: A comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *Journal of Health and Social Behavior, 41*, 50-67.
- Fox, J. (2009). A participatory action research project evaluating a carers' representation group – Carers Against Stigma. *Mental Health Review Journal, 14*(4), 25-36.
- Freedman, R. (2003). Schizophrenia. *New England Journal of Medicine, 349*, 1738-1749.
- Gelder, M.G., Mayou, R.A., & Geddes, J.R. (1999). *Oxford Core Texts: Psychiatry Concise Text*. London: Sage Publications.
- Gilmore, N., & Somerville, M.A. (1994). Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases: overcoming 'them' and 'us'. *Social Science & Medicine, 39* (9), 1339-1358.
- Goffman, E. (1963). *Stigma, Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Goldstein, M. J. (ed.). (1981). *New Developments in Interventions with Families of Schizophrenics*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Goldstein, M. J., Rodnick, E.H., Evans, J.R., May, P.R., & Steinberg, M. (1978). Drug and family therapy in the inference treatment of acute schizophrenia . *Archives of General Psychiatry, 35* (10), 1169-1177.
- Gonza 'lez-Torres, M.A., Oraa, R., Ari'stegui, M., Ferna'ndez-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 42*, 14-23.
- Gopinath, P.S., & Chaturvedi, S.K. (1992). Distressing behavior of Schizophrenics at home. *Acta Psychiatric Scandinavia, 86*, 185-188.
- Gove, W.R. (1982). The current status of the labeling theory of mental illness. In: Gove, W.R., ed. *Deviance and Mental Illness*. Beverly Hills, CA: Sage, pp. 273-300.
- Greasey, P., Chiu, L.F., & Gartland, R.M. (2001). The concept of spiritual care in mental health nursing. *Journal of Advance Nursing, 33*, 629-637.
- Green, M.F. (1996). What is the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry, 153*, 321-30.

- Greenberg, J.S., Greenley, J.R., McKee, D., Brown, R. & Griffin – Francell, C. (1993). Mothers caring for an adult child with Schizophrenia. *Family Relations*, 42, 205 -211.
- Greenberg, J. S., Kim, H. W., & Greenley, J. R. (1997). Factors associated with subjective burden in siblings of adults with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 231-241.
- Greenberg, L. S., Rice, L., & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenley, J. (1986). Social control and expressed emotion. *Journal of Mental Disorders*, 174, 24-30.
- Guarnaccia, P.J., & Parra, P. (1996). Ethnicity, social status, and families' experiences of caring for a mentally ill family member. *Community Mental Health Journal*, 32, 243-260.
- Hammond, V.T. & Deans, C. (1995). A phenomenological study of families and psychoeducation support groups. *Journal of Psychosocial Nursing and Health Services*, 33, 7-12.
- Han, D.Y., Chen, S.H., Hwang, K.K., & Wei, H.L. (2006). Effects of psychoeducation for depression on help-seeking willingness: Biological attribution versus destigmatization. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 662–668.
- Hayman, F. (2005). Helping carers care : education programme for rural carers of people with a mental illness, *Australian Psychiatry*, 13(2), 148 -153.
- Herz, M.I. (1984). Recognizing and preventing relapse in patients with Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 35(4), 344–349.
- Hill, M.K., & Sahhar, M. (2006). Genetic counseling for psychiatric disorders. *Medical Journal of Australia*, 185 (9), 507-510.
- Hirsch, S.R., Jolley, A., Barnes, T. (1990). Are depressive symptoms parts of the schizophrenic syndrome? In: Delisi LE, (Ed.), *Depression in schizophrenia* (pp.25 – 37). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Ho, B.C., Nopoulos, P., Flaum, M., et al. (1998). Two-year outcome in first episode schizophrenia: Predictive value of symptoms for quality of life. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1196-201.

- Hocking, B. (2003). Reducing mental illness stigma and discrimination everybody's business. *Medical Journal of Australia*, 178, S47-S48.
- Hoffman, P.D., & Fruzzetti, A.E. (2005). Psychoeducation. In J.M. Oldham, A. Skodol, & D. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders* (pp. 375–385). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ip, G.S.H., & Mackenzie, A.E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The experiences of family cares in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12 (5), 288-294.
- Jacoby, A. (1994). Felt versus enacted stigma, a concept revisited. *Social Science and Medicine*, 38, 269 -274.
- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., et al. (2005). Integrated treatment of first-episode episode psychosis: Effect of treatment on family burden. OPUS trial. *British Journal of Psychiatry*, 187 (suppl. 48), S85 – S90.
- Jibson, M.D., & Tandon, R. (1998). New atypical antipsychotic medications. *Journal of Psychiatric Research*, 32: 215-28.
- Jibson, M.D., Glick, I.D., & Tandon, R. (2004). Schizophrenia and other psychotic disorders. *Focus*, 11(1), 17-30.
- Jubb, M. & Shanley, E. (2002). Family involvement: The key to opening locked wards and closed minds. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 47–53.
- Kales, H.C., Blow, F.C., & Bingham, C.R., et al. (2000). Race and inpatient psychiatric diagnoses among elderly veterans. *Psychiatric Services*, 51, 795-800.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral Sciences and clinical psychiatry* (8th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kavanagh, D. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- Keltner, N.L. (1995). Nursing's move to a biological understanding of mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 31, 5-8.
- Koontz, E., Cox, D. & Hastings. (1991). Implementing a short - term family support group. *Journal of Psychosocial Nursing*, 29(5), 5-9.

- Kopelowicz, A., Zarate, R., Smith, V., Mintz, J., Liberman, R.P. (2003). Disease Management in Latinos with schizophrenia: A family-assisted, skill training approach. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 211-228.
- Kuipers, L. (1993). Family burden in schizophrenia: Implications for services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2, 207-210.
- Kung, W. (2003). The illness, stigma, culture or immigration? Burden on Chinese American caregivers of patients with Schizophrenia. Families Society: *Journal of Contemporary Human Service*, 84(4): 547-557.
- Lauber, C., & Rossler, W. (2007). Stigma toward people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry*, 19, 157-178.
- Lee, R.N. (1986). The Chinese perception of mental illness in the Canadian mosaic. *Canada's Mental Health*, 34, 2-4.
- Lewis, D. A., & Levitt, P. (2002). Schizophrenia as a disorder of neurodevelopment. *Annual Review Neuroscience*, 25, 409-432.
- Lin, T.Y., & Lin, M.C. (1980). Love denial and rejection: responses of Chinese families to mental illness. In A. Klienman and T.Y. Lin (Eds). *Normal and Abnormal Behavior in Chinese Cultures*. Boston, MA: Reidel Publishing.
- Lin, C.Y. (1990). *The Way Toward Psychiatry Medicine*. Dau-Shung Publication Company, Taipei.
- Link, B.G. (1987). Understanding labeling effects in mental disorders: An assessment of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Link, B.G., & Cullen, F.T. (1990). The labeling theory of mental disorder: A review of the evidence. *Research in Community and Mental Health*, 6, 203-333.
- Link, B.G., Yang, L.H., & Phelan, J.C. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 511-541.
- Li, S, X. & Phillips, M.R. (1990). Witch doctors and mental illness in Mainland China: Preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 147, 221-224.
- Loukissa, A.D. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21 (2), 248-255.

- Lucksted, A., Stewart, B., Forbes, C.B. (2008). Benefits and changes for family to family graduates. *American Journal of Community Psychology*, 42, 154-166.
- Magaña, S.M., Ramírez García, J.I., Hernández, M.G., & Cortez, R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with Schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*, 58(3), 378-384.
- Magliano, L., Rosa, C.D., Fiorillo, A., et al. (2004). Perception of patients' unpredictability and beliefs on the causes and consequences of schizophrenia: A community survey. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 39, 401-416.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gair, F., Economou, M., Kallert, T., Schellong, J., Xavier, M., Pereira, M.G., Gonzales, F.T., Palmo-Crespo, A., & Maj, M. (2005). Effectiveness of a psycho educational intervention for families of patients with Schizophrenia: Preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry*, 4 (1): 45-48.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa, C., & Maj, M. (2006). Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57, 1784-1791.
- Malcolm, A., Aggleton, P., Bronfman, M., Galvao, J., Mane, P., & Verrall, J. (1998). HIV - related stigmatization and discrimination: its forms and contexts. *Critical Public Health*, 8, 347 - 370.
- Maldonado, J.G., & Uri'zar, A.C. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia . *Quality of Life Research*, 16, 739 -747.
- Mak, W.S., Poon, C.M., Pun, L.K., & Cheung, S.F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, 65, 245-261.
- Mak, W.S. & Cheung, R.M. (2008). Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or Mental Illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 1, 1-14.
- Marram, G.D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2nd ed.). Saint Louis: Mosby.
- Martens, L., & Addington, J. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with Schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 36, 128-133.

- Martyns - Yellowe. (1992). The burden of schizophrenia on the family: A study from Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 161, 779-782.
- Maton, K.E. , & Salem, D.A. (1995). Organizational characteristics of empowering community settings: A multiple case study approach. *American Journal of Community Psychology*, 23, 31-656.
- McFarlane, W.R. (2004). Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. *Multiple Group Family Psychoeducation*. New York: Guilford.
- McFarlane,W.R., Lukens, E., Link, B.,Dushay,R., Deakins, S.A., Newmark, M., Dunne, E. J. Horen, B., & Toran, J. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of Schizophrenia. *Achieve General Psychiatry*, 52(8), 679-687.
- McGillicuddy, N.B., Rychtarik, R.G., Duquette, J.A., & Morsheimer, E.T.(2001). Development of a skill training program for parents of substance-abusing adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20 (1), 59-68.
- McGilloway, S., Donnelly, M., & Mays, N. (1997). The experiences of caring for former long-stay psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(1), 149-151.
- McGrath, J., Scheldt, S., & Welham, J. (1997). Cognitive impairment: A major problem for individuals with schizophrenia and bipolar disorder. Retrieved [May 19, 2008] from <http://www.treatmentadvocacycenter.org/BriefingPapers/BP10.htm>.
- Mehta, S.I., & Farina, A. (1988). Associative stigma: perceptions of the difficulties of college-aged children of stigmatized fathers. *Journal of Social Clinical Psychology*, 7, 192 - 202.
- Meltzer, H.Y. & McGurk , S.R.. (1999). The effects of clozapine, risperidone, and olanzapine on cognitive function in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 233-255.
- Minister of Supply and Services Canada. (1991). *Schizophrenia or handbook for families*. Ottawa: Health Services and Promotion Branch.
- Mittal, D., Davis, C.E., Depp, C., et al. (2006). Correlates of health related quality of well being in older patients with Schizophrenia. *Nervous Mental Disease*, 194, 335-40.
- Mongomerry, R.V., Stull, D. E., & Borgata, E.F. (1985). Measurement and the analysis of burden. *Research on Aging*, 7(1), 137-152.

- Morrison, J. (2006). *DSM – IV Made Easy: the Clinician's Guide to Diagnosis*. New York: The Guilford Press.
- Mueser, K.T., & Fox, L. (2002). A family intervention program for dual disorders. *Community Mental Health Journal*, 38(3), 253-270.
- Muhlbauer, S. (2002). Experience of stigma by families with mentally ill members. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 8, 76-83.
- Norholm, V, & Bech, P. (2006). Quality of life in schizophrenic patients: Association with depressive symptoms. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 32 -37.
- Oberst, M.T. (1990). *Caregiving Burden Scale*. Unpublished manuscript, University of Wisconsin-Madison.
- Oestman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness . *British Journal Of Psychiatry*, 181, 494-498.
- Ohaeri, J.U., & Fido, A.A. (2001). The opinion of caregivers on aspects of schizophrenia and major affective disorders in a Nigerian setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 493-499.
- Parker, T. S., & Wampler, K. S. (2006). Changing emotion: The use of therapeutic storytelling. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 155-166.
- Pearson,V. (1993) . Families in China: An undervalued resource in mental health. *Journal of Family Therapy*, 15, 163-185.
- Phelan, J.C., Bromet, E.J. & Link, B.G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 115-126.
- Philipps, M.R., Pearson,V., Li, F., Xu, M., & Yang, L. (2002). Stigma and express emotion: A study of people with schizophrenia and their family members in China. *British Journal of Psychiatry*, 181, 488-493.
- Phillips, M.R., & Xiong, W. (1995). Expressed emotion in mainland China: Chinese families with Schizophrenic patients. *International Journal of Mental Health*, 24, 54-75.
- Resnick, S.G., Rosenheck , R.A. & Lehman, A.F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Service*, 55, 540- 547.

- Rooney, R., O' Neil, K., Bakshi, L., & Tan-Quigley, A. (1997). Investigation and Mental Illness Amongst Non-English Speaking Background Communities and Development of Approaches to its Reduction Retrieved April 23,2006 from, http://www.ariel.unimelbedu.au/%7Eatmhn/research_stigma_1.html.
- Rusch, N., Angermeyer, M.C., & Corrigan, P.W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
- Salleh, M.R. (1994). The burden of care of Schizophrenia in Malay families. *Acta Psychiatry Scandinavia*, 89, 180-185.
- Sartorius, N. (2004). Diminishing the stigma of Schizophrenia. *Advice Schizophrenia Clinical Psychiatry*, 1(2), 50-54
- Sartorius, N., & Schulze H. (2005). *Reducing the stigma of mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Scrambler, G. (1998). Stigma and disease: Changing paradigms. *Lancet*, 352, 1054-1055.
- Scrambler, G., & Hopkins, A. (1986). Being epileptic, coming to terms with stigma. *Sociology of Health and Illness*, 8, 26-43.
- Sethabouppha, P.H. (2002). Buddhist family caregiving: A phenomenological study of family caregiving to the seriously mentally ill in Thailand. (Doctoral Dissertation Abstract, University of Virginia, 2002).
- Sherman, M.D. (2003). The Support and Family Education (SAFE) Program: Mental Health Facts for Families. *Psychiatric Services*, 54 (1), 35-37.
- Sherman, M.D. (2006). Updates and Five – year Evaluation of the S.A.F.E Program : A family psychoeducational program for serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 42(2) , 213-219.
- Shibre, T., Negash, A., & Kullgren, G., et al. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 299-303.
- Shihabuddeen, T..I., & Gopinath, P.S. (2005). Group meeting of caretakers of patients with Schizophrenia and bipolar mood disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 47, 153-156.

- Shin, S.K. (2004). Effects of culturally relevant psychoeducation for Korean American families of persons with chronic mental illness . *Research on Social work practice, 14* (4), 231-239.
- Shin, S.K., & Lukens, E. P. (2002). Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatric Services, 53* (9), 1125 -1130.
- Siris, S.G. (2000). Depression in Schizophrenia: Perspective in the era of “atypical” antipsychotic agents. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1379-9.
- Struening, E.L., Moore, R.E., & Link, B.G. (1992). *Perceived dangerousness of the homeless mentally ill*. Presented at the annual meeting of the American Public Health Association: Washington, D.C.
- Struening, E.L., Perlick , D.A., Link, B.G., et al. (2001). Stigma as a barrier to recovery : The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Services, 52*, 1633 -1638.
- Stuart, H., & Sartorius, N. (2005). Fighting stigma and discrimination because of mental disorders. In G.N Christodoulou (Ed), *Advances in psychiatry, Vol. 2* (pp. 79 – 86). Geneva: World Psychiatric Association.
- Sue, S., & Morishima, J. K. (1982). *The mental health of Asian Americans*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Szmukler, G.I., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S., & Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 31*, 137-148.
- Tandon, R. (2005). Suicidal behavior in schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics, 5*, 25–29.
- Tandon, R., Targum, S.D., Nasrallah, H.A., & Ross, R. (2006). Strategies for maximizing clinical effectiveness in the treatment of Schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice, 12*(6), 348-360.
- Taylor, M.C. (1994). *Essentials of psychiatric nursing*. (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Tennakoon, L., Fannon, D., Doku, V., O’Cleallagh, S., Soni, W., Santamaria, M., et al. (2000). Experience or caregiving: Relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *British Journal of Psychiatry, 177*, 529-533.
- Thara, R., & Srinivasan, T.N. (2000). How stigmatizing is Schizophrenia in India? *Journal of Social Psychiatry, 46*, 135-141.

- Torrey, E.F. (1988). *Foreword*, in *Hidden Victims : An English-Stage Healing Process for Families and Friends of the Mentally Ill*. New York: Doubleday.
- Townsend, M. (2003). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care*. 4th ed. Philadelphia: F. A. Davis.
- Trotzer, J.P. (1999). *The counselor and the group: Integrating theory, training, and practice*. (3rd ed.). Ann Arbor, MI: Edwards Brothers.
- Tsang, H.W. H., Tam, P.K.C., Chan, F., & Cheung, W. M. (2003a). Stigmatizing attitudes towards individuals with mental illness in Hong Kong: Implications to their recovery. *Journal of Community Psychology*, 31, 383-396.
- Tungpunkom, P. (2000). *Staying in balance: Skill and role development in psychiatric caregiving*. Doctoral Dissertation, University of California: San Francisco.
- Van Wijngaarden, B., Schene, A.H., Koeter, M., Vazquez-Barquero, J. L., Knudsen, H.C., Lasalvia, A., McCrone, P., et al. (2000). Caregiving in Schizophrenia: Development, internal consistency and reliability of the involvement evaluation questionnaire – European version. *British Journal of Psychiatry*, 177(39), s 21- s27.
- Veltman, A., Cameron, J.I., & Stewart, D.E. (2002). The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 108-114.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Teri, L., & Maiuro, R. D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 6, 392-401.
- Wahl, O. (1999). *Telling is risky business: Mental health consumers confront stigma*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Wahl, O. & Harman, C. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 131-139.
- Walsh, M. (1985). *Schizophrenia: Straight Talk for Families and Friends*. New York: William Morrow and Company.
- Wanda, K.M., & Mary, J.R.K. (2001). Living in the fallout: Parent's experience when their child becomes mentally ill. *Archives of Psychiatric Nurse*, 15(2), 69-77.
- Watson, A.C., & Corrigan, P. (2000). *The Impact of Stigma on Service Access and Participation*. Illinois Department of Humans Services.
- Watson, A.C., Corrigan, P., Larson, J.E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1312-1318.

- Weiss, M.G. & Ramakrishna, J. (2004). Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. Keynote presentation for research workshop on health-related stigma and discrimination. *Proceedings*, 29, Amsterdam: Royal Tropical Institute (KIT).
- Wilson, H. S., & Kneisl, C. R. (1996). *Psychiatric nursing* (5th ed.). Menlo Park, CA: Benjamin/Cummings Publishing Company.
- Wing, J.K. (1992). Social consequences of severe and persistent psychiatric disorders. In: Leff, J, Bhugra, D. (Eds). *Principles of Social Psychiatry*. London: Blackwell.
- Withall, J., & Lewis, W.W. (1963). Social interaction in the classroom. In N. L. Gage (Ed.), *Handbook of Research on Teaching* (pp. 683-714). New York: American Educational Research Association.
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1*. Geneva.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report. 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva.
- World Health Organization. (2004). Prevalence of schizophrenia compared to other well-known diseases. Retrieved June 3, 2010, from <http://www.schizophrenia.com/szfacts.htm>.
- Yang, L.H. (2007). Application of mental illness stigma theory to Chinese societies: Synthesis and New directions. *Singapore Medical Journal*, 48, 977-985.
- Yalom, I.D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Yalom, I.D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books.
- Yip, K.S. (2003). Gender differences in mental illness in Hong Kong. *Administration and Policy in Mental Health*, 30, 361-368.
- Yusuf, A.J., Nuhu, F.T., & Akinbiyi, A. (2009). Caregiver burden among relatives of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Social and Journal of Psychiatry*, 15(2), 43-47.
- Zimmerman, M.A. (1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, 581-599.



ภาคผนวก ก



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

No. MURA2009/1335

Title of Project	Effects of Psychoeducational Group to Reduce Stigma in Family Caregivers of Schizophrenic Patients
Protocol Number	ID 03 – 52 – 52
Principal Investigator	Miss Jitpinan chokerasamehirun
Official Address	Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary

Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects

.....
Assoc. Prof. Duangrurdee Wattanasirichaigoon, M.D.

Signature of Chairman

Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects

.....
Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Date of Approval

April 20, 2009

เอกสารประกอบ 5ก



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของกลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกละอายใจเป็นครอบครัวในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
(EFFECTS OF PSYCHOEDUCATIONAL GROUP TO REDUCE STIGMA IN FAMILY
CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS)

ชื่อผู้วิจัย นางสาวจิตกัมมันท์ โครศรีสมิทธิรัฐ

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียด
ของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใด
ปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อ
การรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้
เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

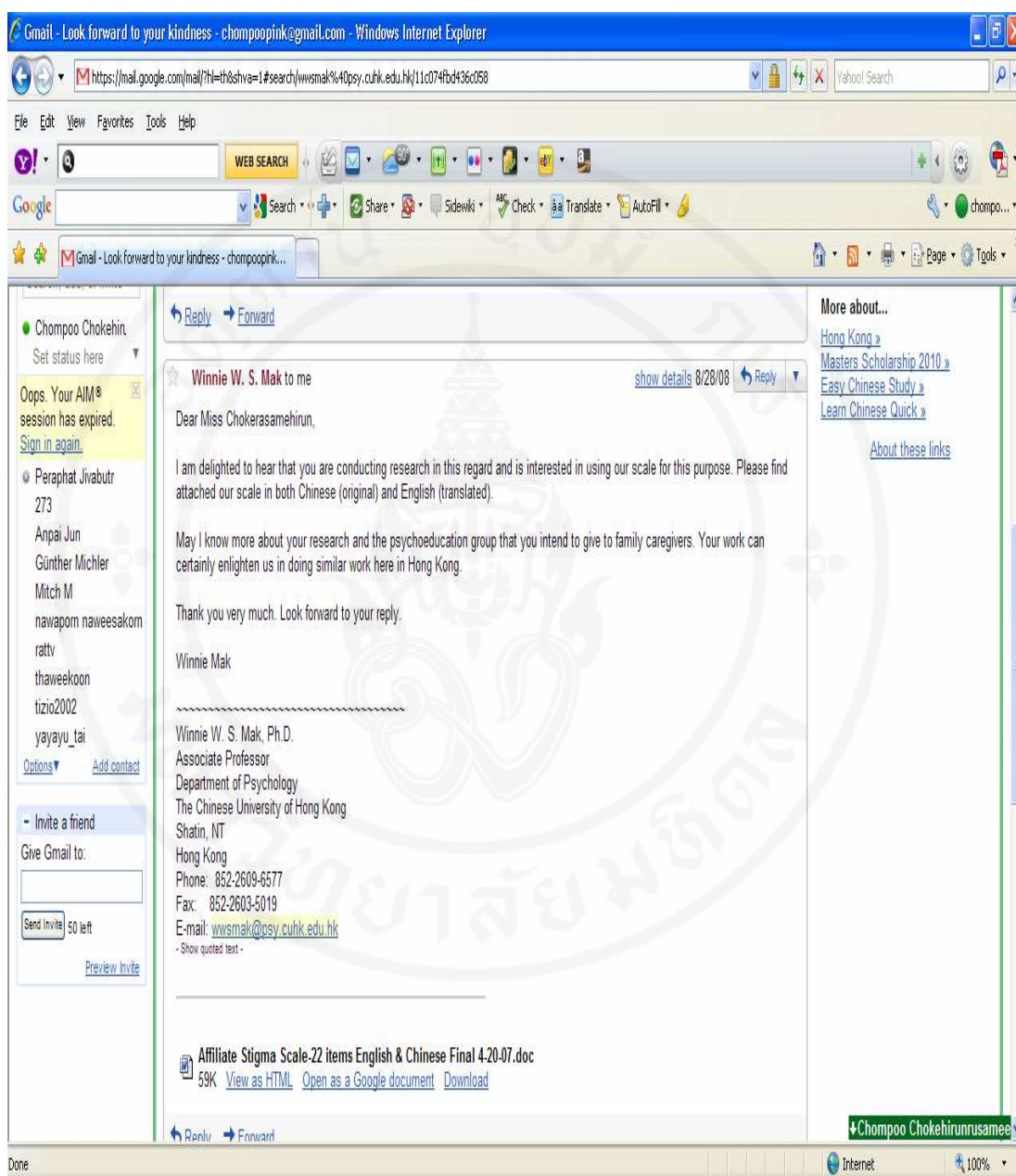
ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะ
เกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้
ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้วและให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการ
ให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย



ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์

เลขที่แบบสัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

1. อายุ.....ปี

2. เพศ

1 ☐ ชาย

2 ☐ หญิง

3. สถานภาพสมรส

1 ☐ โสด

2 ☐ หม้าย /หย่า /แยก

3 ☐ สมรส

4. ระดับการศึกษา

1 ☐ ไม่ได้เรียน

2 ☐ ประถมศึกษา

3 ☐ มัธยมศึกษา

4 ☐ ปริญญาตรี

5 ☐ ปริญญาโท

5. อาชีพ

1 ☐ ว่างาน

2 ☐ แม่บ้าน

3 ☐ รับจ้าง

4 ☐ ทำนา / เกษตรกรรม

5 ☐ รับราชการ

6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

☐

- 1 ☐ พ่อ / แม่
- 2 ☐ ภรรยา /สามี
- 3 ☐ พี่ / น้อง

7. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

☐

- 1 ☐ 6-12 เดือน
- 2 ☐ 1-5 ปี
- 3 ☐ 6-10 ปี
- 4 ☐ มากกว่า 10 ปี

8. รายได้ครอบครัวเฉลี่ย (บาท/เดือน)

☐

- 1 ☐ 0 - 5,000
- 2 ☐ 5001 - 10,000
- 3 ☐ 10,001 - 15,000
- 4 ☐ 15,000 - 20,000
- 5 ☐ มากกว่า 20,000

9. จำนวนสมาชิกของครอบครัว

☐ ☐

☐ ☐ คน

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1. เพศ

☐

- 1 ☐ ชาย
- 2 ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

☐

- 1 ☐ โสด
- 2 ☐ หม้าย /หย่า /แยก
- 3 ☐ สมรส

4. ระดับการศึกษา

☐

- 1 ☐ ไม่ได้เรียน
- 2 ☐ ประถมศึกษา
- 3 ☐ มัธยมศึกษา
- 4 ☐ ปริญญาตรี
- 5 ☐ ปริญญาโท

5. อาชีพ

☐

- 1 ☐ ว่างาน
- 2 ☐ แม่บ้าน
- 3 ☐ รับจ้าง
- 4 ☐ ทำนา / เกษตรกรรม
- 5 ☐ รับราชการ

6. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ปี)

☐☐

7. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

☐☐

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มักก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน อับอาย กลัว รู้สึกผิด ซึมเศร้า หมดหวัง หรือขาดความมั่นใจในตนเอง อันเกิดจากการประพฤติดิจจากบรรทัดฐานของสังคมและสังคมมองว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี โดยได้รับปฏิกิริยาจากสังคมแสดงถึงการรังเกียจในรูปแบบต่างๆ ข้อความต่อไปนี้จะแสดงถึงการได้รับตราบาปจากสังคมจากการที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในความดูแลของท่าน ไปอ่านข้อความแต่ละข้อและเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์ต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเล็กน้อย

เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. องค์ประกอบด้านอารมณ์ (Affective component)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.ฉันรู้สึกต่ำต้อยเพราะสมาชิกครอบครัว ของฉันป่วยเป็นโรคจิต				
2.ฉันรู้สึกว่าถูกรบกวนอารมณ์เพราะว่า ฉันมีสมาชิกครอบครัวที่มีความเจ็บป่วย ทางจิต				
3.....				
4.....				
5.....				
6.....				
7.....				

2. องค์ประกอบด้านความคิด (Cognitive component)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8. คนอื่นๆอาจจะรู้สึกรังเกียจต่อต้านฉัน ถ้าฉันไปด้วยกับกับผู้ป่วยโรคจิต				
9. ชื่อเสียง เกียรติยศของฉันถูกทำลาย เพราะฉันมีสมาชิกครอบครัวที่มีความ เจ็บป่วยทางจิตอยู่ในบ้านเดียวกัน				
10.				
11.....				
12.....				
13.....				
14.....				

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรมการแสดงออก (Behavioral component)

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
15. ฉันหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกับ ____ (ชื่อ สมาชิกครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท)				
16.ฉัน ไม่กล้าที่จะบอกคนอื่นๆว่าฉันมี สมาชิกครอบครัวป่วยด้วยโรคจิต				
17.ฉันออกข้างนอกกับ ____ (ชื่อสมาชิก ครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท)ลดน้อยลง				
18.....				
19.....				
20.....				
21.....				
22.....				

หน้า 1

ภาคผนวก ค

แบบแผนการดำเนินกลุ่มจิตศึกษาสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจความคิดเห็นในการเข้าร่วม และการสำรวจความรู้สึกเป็นครอบครัวจิตเภท

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ เนื้อหาในการดำเนินกลุ่ม	สื่อและอุปกรณ์	เวลา
ครั้งที่ 1 - การสร้างสัมพันธภาพ - สำรวจความคิดเห็น - สำรวจความคิดเห็นในการเข้าร่วม	1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกและผู้นำกลุ่ม 2. เพื่อทราบถึงแรงจูงใจและความคาดหวังของสมาชิกในการเข้าร่วม	1. ผู้นำและสมาชิกกลุ่มนั่งล้อมวงเป็นวงกลม ซึ่งจัดให้มีเฉพาะเก้าอี้ ไม่มีโต๊ะมาขวาง ทุกคนสามารถมองเห็นหน้ากันได้ 2. ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง โดยบอกชื่อและบทบาทหน้าที่ จากนั้นให้สมาชิกแนะนำตนเองทีละคน 3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วม การรักษาลำดับ ระยะเวลา และกติกาในการเข้าร่วม 4. ผู้นำกลุ่มชี้แจงการทำกิจกรรม “ตามหัวใจไปสุดสัปดาห์” ดังนี้.....	1. กระดาษติดเป็นชิ้นส่วนประกอบกันเป็นรูปหัวใจ ขนาดพอประมาณ จำนวน 20 ชิ้น	เวลา 1 ชั่วโมง 1. สังเกตการมีส่วนร่วมของสมาชิก 2. สมาชิกบอกความคาดหวังของตนเองในการเข้าร่วมได้

ครั้งที่ 2 ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการป้องกันอาการทางจิตกำเริบ

หน้า 5

ครั้งที่ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ เนื้อหาในการดำเนินกลุ่ม	สื่อและอุปกรณ์	วิธีการ สอน	เวลา การประเมินผล
ครั้งที่ 2 -การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ เกี่ยวกับความ เข้าใจในเรื่อง สาเหตุ และ ความเชื่อที่ผิด เกี่ยวกับโรค จิตเภท	1. เพื่อให้ สมาชิกได้พูดถึง ประสบการณ์ ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจใน เรื่องสาเหตุ และ ความเชื่อที่ผิด เกี่ยวกับโรค จิตเภท	1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก ขานพญาดูเรื่องต่างๆ ไป เพื่อสร้าง บรรยากาศที่อบอุ่น เป็นกันเอง รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ในการเข้า กลุ่มครั้งนี้ให้สมาชิกทราบ 2. 3.	1. กระดาษ Chart จำนวน 5 แผ่น 2. 3.	- ภิปราย กลุ่ม -การฉาย หนังสั้น	เวลา 20 นาที - สังเกตการมี ส่วนร่วมของ สมาชิกในการ แสดงความ ความเห็น หรือ ระบายความรู้สึก ที่ได้รับชมหนัง สั้นจบแล้ว

ครั้งที่ 3 ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ที่ช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบบ

หน้า 11

ครั้งที่ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/ เนื้อหาในการดำเนินงานกลุ่ม	สื่อและ อุปกรณ์	วิธีการสอน	เวลา การประเมินผล
ครั้งที่ 3	1. เพื่อให้ สมาชิก สามารถบอก วิธีการจัดการ กับผู้ป่วยจิต เภทเมื่อมี อาการทางจิต กำเริบ หรือ อยู่ในภาวะ วิกฤต	1 ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกแบ่งปันประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 2..ผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเขียนสรุปประสบการณ์..... 3..... 4.....			เวลา 10 นาที 1. สังเกตการมี ส่วนร่วมของ สมาชิกในการ แสดงความรู้ ความเห็น หรือ การสอบถาม ในขณะบรรยาย

ครั้งที่ 4 การสำรวจวิธีการแก้ไขปัญหาคือทำให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบ
และการเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาคือต้องการที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

หน้า 20

ครั้งที่ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/เนื้อหาในการดำเนินงาน	สื่อและอุปกรณ์	วิธีการ สอน	เวลา การประเมินผล
ครั้งที่ 4	1. เพื่อให้สมาชิกได้ พูดถึงประสบการณ์ การแก้ไขปัญหาคือ เกิดจากการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทหรือ ปัญหาอื่นๆที่เกิดขึ้น ในชีวิต	1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก ขวนพวงดุเรื่อง ทักไป เพื่อสร้าง บรรยากาศที่อบอุ่น เป็นกันเอง รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่ม ครั้งนี้ให้สมาชิกทราบ 2..ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่เนื้อหาทักษะการแก้ปัญหาด้วยการเปิดโอกาส ให้สมาชิกพูดถึงเรื่องปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต 3.....			เวลา 10 นาที

ครั้งที่ 5 การดูแลตนเองด้านจิตใจ และการปรับเปลี่ยนแนวคิดที่ช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาปในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท หน้า 25

ครั้งที่ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/เนื้อหาในการดำเนินกลุ่ม	สื่อและอุปกรณ์	วิธีการสอน	เวลา การประเมินผล
ครั้งที่ 5 - การแบ่งปันประสบการณ์ การดูแลตนเองด้านจิตใจของสมาชิก	1. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดถึงประสบการณ์ การดูแลตนเองด้านจิตใจของสมาชิก 2. เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ ระดับประสบการณ์ จิตใจซึ่งกันและกัน	1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก ชวนพูดคุยเรื่องต่างๆไป เพื่อสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นกันเอง รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มครั้งนี้ให้สมาชิก 2. ผู้นำกลุ่มสรุปกลุ่มครั้งที่ 4 3.....	1. กระดาษ Chart 4 แผ่น 2. ปากกาเคมี 2 แท่ง	- การอภิปรายร่วมกัน	เวลา 15 นาที - สังเกตการมีส่วนร่วมของสมาชิกในการแสดงความคิดเห็นและการระดับการประกอบจิตใจ

ครั้งที่ 6 การเผชิญกับความรู้สึกลึกลึเป็นตราบาอย่างมีประสิทธิภาพ

หน้า 28

ครั้งที่ กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/เนื้อหาในการดำเนินการกลุ่ม	สื่อและอุปกรณ์	วิธีการ สอน	เวลา การประเมินผล
ครั้งที่ 6 การเผชิญกับ ความรู้สึกลึกลึเป็น ตราบา อย่างมี ประสิทธิภาพ	1. เพื่อให้ สมาชิก สามารถเผชิญ กับ ความรู้สึกลึกลึเป็น ตราบาอย่างมี ประสิทธิภาพ 2. เพื่อเตรียม ชุดกลุ่ม	1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก ชวนพูดคุยเรื่องต่างๆไป เพื่อสร้าง บรรยากาศที่อบอุ่น เป็นกันเอง รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่ม ครั้งนี้ให้สมาชิกทราบ 2. ผู้นำกลุ่มสรุปกลุ่มครั้งที่แล้ว ซึ่งเป็นเรื่องการดูแลตนเองด้านจิตใจและ การปรับความคิดให้สามารถลดความเครียด 3..... 4..... 5..... 6..... 7. สมาชิกเขียนข้อดีและข้อเสียในการเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับ เจ็บป่วยทางจิตของสมาชิกในครอบครัวไว้บนกระดาษ Chart 8. ผู้นำกลุ่มสรุปสาระสำคัญอีกครั้ง	1. กระดาษ Chart 2. ปากกาเคมี	การ อภิปราย ร่วมกัน	เวลา 1 ชั่วโมง 1. สังเกตการมี ส่วนร่วมของ สมาชิก 2. สมาชิก สามารถบอกถึง การเผชิญกับ ความรู้สึกลึกลึเป็นตรา บาได้ เช่น "ไม่ รู้สึกวิตกกังวล เมื่อเจอกับคนใน สังคมได้ว่ามีญาติ ป่วยเป็นโรคจิต

ภาคผนวก ง

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการป้องกันอาการทางจิตกำเริบ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภทอาจเกิดจากไสยศาสตร์ เช่นผีเข้า โดนของ		
2. โรคจิตเภท หมายถึงโรคทางจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติของสารเคมีในสมอง ทำให้มีความผิดปกติในเรื่องขั้นตอนและระบบความคิด ผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมผิดปกติไปจากไปจากคนทั่วไป เช่น ยิ้มหรือหัวเราะคนเดียว พูดคนเดียว แก้วฟ้า อาละวาด ไม่ยอมอาบน้ำ ขี้เกียจ แต่งตัวแปลกๆ		
3. โรคจิตเภทอาจมีสาเหตุจาก 1) การเลี้ยงดูไม่ถูกต้อง 2) กรรมเก่าของพ่อ – แม่ หรือตัวผู้ป่วยเอง		
4. ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นอันตรายและก่อความเดือดร้อนให้กับคนในสังคม ถึงแม้ว่าอาการสงบลงแล้ว		
5. โรคจิตเภทเป็นโรคที่ไม่สามารถทำให้หายหรือทุเลาลงได้ ญาติผู้ดูแลจึงต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไปตลอดชีวิต		
6. การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องกินยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน พืชของยาอาจสะสมจนเกิดพิษต่อร่างกายของผู้ป่วยได้ และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงได้		
7. ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัวได้ หรือเลี้ยงตัวเองได้ ถ้าได้รับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และญาติผู้ดูแลเป็นที่ปรึกษาคอยดูแล ประคับประคองจิตใจผู้ป่วยอยู่เสมอ		
8. การที่จะช่วยลดความรู้สึกเป็นตราบาปให้แก่ญาติผู้ดูแลได้นั้น จะต้อง 1) ให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท 2) ให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในเรื่องการสื่อสารที่สร้างสรรค์ และฝึกทักษะการพูดคุยกับผู้ป่วยโรคจิตเภท 3) ให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในเรื่องการเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปที่ถูกต้องเหมาะสม		
9. แพทย์ และพยาบาลเป็นบุคคลที่จะช่วยป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่ที่บ้านได้		

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
10. ถ้าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการนอนไม่หลับ ซึมเศร้า นั่งเหม่อลอย หัวเราะหรือพูดคนเดียว หงุดหงิดง่าย สมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง ไม่ไว้วางใจคนรอบข้าง ไม่สนใจอาบน้ำ กินข้าว ควรรอดูอาการไปก่อน ถ้าเป็นมากจึงค่อยมาพบแพทย์		
11. ถ้าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการนอนไม่หลับ ซึมเศร้า นั่งเหม่อลอย ญาติผู้ดูแลควรเข้าไปพูดคุยซักถามว่าผู้ป่วยมีเรื่องไม่สบายใจอยู่หรือไม่? อยากให้ช่วยเหลืออะไรบ้าง?		
12. ยาจิตเวชทำให้อาการทางจิตสงบ แต่อย่างไรก็ตามต้องใช้เวลาจนกว่าจะเห็นฤทธิ์ยา ประมาณ 2-4 สัปดาห์		
13. ขณะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องนอนอยู่โรงพยาบาลจิตเวช ญาติไม่จำเป็นต้องมาเยี่ยมผู้ป่วยจนกว่าจะถึงวันนัดญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเต็มที่และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นคนดี		
14. หลังจากที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาด้วยยาอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยา เช่น ตัวเกร็ง แขนง ตาค้าง มือสั่น ท้องผูก ตาพร่า คอแห้ง ง่วงนอน เดินเหมือนหุ่นยนต์ กินจุ		
15. เมื่อผู้ป่วยได้รับผลข้างเคียงจากยาควรให้หยุดยาแล้วรีบพามาพบแพทย์ทันที เพื่อปรับยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย		
16. ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการทางจิตสงบลงแล้ว ยังจำเป็นต้องได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนกว่าจิตแพทย์จะบอกให้หยุดยา เพราะถ้าหยุดยาเองอาจทำให้อาการทางจิตกำเริบได้		
17. ถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ญาติผู้ดูแลสามารถบดยาใส่ลงในอาหารหรือน้ำดื่มได้		
18. ถ้าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบบ่อยครั้งมีแนวโน้มที่จะต้องได้รับประทานยาตลอดชีวิต		
19. ถ้าญาติผู้ดูแลไม่สะดวกในการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาวันละ 3-4 ครั้ง ญาติผู้ดูแลสามารถขอแพทย์ปรับมียาให้เหมาะสมกับเวลาที่ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาได้ เช่น เวลาเช้า และก่อนนอน หรือให้รับประทานยาเฉพาะเวลาก่อนนอน		
20. ถ้าผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ยอมรับประทานยาเป็นจำนวนมาก ญาติผู้ดูแลสามารถขอยาฉีดแทนได้		

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวจิตกนิษฐ์ โชครัสมิหิรัญ
วัน เดือน ปี เกิด	22 พฤษภาคม 2507
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2538-2540 พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2548 -2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
ทุนการศึกษาและทุนวิจัย	ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ ประจำปีการศึกษา 2552 จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่อยู่	107/6 หมู่ 7 ราษฎร์บูรณะ กรุงเทพฯ 10140 เบอร์โทรศัพท์ 0830069429 e-mail : chompoopink@gmail.com