

ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแล  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

นางสาวบุบผา ธนิกกุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2554  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

THE EFFECT OF SELF-HELP GROUP AND EMPOWERMENT ON BURDEN OF CAREGIVERS OF  
SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

Miss Bubpha Thanikkul

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2011  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดย

นางสาวบุบผา ธนิกกุล

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ร้อยคำรจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

บุบผา ธนิกกุล : ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (THE EFFECT OF SELF-HELP GROUP AND EMPOWERMENT ON BURDEN OF CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY) อ. ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก : อ.ดร. เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, 175 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาหรือรับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน และได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยการดำเนินกลุ่ม 6 ครั้ง เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งแบ่งออกเป็น 2 มิติ ได้แก่ 1) ภาระเชิงอัตนัย และ 2) ภาระเชิงปรนัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ 3) แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือสองชุดหลัง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ เท่ากับ .86 และ เท่ากับ .77 ตามลำดับ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังการทดลอง ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต.....  
ปีการศึกษา 2554..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 5277811036: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SELF-HELP GROUP/ EMPOWERMENT/ CAREGIVING BURDEN/  
CAREGIVER OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY

BUBPHA THANIKKUL : THE EFFECT OF SELF-HELP GROUP AND  
EMPOWERMENT ON BURDEN OF CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIC  
PATIENTS IN COMMUNITY. ADVISOR : PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D,  
175 pp.

The purposes of this two groups pretest-posttest quasi experimental research were : 1) to compare the burden in caring of caregivers of schizophrenic patients before and after the participation in Self-Help Group and Empowerment program, and 2) to compare the burden in caring of schizophrenic patients who participated in Self-Help Group and Empowerment program and those who participated in regular caring activities. A research sample of 30 caregivers who attended schizophrenic patients to Psychiatric clinic, Out-patient unit, Napalai Hospital, were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 15 subjects in each group. The experimental group participated in Self-Help Group and Empowerment program composed of 6 group activities to decrease caregivers' burden, 2 types, 1) subjective burden and 2) objective burden. The control group received regular caring activities. Research instruments were: 1) The Self-Help Group and Empowerment program, 2) The caregiver burden scale, and 3) The Psychological empowerment scale. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficient of reliability of the two scale instruments were .86 and .77, respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows: 1) The burden in caring of caregivers of schizophrenic patients who participated in Self-Help Group and Empowerment program was significantly lower than that before, at .05 level. 2) After the experiment, the burden in caring of caregivers of schizophrenic patients who participated in Self-Help Group and Empowerment program was significantly lower than those caregivers who received regular caring activities at .05 level.

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing      Student's Signature.....  
Academic Year : .....2011.....      Advisor's Signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษาส่งเสริม และให้กำลังใจ เป็นทั้งแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นและอุตสาหะ พยายามทำการศึกษาอย่างเต็มความสามารถ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความเมตตา กรุณา และเสียสละของอาจารย์ในการประสิทธิ์ประสาทวิชาของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ทำให้กำลังใจ ให้ข้อคิด คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาจนได้เครื่องมือการศึกษาที่สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ทุกท่านที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมในวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ และอาจารย์ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ ที่ให้โอกาสในการฝึกปฏิบัติการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิด ชี้แนะแนวทางให้คำปรึกษาส่งเสริมและให้กำลังใจ ขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนภากาศ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พี่พยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนภากาศ ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ในเรื่องการศึกษาเล่าเรียน ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล สำหรับการวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ผู้ซึ่งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ให้ความช่วยเหลือมอบความรัก ความเข้าใจและความห่วงใยแก่ผู้วิจัยตลอดมา ตลอดจนกัลยาณมิตร และพี่ๆ เพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้การสนับสนุน ปรคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	18
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	27
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	30
แนวคิดเกี่ยวกับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	33
แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	37
กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	52
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	59
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	65
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	66
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68
การดำเนินการทดลอง.....	87
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	105
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	107

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	114
รายการอ้างอิง.....	130
ภาคผนวก.....	142
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	143
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	145
ภาคผนวก ค ตารางวิเคราะห์ข้อมูล.....	147
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	153
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	170
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	172
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรม.....	173
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	175



สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	89
2	คะแนนการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	103
3	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....	108
4	คะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test).....	111
5	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ).....	112
6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	113

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่พบได้มากที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชเมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางจิตชนิดอื่น พบว่ามีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลกและมีอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 2 ล้านคนต่อปี (Sadock and Sadock, 2005) ในประเทศไทยพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 48.37 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2552) จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าประชากรไทยมีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของการเกิดโรคจิตเภทประมาณ 4 ราย ต่อประชากร 1,000 ราย และพบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท หรือ อัตราการพบผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ มีค่าประมาณ 15.2 ต่อประชากร 1,000 ราย ต่อปี โดยพบว่าผู้ชายมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าผู้หญิง 1.4 เท่า (ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2552)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยที่มีความผิดปกติทางความคิดที่มีผลต่อการรับรู้ อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการที่มาจากหลายๆ สาเหตุโดยจะแสดงอาการผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและการรับรู้ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการหยั่งรู้ตัว (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมชย์ สุคนิษฐ์, 2548) โรคจิตเภทจึงเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่มีความรุนแรงเรื้อรังและทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวช (Phanthunane et al., 2010) จากการศึกษาการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาระโรค (Global Burden of Disease) พบว่าโรคจิตเภทก่อให้เกิดภาระโรคมากกว่าร้อยละ 11 โดยพิจารณาตามเกณฑ์จำนวนปีที่สร้างความเสียหายให้กับชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคนั้นๆ (Disability Adjustment Life Years : DALYs) และคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ในปีค.ศ.2020 (Murray and Lopez, 1996 อ้างถึงใน ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, 2546) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีภาวะทุพพลภาพของการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (functional disability) และมีความเรื้อรังของอาการของโรค การฟื้นตัวกลับมาในผู้ป่วยจึงพบได้น้อยมาก ดังนั้นผู้ป่วยเกือบทุกรายต้องรักษาแบบโรคเรื้อรัง(chronic treatment) หรือต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง(ธวัชชัย ลิพพานาจ, 2552) ซึ่งใช้ระยะเวลาและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัว (สุมณฑา บุญชัย, 2545; นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552)

กรมสุขภาพจิตมีนโยบายจำหน่ายผู้ป่วยให้กลับสู่ชุมชนให้เร็วที่สุด (Deinstitutionalization) ทำให้ระยะเวลาการพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทสั้นลงเพียง 3-4 สัปดาห์ (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และคณะ, 2552) การรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงเน้นให้การรักษาเฉพาะภาวะวิกฤติเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาลงจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวและชุมชนจึงมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (สมคิด ศรีราที, 2545; กรมสุขภาพจิต, 2547) ดังนั้นครอบครัวจึงกลายเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อจากโรงพยาบาล (ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543; Awad and Voruganti, 2008) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการทุเลาลงแต่ก็ยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป มีปัญหาในการทำงานและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Kane and Marder, 1993; Bae et al., 2010) เนื่องจากความเสื่อมทางด้านการทำงานและความเสื่อมของสติปัญญาของผู้ป่วย การขาดการยอมรับจากสังคม ประกอบกับความเรื้อรังของอาการ (Anderson et al., 1986) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีอาการผิดปกติหลงเหลืออยู่ เช่น อะอะอาละวาด แสดงอาการโกรธหรือเกลียดรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545; Bae et al., 2010) ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการช่วยเหลือดูแลขณะที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านจากอาการที่ไม่สามารถคาดเดาได้ พฤติกรรมแปลกประหลาดของผู้ป่วย (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544; จิราพร รักการ, 2549; Asen, 2002; Solomon and Draine, 1995 cited in Chien, 2008) บุคคลในครอบครัว ต้องรับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเพิ่มเติมจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่ในฐานะผู้ดูแล ต้องเรียนรู้บทบาทใหม่และปรับบทบาทให้เหมาะสม เพื่อทำหน้าที่ของผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ การที่ผู้ดูแลรับบทบาทหลายๆ อย่างพร้อมกันทำให้ผู้ดูแลต้องเรียนรู้และปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตในด้านต่างๆ เช่น หน้าที่การงาน ภารกิจในสังคมและภารกิจส่วนตัว ส่งผลให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในการทำกิจกรรมต่างๆ เกิดความรู้สึกลำบาก เครียด อับอาย การถูกแบ่งแยกจากสังคม เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เมื่อหมายเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาหรือเป็นภาระ (Montgomery et al., 1985; Asen E., 2002; Solomon and Draine, 1995 cited in Chien, 2008) ส่งผลต่อการดูแล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลไม่เหมาะสม เช่น ได้รับความไม่สม่ำเสมอ และอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ (ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549)

การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวอย่างมากเป็นภาระของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานหรือตลอดชีวิตซึ่ง Montgomery et al. (1985) กล่าวถึงภาระในการดูแลว่าหมายถึงการรับรู้และความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความ

หนักใจ ความกดดัน และความเดือดร้อนของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระออกเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ทศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเป็นทุกข์ ความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้น การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปและความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต 2) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลง การมีกิจกรรมทางสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง และการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ดังนั้นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความทุกข์ทรมานจากภาระการดูแล มีความวิตกกังวล ความเครียดซึ่งบางรายอาจมีความทุกข์มากจนเกิดภาวะซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งเป็นปัญหาทางสังคมและประเทศชาติ (กรมสุขภาพจิต, 2549)

การเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาระในการดูแลจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายผู้ป่วย ไม่เอาใจใส่หรือละเลยการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว จะเกิดความรู้สึกยุ่งยากหรือเครียดในการดูแล เบื่อหน่าย และขาดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Eakes, 1995; Thompson et al., 1993; Chien, 2008) บางรายทำร้ายร่างกายผู้ป่วย ก่อให้เกิดปัญหาซับซ้อนและกลับเป็นซ้ำมากขึ้น (Reinhard, 1994) จากผลการวิจัยของ Reinhard (1994) ที่ศึกษาผลของการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทางจิตพบว่าผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากอาการของผู้ป่วยโรคจิต เนื่องจากผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และจิตใจ การรักษา รวมทั้งการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง และจากการศึกษาของทูลภาบุญผาสังข์ (2545) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาระและความสามารถของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลร่วมทำนายการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ร้อยละ 23 และภาระเชิงปรนัยกับการกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกขัดแย้ง ความคับข้องใจ เป็นทุกข์ อับอาย เบื่อหน่าย กังวลใจ วิตกกังวล แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระได้ (Montgomery et al., 1985; Buck Walter et al., 1999; Rungreangkulkij and Gilliss, 2000; Chien, 2008) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Magliano et al. (1998) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระเชิงอัตนัยสูงถึงร้อยละ 47 และภาระเชิงปรนัยสูงถึงร้อยละ 56 สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร

รักการ (2549) ซึ่งศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าผู้ดูแลจำนวน 30 คน มีคะแนนการรับรู้ภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 73 และอยู่ในระดับมากร้อยละ 20 ซึ่งภาระที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลายด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจ พบว่าร้อยละ 30 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (Wong, 2000 อ้างถึงในรจนา ปุณ โณทก, 2550) จากการศึกษาของ Martyns-Yellowe (1992) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไนจีเรีย จำนวน 44 คน พบว่าภาระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผิดปกติทางจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือทั้งด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งต้องให้การช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านกายภาพ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้ากับบทบาทหน้าที่ที่ได้รับประสิทธิภาพการทำงานลดลง ร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย เกิดอารมณ์เศร้าและเครียด (Ekberg and Griffith, 1986; Minister of Supply and Services of Canada, 1991 อ้างถึงในฉวีญา พรหมบุตร, 2545) ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลในการดูแล เกิดความไม่มั่นคงทางจิตใจเมื่อต้องเผชิญกับอาการทางจิตที่ไม่สามารถคาดหมายล่วงหน้าได้ ดัง การศึกษาของ Dangdomyouth (2006) ที่ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัว พบว่าผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุดและปัญหาสำคัญคือกลัวว่าผู้ป่วยจะไม่หายขาด กังวลว่าจะไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ดูแลตายไป นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแล ดังเช่นการศึกษาของ Chien, Chan and Morrissey (2007) ที่ศึกษาการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวชาวจีน พบว่าผู้ดูแลมีความวิตกกังวลอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเพื่อตอบสนองการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลมีอาการแสดงของความผิดปกติทางจิตเวชอย่างชัดเจน โดยพบภาวะเครียดมากที่สุด และจากการศึกษาของฉวีญา พรหมบุตร (2545) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิตและมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวชร้อยละ 32 และผลกระทบทางด้านสังคมจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การระวางอันตรายต่างๆ ซึ่งบางครั้งไม่สามารถกำหนดเวลาในการดูแลที่แน่นอน เพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการทางจิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขาดความเป็นอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ (Bae et al., 2010) และการที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้ถึง การถูกแบ่งแยกจากสังคม (Schmid, N.D., cited in Angermeyer et al., 2006) จากการศึกษาของ Loukissa (1995) เกี่ยวกับภาระของครอบครัวในการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง

พบว่าเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับมาอยู่กับครอบครัวผู้ดูแลและเกิดปัญหาการวางตัวในสังคม เครียด ในการจัดการกับอาการทางจิตที่รุนแรง นอกจากนี้เพื่อญาติ และคณะ (2547) ยังพบว่าผู้ดูแลรู้สึกอับอาย ไม่อยากให้เพื่อนบ้านทราบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในครอบครัว ไม่อยากให้บุคคลอื่นถามถึง หรือพูดถึงจึงพยายามหลีกเลี่ยงจากผู้คน ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ดูแลลดลง ดังนั้นหากผู้ดูแลสามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือ จะสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆได้ และจากการศึกษาของ Bartol, Moon and Linto (1994) เกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชผู้ดูแลและครอบครัวมีความต้องการความรู้และข้อมูลข่าวสาร ต้องการมีส่วนร่วมในแผนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งต้องการการสนับสนุนประคับประคองจากกลุ่มเพราะทำให้ผู้ดูแลได้เปิดเผยความรู้สึก ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้วิธีการจัดการปัญหา อีกทั้งยังเป็นการเปิดโอกาสให้เพื่อนคลายช่วยลดความคับข้องใจในผู้ดูแล ลดความรู้สึกอับอายสังคม และการโทษไปที่ความเจ็บป่วย จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางของกลุ่มช่วยเหลือตนเองเข้ามาจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้ดูแลให้สามารถเพิ่มความรู้ ความสามารถไปพร้อมกับการส่งเสริมด้านจิตสังคมของผู้ดูแล ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความเครียดได้ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ได้ระบายความรู้สึกถึงประสบการณ์การดูแลร่วมกับสมาชิกที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน อีกทั้งสามารถลดความรู้สึกมีภาระของผู้ดูแล (Sorensen et al, 2002)

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคม (ชิคารัตน์ กำลั้งดี, 2543; Bender, cited in Taylor, 1980; Hildingh, et al., 1995) โดยมาจากแนวคิดพื้นฐานที่ว่า บุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ตรงและสมาชิกกลุ่มที่ประสบปัญหาคล้ายคลึงกันได้มาร่วมระบายความรู้สึก ร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารและให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกเพื่อสามารถปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ประสบการณ์ที่แต่ละคนได้รับ และได้แก้ปัญหาจนผ่านพ้นภาวะต่างๆมาแล้วนั้นร่วมกันอภิปรายเพื่อให้สมาชิกที่มีปัญหาได้เลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองไปใช้ (Marram, 1978; Fung and Chien, 2002) เป็นกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ประคับประคองจิตใจกัน ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนความเข้าใจซึ่งกันและกัน ลดความวิตกกังวล ลดการแยกตัวจากสังคม มีกำลังใจ เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้นและเชื่อมั่นในตนเอง มีความพึงพอใจ ระดับความเครียดลดลงกล้าที่จะเผชิญปัญหาและมีแนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Toseland, Rossiter and Laberque, 1989; Pasker and Madara, 1985; Brammer, 1979 อ้างถึงใน อรรวรรณ แผนคง, 2547) จากการศึกษาของ Sorensen et al. (2002) เกี่ยวกับผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมพบว่าสามารถลดความรู้สึกมีภาระและส่งเสริมความรู้ความสามารถของ

ผู้ดูแลได้ และการศึกษาของ Chien (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและ กลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกันของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทชาวจีน พบว่าสามารถลดภาระการ ดูแลและเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรรณพ แพนคง (2547) ที่ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระหลังการ ทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองและมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและไร้ความสามารถ ไม่สามารถรักษาให้ หายขาดได้ รู้สึกไม่มีทางช่วยและหมดหวัง อีกทั้งยังเป็นความเจ็บป่วยที่รู้สึกเป็นตราบาป ทำให้ ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง รู้สึกท้อแท้ลี้ งเหล่านี้เป็นความซับซ้อน ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจต่อผู้ดูแลในครอบครัว (Parker, 1993) อันจะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ท้อแท้ เบื่อ หน่าย นำไปสู่การทอดทิ้งผู้ป่วย ผลกระทบต่อชุมชนและสังคมพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยในชุมชน จะทำให้สภาพจิตใจของคนในชุมชนไม่มั่นคง หวาดกลัว ผลกระทบต่อประเทศทำให้ขาดกำลังคน ในการพัฒนาประเทศและการสูญเสียทางเศรษฐกิจ (อัมพวรรณ ธาภาศ, 2548) ผู้ดูแลในครอบครัว จึงต้องพยายามปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมี ประสิทธิภาพและลดภาระในการดูแลผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องดำเนินการช่วยเหลือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถปรับตัวและเลือกวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม รวมทั้ง ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและลดภาระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการเสริมสร้างพลัง อำนาจเป็นการกระทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจ มีความมั่นคงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและสามารถกระทำ ภารกิจให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเองยอมรับการสนับสนุน และส่งเสริมให้มีอิสระในการตัดสินใจกระทำ กิจกรรม (อรรณพ ลีอนุชวรัชชัย, 2541)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของ Gibson (1995) ที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังโรคระบบ ประสาท ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนความคิด อย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า ผล การศึกษาพบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้มารดามีความรู้สึกที่ดี มีความรู้ที่ถูกต้อง ส่งเสริม ความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี รวมทั้งสามารถพัฒนาสมรรถนะเชิงความรู้

ความคิด ความเข้าใจ และการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง การควบคุมตนเอง มีความมั่นใจและพยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองได้เหมาะสม การเสริมสร้างพลังอำนาจมีพื้นฐานจากการให้ความรู้ การมีส่วนร่วมทั้งที่ปรึกษาและการฝึกทักษะที่จำเป็น (Hulme, 1999) ซึ่งการให้ความรู้และการมีส่วนร่วม จะนำไปสู่การลดภาระการดูแลทั้งเชิงอัตวิสัยและจิตวิสัย (ครุณี คชพรหม, 2543) จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจึงมีความสอดคล้องที่จะนำแนวคิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาผสมผสานกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับความรู้รวมทั้งมีการเสริมสร้างกำลังใจจากสมาชิกกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะเดียวกันได้เป็นอย่างดี ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ร่วมกับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อให้ ผู้ดูแลได้นำศักยภาพของตนเองมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### คำถามการวิจัย

1. กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่อย่างไร
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่อาศัยแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคม และเป็นวิธีที่นิยมนำไปใช้ในปัจจุบัน โดยใช้ประโยชน์จากบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น มีโอกาสได้ระบายความรู้สึก ความเครียด ความอึดอัด ความคับข้องใจ ซึ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีการสนับสนุนซึ่งกันและกันทำให้คลายความทุกข์และมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์ของสมาชิกที่เคยทำ



สำเร็จมาแล้ว (ครุณี ชุณหะวัต, 2546; Resnick, 1986) สามารถสร้างความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกมีคุณค่าเมื่อมีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น เกิดความภาคภูมิใจ มีสัมพันธภาพกับครอบครัวและเพื่อนดีขึ้น มีขวัญและกำลังใจนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Corey, 1994; Marram, 1978; สุริย์ จันทร์โมลี, 2543 อ้างถึงใน นกัศวรณ แก้วหลวง, 2545) โดยใช้แนวคิดการดำเนินกลุ่มของ Marram (1978) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยในชุมชนเน้นที่การดูแลครอบครัวโดยใช้รูปแบบกลุ่ม ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชได้ (Chien and Wong, 2007 cited in Chien and Norman, 2009) ซึ่งช่วยลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้ (Pharoah et al., 2001 cited in Chien and Norman, 2009) จากการศึกษาของ บุศกร กลิ่นอวล (2549) ที่ศึกษาผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียด และการปฏิบัติดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบว่าญาติผู้ดูแลมีคะแนนความเครียดหลังการร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติดูแลหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Chien et al. (2006) ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในครอบครัวชาวจีนที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อตรวจสอบผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในครอบครัวชาวจีนที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเปรียบเทียบกับผลที่ได้จากการให้ความรู้ด้านจิตวิทยา และการให้การดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนภาวะการดูแลของกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยตนเอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .007 และการศึกษาของ Stewart et al. (2002) ที่ศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในการลดภาวะการดูแลและความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกรู้สึกมีภาระและความเครียดลดลง และจากการศึกษาของ อรวรรณ แพนคง (2547) ที่ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และมีคะแนนความผาสุกในชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) เป็นกระบวนการส่วนบุคคลที่จะพัฒนาตนเองในการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเอง และความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้

ซึ่ง Gibson (1995) ได้ทำการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาที่ให้การดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพทำการรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การบันทึก การสัมภาษณ์ (semi-structured interview guide) ได้แบ่งระยะของการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ (Taking Charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Holding on) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความต่อเนื่องกันและสามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละบุคคล ซึ่งจะต้องใช้พลังใจ พลังความคิด และความสามารถ ในการที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้ จึงอาจกล่าวได้ว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้บุคคลได้รับความรู้ มีความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ มีความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญและคุณค่าของผู้ป่วยรวมทั้งผู้ดูแลต้องรู้สึว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ มีความมั่นใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยต่อไป

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อตรงจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับผลกระทบจากการที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมแปลกๆ และมีความรู้สึกว่าการต้องดูแลผู้ป่วยเป็นการรบกวนการใช้ชีวิตในสังคม รวมทั้งชีวิตส่วนตัวด้วย นอกจากนี้อารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วย ยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552) ทางด้านร่างกาย ทำให้เหนื่อยอ่อน ปักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย และเกิดปัญหาสุขภาพ ทางสังคม ทำให้มีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง การเข้าร่วมในกิจกรรมในชุมชนน้อยลง รวมทั้งความสัมพันธ์ในหมู่ญาติพี่น้องห่างเหินไป และยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียด เป็นทุกข์ (สมคิด ตรีราภิ, 2545; นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, 2552) สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจต่อผู้ดูแลในครอบครัว (Parker, 1993) ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงควรมุ่งเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการเพิ่มความรู้ความสามารถของผู้ดูแลและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมกับทีมรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองได้และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษาของสมคิด ตรีราภิ (2545) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาและสามารถลด

ความเครียดของพ่อแม่ที่มีลูกป่วยเป็นโรคซีดีเอ็มไอ (Akin and Ahad, 2000 อ้างถึงในสมคิด ตรีราภิ, 2545)

ดังนั้นการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของ Gibson (1995) จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา การได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์ ลดแรงกดดันภายในจิตใจ ความรู้สึกโดดเดี่ยว และความเครียด นอกจากนี้ยังช่วยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ มีความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เป็นการประเมินสถานการณ์การดูแลในทางที่ดีช่วยทำให้ลดภาระในการดูแลได้ โดยนำรูปแบบของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และแนวคิดการดำเนินกลุ่มของ Marram (1978) มาผสมผสานกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนของ Gibson (1995) สร้างเป็นแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยแบ่งระยะของการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ภายใต้แนวคิดพื้นฐานที่ว่า บุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลที่มีประสบการณ์มาก่อน เพราะไม่มีใครรู้ดีเท่าผู้มีประสบการณ์ หรือเรารู้ดีที่สุด (we know the best) (ดร.ณิ ชุณหะวัณ, 2546; Marram, 1978 อ้างถึงในสุทธิณี พักวิสัย, 2545) สมาชิกของกลุ่มมาจากบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมารวมตัวกัน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นคล้ายๆ กัน ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจกัน เพื่อลดความเจ็บป่วย ความเครียด วิตกกังวล ความรู้สึกโดดเดี่ยว และการแยกตัวจากสังคม โดยสมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลเป็นผู้แสวงหาความรู้หรือแหล่งความรู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ และอำนวยความสะดวกให้ โดยที่ในแต่ละกิจกรรมใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) ที่ผสมผสานแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ทั้ง 4 ขั้นตอน ในการดำเนินกิจกรรมที่ 2 – กิจกรรมที่ 5 ซึ่งเป็นกระบวนการส่วนบุคคล อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ ที่จะใช้พัฒนาตนเอง ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคลจากการได้เรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกภายในกลุ่ม ช่วยให้เกิดการค้นพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการวิเคราะห์ใคร่ครวญ ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง มีการคิดและเลือกวิธีปฏิบัติด้วยตนเองที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของตนเอง โดยที่กลุ่มเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาและให้กำลังใจ จากสมาชิกในกลุ่มที่ประสบปัญหาหรือมีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ มีความเชื่อมั่น รู้สึกมีพลัง

อำนาจ มีสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้นเพื่อใช้ในครั้งต่อไป

กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยให้ผู้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงบทบาทของการเป็นผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือในเวลาเดียวกัน ได้ระบายถึงความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกได้ร่วมประสบการณ์เดียวกัน เมื่อนำมาใช้ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีกำลังใจ ลดการแยกตัวจากสังคม ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ระดับความเครียดลดลง และลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart et al. (2002) ที่พบว่าการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และจากการศึกษาของสมคิด ตรีราภิ (2545) พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวหากได้นำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาผสมผสานกับขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้เกิดประสิทธิ ภาพต่อการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมีขั้นตอนการดำเนินกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) โดยมีขั้นตอน 3 ระยะ 6 กิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยกันเป็นรายกลุ่มเพื่อให้เกิดความไว้วางใจโดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดี ทำข้อตกลงร่วมกัน เพื่อให้รู้จักและคุ้นเคย ไว้วางใจ สร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลด้วยกัน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นระยะหลังจากที่สมาชิกเกิดความไว้วางใจในกลุ่มแล้ว มีความเข้าใจจุดมุ่งหมายและการดำเนินการของกลุ่ม สมาชิกเปิดเผยตนเองมากขึ้น ผู้นำกลุ่มต้องให้ผู้สมาชิกได้ระบายปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท สะท้อนความคิด ถึงความสำคัญของตนเองในการดูแลผู้ป่วย และการให้ข้อมูลเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย และนำไปปฏิบัติได้ รวมทั้งการทบทวน วิเคราะห์ผลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย เพื่อร่วมกันหาแนวทาง ปรับแก้แผนการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต่อไป ให้กำลังใจ สนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย และมุ่งมั่นดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องช่วยให้สมาชิกสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของตนภายหลังจากการทำกลุ่ม

และช่วยให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณสามารถเผชิญกับปัญหาด้วยตนเองได้ต่อไป สนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน นำสิ่งที่ได้รับจากกลุ่มไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อคงไว้ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ และลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในผู้ดูแลซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ มีกำลังใจ และกล้าเผชิญกับปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท การได้รับความรู้รวมทั้งมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Sorensen et al., 2002) นอกจากนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจยังนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภาระของครอบครัวในทางที่ดี (Mohr, 2000 อ้างถึงในสมคิด ตรีรวิภา, 2545) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่ม
2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) โดยศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตจังหวัดสมุทรสงคราม
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม
3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย
  - 3.1 ตัวแปรต้น คือ กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ
  - 3.2 ตัวแปรตาม คือ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึงการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในลักษณะกลุ่มที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองตามแนวคิดของ Marram (1978) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) โดยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้กระทำกิจกรรมร่วมกันในรูปแบบกลุ่มอย่างเป็นขั้นตอนอย่างสม่ำเสมอด้วยความยินยอม และสมัครใจ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีโอกาสแสดงบทบาทของผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือในเวลาเดียวกัน ให้สมาชิกกลุ่มได้มีการพูดคุย ประโยชน์กัน ระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ข้อมูลเกี่ยวกับ โรคจิตเภท ตลอดจนช่วยกันหาแนวทางช่วยเหลือ สนับสนุน และส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 60 – 90 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

### ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 1 เริ่มต้นกิจกรรมและการสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยกันเป็นรายกลุ่มเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดี และให้ความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา ส่งเสริมให้สมาชิกแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ และเปิดเผย โดยผู้นำกลุ่มจะสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สัมพันธภาพภายในกลุ่มดำเนินไปด้วยดี และบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอธิบายให้สมาชิกเข้าใจในจุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์และกระบวนการของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง แนวทางในการปฏิบัติตัวในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ประโยชน์จากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง อธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจตรงกันว่ากิจกรรมและการพูดคุยปัญหาต่างๆ ของสมาชิกในกลุ่มจะเกิดขึ้นในขณะที่ทำกลุ่มเท่านั้น จะไม่นำเอาข้อมูลเรื่องราวที่เกิดขึ้นในกลุ่มไปพูดภายนอกกลุ่มเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มแล้ว รวมถึงการทำความเข้าใจกับสมาชิกในเรื่องการกำหนดระยะเวลาสิ้นสุดของการทำกลุ่ม และให้สมาชิกคัดเลือกผู้นำกลุ่มจากสมาชิกผู้ดูแลด้วยกันมา 1 คนเพื่อเป็นผู้นำกลุ่มและดำเนินกิจกรรมกลุ่มในครั้งต่อไป

### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภทและระบายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแล การรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกันระบายความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์การดูแลทั้งทางบวก และทางลบ ให้ผู้ดูแลสำรวจอารมณ์ ความรู้สึก การแสดงออกต่อผู้ป่วย แลกเปลี่ยน

ประสบการณ์การดูแล ข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การดูแลรักษา และผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทและภาระการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทราบแนวทางการดูแลของผู้ดูแลคนอื่นๆ เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และรับรู้ภาระการดูแลที่แต่ละคนได้รับมา

**กิจกรรมที่ 3** การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจากการสะท้อนคิดและสถานการณ์ เป็นระยะพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล โดยผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวถึงเหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแล แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ตัวผู้ป่วยและความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิด ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา เช่นเดียวกับ Hawks (1992 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยพัฒนาทัศนคติ ทำให้เกิดความพึงพอใจในสิ่งที่กระทำอยู่และเกิดความพอใจในแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเอง รวมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ความรู้สึกของผู้ดูแลฝึกทักษะการเผชิญปัญหา รู้จักวิธีการผ่อนคลายความเครียดและการแลกเปลี่ยนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่เกิดจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลแต่ละคน

**กิจกรรมที่ 4** แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเน้นการนำไปปฏิบัติ โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประสบการณ์ในการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการแสดงออกและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย และให้สมาชิกเขียนแนวทางการดูแลที่ตนสนใจและนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ตรงสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการตัดสินใจ รู้สึกมีพลังในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความหวังในชีวิตมากขึ้น มีความสุขและความพึงพอใจ ความรู้สึกของการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมและการที่ตนเป็นผู้ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมเช่นกัน (พวงรัตน์ บุญญาบุรุษย์, 2537)

**กิจกรรมที่ 5** เสริมสร้างความเชื่อมั่นและผลการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาให้เกิดความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป โดยผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวมทั้งหาแนวทางแก้ไข ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาต่างๆ ได้ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แสวงหาแหล่งช่วยเหลือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล สนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ตามแนวคิดของ Gibson (1995) นั้นปัจจัยที่ทำให้

ให้บุคคลเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ การมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะสนองความต้องการของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การรับรู้ถึงการพัฒนาดตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิตเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในตนเองสามารถแก้ไขปัญหาหรือดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ (Pfiater-Minoque, 1983; Stapleton, 1983 อ้างถึงใน พนารัตน์ เจนจบ, 2542)

### **ระยะที่ 3 การสิ้นสุดของการทำกลุ่ม**

**กิจกรรมที่ 6** การสรุปกิจกรรมกลุ่ม คือการสรุปผลกิจกรรมกลุ่ม โดยให้สมาชิกได้มีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็นสรุปผลการนำสิ่งที่ได้จากกลุ่มไปวางแผนปฏิบัติทั้งต่อการดูแลตนเองและการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ให้สมาชิกบอกเล่าผลที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้วิจัยสรุปผลและยุติการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

**ภาระการดูแล** หมายถึง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิต รวมทั้งความรู้สึกที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Montgomery et al., (1985) ประกอบด้วยภาระการดูแล 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ โดยประเมินได้จากแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Montgomery et al., (1985) พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544)

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้างหรือรางวัลใดๆ

**ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน** หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD-10 มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน มีการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย

**การดูแลตามปกติ** หมายถึงกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่



การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการแนะนำ  
การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย  
จิตเภท
2. เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง ได้รับความ  
ความสามารถของตนเอง ส่งผลในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้ ลด  
การป่วยซ้ำ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยให้เกิดองค์ความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
เพื่อการส่งเสริมภาวะสุขภาพช่วยการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายและสาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.2 ระบาดวิทยา
- 1.3 ลักษณะอาการ การดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรคจิตเภท
- 1.4 การรักษาโรคจิตเภท
- 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

#### 2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 2.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### 3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 3.1 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.2 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 4.1 ความหมายของภาระในการดูแล
- 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแล
- 4.3 การประเมินภาระการดูแล
- 4.4 บทบาทของพยาบาลในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### 5. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 5.1 แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 5.2 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 5.3 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### 6. กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

---

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายและสาเหตุของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม โรคนี้เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (thought process) โดยไม่มีพยาธิสภาพที่สมอง ซึ่งใช้การจำแนกโรคโดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ใช้ชื่อย่อว่า ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision)(WHO, 1992) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ที่มีลักษณะจำเพาะ และมีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) ส่วนสติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาว์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ไปบ้าง และได้กำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พืชจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

มาโนช หล่อตระกูล (2544) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างระหว่างนั้น อาการช่วงกำเริบจะเป็นอาการด้านบวก

อรพรรณ ลือบุญรัชชัชย (2554) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นอาการเด่น ส่งผลให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างระหว่างนั้น

#### สาเหตุของโรคจิตเภท

ปัจจุบันไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการหลายๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือ

สภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1) กรรมพันธุ์ การศึกษาพันธุกรรมของโรคจิตเภทพบว่า พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมญาติ ในกลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคได้ร้อยละ 10-16 คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน พบอัตราการเกิดโรคร้อยละ 35-58 ส่วนคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ มีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 16 (Wilson and Kneisl, 1996 อ้างถึงในอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2549) และมีการศึกษาเพื่อหาฮีนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคยังไม่พบตำแหน่งฮีนที่ผิดปกติชัดเจน เชื่อว่าโรคนี้เกิดจากความผิดปกติของฮีนหลายแห่งร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

2) ความผิดปกติของชีวเคมีของสมอง ในผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่า มี Excessive transmission ของ Dopaminergic neuronal pathway ยา Antipsychotic ซึ่งใช้รักษาโรคจิตเภท ออกฤทธิ์ยับยั้งหรือลด Dopaminergic neurotransmission และยา Amphetamine ซึ่งเป็น Dopamine agonist ทำให้อาการของโรคนี้มากขึ้น และทำให้คนปกติเกิดอาการคล้ายโรคจิตเภทได้

การศึกษาในระยะหลังพบว่า N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate มีส่วนเกี่ยวข้องกับการโรค การทดลองพบว่าหาก NMDA receptor ถูกยับยั้งจะทำให้ glutamatergic neurotransmission ที่ receptor complex นี้ลดลง ผู้ป่วยจะเกิดอาการโรคจิตเหมือนที่พบในโรคจิตเภท รวมทั้งยังพบอาการด้านลบ และ cognitive dysfunction ด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

3) ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และความเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, 1994)

4) ความกดดันในชีวิต เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย ที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทหรือทำให้อาการของโรคกำเริบ

5) มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ พบว่าผู้ที่มีโอกาสจะเป็นโรคจิตเภท อาจมีบุคลิกภาพชนิด Schizoid เป็นคนเก็บตัวไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน พูดน้อย ไม่ไวใจคน ช่างระแวง ขาดน้ำใจ รู้สึกประหม่าง่าย เวลาพบคนอื่น และอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าคนธรรมดา

6) สังคมและวัฒนธรรม มีปัญหาทางจิตใจหลายอย่างที่เห็นได้ชัดเกี่ยวกับสังคม

และศีลธรรม เช่น ปัญหาเสพติด ปัญหาการติดสุรา ปัญหาทางเพศบางอย่าง และโรคที่นับเฉพาะ บางวัฒนธรรม ปัจจัยนี้มีความหมายรวมไปถึงศาสนา แบบธรรมเนียมประเพณี ระดับเศรษฐกิจ ลัทธิการเมือง และกฎหมายด้วย

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ทราบแน่ชัด พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค เช่น ปัจจัยทางสารเคมีในระบบประสาท ปัจจัยด้านจิตใจ ทั้งนี้แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือรูปแบบของความเครียด (Stress-diathesis model) เชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการ เช่น ปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน จึงทำให้เกิดอาการของโรคขึ้นมา

## 1.2 ระบาดวิทยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.2.1 อุบัติการณ์ 0.1 – 0.5 ต่อ 1,000 ความชุก 2.5 – 5.3 ต่อ 1,000

1.2.2 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีพ (lifetime prevalence) 7.0 – 9.0 ต่อ 1,000

1.2.3 หญิงและชายพบได้พอๆ กัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง

1.2.4 อายุพบในช่วง 15 – 54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น

## 1.3 ลักษณะอาการ การดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรคจิตเภท

1.3.1 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท คือมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมมีอาการต่อเนื่องนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อยนาน 1 เดือน ไม่มีโรคทางกายและพยาธิสภาพของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542; สมภพ เรืองตระกูล, 2542) แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทย์อเมริกัน (American psychiatric association, 1994; Boyd, 2005; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ดังนี้

กลุ่มอาการด้านบวก(Positive symptom) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม เนื่องจากอาการบวกส่วนใหญ่จะแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจนกว่าอาการลบ (ยूरชชา ปรีชา, พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) แบ่งตามลักษณะอาการเป็น 2 ด้าน

1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิดและประสาทหลอน

อาการหลงผิด (delusion) ที่พบบ่อย ได้แก่ หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) หลงผิดว่าพฤติกรรมของคนอื่นเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นในโทรทัศน์หรือวิทยุ เป็นไปเพื่อสื่อความหมายถึงตนเอง (delusion of reference) หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษหรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandiose) อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ bizarre delusion เป็นอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกเป็นไม่ได้เลย

2) Disorganization dimension ได้แก่ disorganized behavior (และ disorganized speech)

กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptom) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึก ความต้องการสิ่งต่างๆ ได้แก่ มีลักษณะการแสดงพฤติกรรมน้อยลง มีปัญหาในด้านการแสดงออกของอารมณ์ คือ มีการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา (Affective flattening) พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เรื่องเรียน เก็บตัว ทำอะไรได้ไม่ค่อยนาน ก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล (Avolition)

ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก (มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.3.2 การดำเนินโรค ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินของโรคเกิดขึ้นช้าๆ ไม่สามารถรู้แน่ชัดว่าโรคเริ่มต้นเมื่อไร แต่อาการหลงผิดมักเริ่มหลังอายุ 20 ปีไปแล้ว แต่ไม่เกินอายุ 40 ปี แรกๆ อาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจนการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ (มาโนซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Torrey, 2006)

1) ระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลงญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเอียดเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 ส่วนใหญ่อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เป็นระยะที่มีอาการทางจิตอย่างเห็นได้ชัด ส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด อาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการ

เปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อยได้แก่ การนอนผิดปกติ แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลง จะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.3.3 การพยากรณ์โรค โรคจิตเภทมีผลลัพธ์ของการรักษาที่แตกต่างกันอย่างมาก กล่าวคือ มีตั้งแต่การฟื้นตัวกลับมาอย่างสมบูรณ์ไปจนถึงความเรื้อรังของอาการของโรค และภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ (รัชชชัย ลิพหานาจ, 2552) ซึ่งการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

#### 1.4 การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรค ได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548)

1.4.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบเป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1) การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยารักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมองทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ถ้าอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยากับผู้ป่วยแต่ละราย

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT) โดยทั่วไปจะใช้ในกรณี que ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้อย่างชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็ง (catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอม

รับประทานอาหารและน้ำ การรักษาจะทำเป็นชุด ชุดหนึ่งประมาณ 6-12 ครั้ง โดยแบ่งทำ 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ อาจจะทำวันละครั้ง หรือวันเว้นวันก็ได้ อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการมีนงง สับสนจะหายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม

3) การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกข้อมือและจำกัดบริเวณหรือพิจารณาใช้ยาควบคุมอาการร่วมด้วย

1.4.2 การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1) การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด

2) การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การขจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

3) การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่นับการพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายนความรู้สึกร่วมกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน

1.4.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชนเมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบ



คงสภาพ (maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (rehospitalization)

สรุปได้ว่า หลักทั่วไปในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ควรเริ่มต้นด้วยการสร้างและธำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพของการรักษาที่ดี การวินิจฉัยโรคให้ถูกต้อง โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย รวมทั้งการตรวจทางระบบประสาท และวินิจฉัยแยกโรคจิตเภทที่มีสาเหตุจากโรคทางกายหรือการใช้สารเสพติดออกไปให้ได้ก่อน และให้การรักษาตามระยะของโรค และการรักษาควรเป็นการรักษาแบบบูรณาการ (integrated) หรือเบ็ดเสร็จ (comprehensive) ซึ่งครอบคลุมทั้งการใช้ยา การรักษาด้วยจิตบำบัด การรักษาทางจิตสังคม และการฟื้นฟูทางจิตเวช รวมทั้งการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยด้วย (พิเชฐ อุคมรัตน์, 2552)

### 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องมีความเข้าใจ และมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิดการรับรู้ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้มีผู้ให้ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อ้างถึงใน กัญญาพิชญ์ จันทรนิยม (2548) ดังนี้

Evan (1992) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Mental health and psychiatric nursing) เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ทั้งด้านการดูแลรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี และเจ็บป่วยโดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลด้านจิตใจ และด้านพฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก และสามารถประยุกต์ความรู้ ความเข้าใจดังกล่าวในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการเฉพาะราย

พยาบาลจิตเวชจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1.5.1 เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงจิตสังคม และจิตวิญญาณ

1.5.2 คำนึงถึงครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือ การตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งการดำเนินการทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลต่อชุมชนด้วย

1.5.3 การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะเจ็บป่วย คือ การช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล นำนวัตกรรมหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) และการป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2547) โดยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทมีหลักการดังต่อไปนี้

1) การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดของร่างกายและสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง สุขอนามัยไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดร่างกาย สุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหารเช้า ไม่ดื่มน้ำ ซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารขึ้นได้ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมคงรูปเดิม ชนิดหุ่นขี้ผึ้งอาจมีกล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ท่าใดท่าหนึ่งนานๆ ก็อาจมีปัญหาเกิดการกดทับและขาดเลือดไปเลี้ยง จึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ท่าเดิมนานๆ พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ท่าเดิมนานๆ ควรจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อในระยะแรกกับผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ควรอนุโลมให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังได้ตามสมควร

2) การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่พยาบาลควรกระทำคือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหา

ความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางพฤติกรรมได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลจะต้องทำคือทำให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1) การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดของผู้ป่วยจะถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ พยาบาลจึงควรหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ โดยการฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

2.2) การให้ความจริงกับผู้ป่วยและส่งเสริมผู้ป่วยให้อยู่กับความเป็นจริงโดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอนผู้ป่วยอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ พยาบาลควรให้ความจริงกับผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลจะบอกในการรับรู้ของผู้ป่วย ว่าการได้ยินเสียงของผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

3) การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ อาการผิดปกติด้านอารมณ์ที่ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิด ไม่พอใจ พยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าจะจะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยและเนื้อหาการพูดอาจมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลกๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและเสริมสร้างทักษะด้านสังคม ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ มีผลทำให้การแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมผิดปกติจากคนทั่วไป พยาบาลจึงต้องมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกด้าน การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ตรงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล และการ

ให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งต้องมีประสิทธิผลทางการพยาบาล เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและต้องการการดูแลต่อเนื่อง การพยาบาลจึงมุ่งเน้นให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขในครอบครัวและชุมชน

## 2. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### 2.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากกว่าการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (พิเชษฐ อุคมรัตน์ และคณะ, 2552) การรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงเน้นให้การรักษาเฉพาะภาวะวิกฤติเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาลงจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (สมคิด ตรีราภิ, 2545; กรมสุขภาพจิต, 2547) ซึ่งผู้ป่วยยังคงมีความผิดปกติบางอย่างหลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดปัญหาขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและชุมชนตามมา (Buckwalter, 1991; Cunningham, 2007) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนยังมีปัญหาในการดูแลตนเองอย่างมาก (รัชนี ศรีธีร์, 2544) ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถประกอบอาชีพได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น และมักพบปัญหาการไม่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากญาติหรือผู้ดูแล ไม่มีผู้ดูแลและให้ยา ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549; วาสนา ปานดอก, 2545; Townsend, 2006)

#### 2.1.1 ปัญหาด้านพฤติกรรม

1) ปัญหาพฤติกรรมทางจิตที่พบบ่อยได้แก่ เอะอะอาละวาด แสดงอาการโกรธเกลียด รุนแรงทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของและทรัพย์สิน (วาสนา ปานดอก, 2545; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมยิ้มหัวเราะคนเดียว พูดคนเดียว หวาดระแวง ซึมเศร้า เดินไปเดินมา เดินเรื่อยเปื่อย กลางคืนไม่นอนและออกเดินตลอด (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2547)

2) ปัญหาด้านการปฏิบัติตัว ได้แก่ ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว พบว่าหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะแรกสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ แต่ต่อมาไม่ยอมสนใจ ไม่ช่วยเหลือตัวเองและเรียกร้องความสนใจจากครอบครัว (Gopinath and Chaturvedi, 1992 อ้างถึงในสถิต วงศ์สุรประภิต, 2542)

3) พฤติกรรมการใช้สารเสพติด มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่มากถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมดซึ่งการสูบบุหรี่จะให้ฤทธิ์ของยาโรจิตลดลงและทำให้เกิดอาการ Parkinsonism ได้ (Kaplan and Sadock, 1998) และจากการศึกษาของจันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 45.1

2.1.2 ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยา ผู้ป่วยมักหยุดยาเองจากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงของยาได้ เกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง บางรายขาดความรู้โดยเชื่อว่าตนเองมีอาการดีขึ้นแล้ว ไม่ต้องรับประทานยาต่อ หรือปรับลดขนาดยา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545; กาญจนา เจริญชัย, 2547; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547)

2.1.3 ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี (จิรารัตน์ พิมพีคิด, 2541; Bae, et al., 2008) มีการแยกตัว ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเฉพาะญาติผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน บางส่วนเกิดความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว ญาติบางรายไม่ยอมรับผู้ป่วย และอยากให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีการรับรู้ตราบาปมากที่สุดในบรรดาโรคจิต (สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน, 2548) ทำให้รู้สึกทรมานต้องปิดบังการเจ็บป่วยไว้ (เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ และคณะ, 2547)

2.1.4 ปัญหาการประกอบอาชีพและรายได้ จากการศึกษาของ Dickerson et al (2000) พบว่าผู้ป่วยขาดทักษะหน้าที่ทางสังคมและอับอายเกิดความไม่สบายใจในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น และเมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วยจะทำงานไม่ได้ ไม่มีสมาธิ เกียจคร้าน (จิรารัตน์ พิมพีคิด, 2541) ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องเผชิญกับภาวะตกงาน

2.1.5 ปัญหาขาดการดูแลและเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว ที่บ้านมักไม่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากญาติ ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ถูกปล่อยให้อยู่บ้านคนเดียว ไม่มีผู้ดูแลและให้ยา เนื่องจากญาติเกิดความเบื่อหน่ายในการดูแล หรือเพื่อความสะดวกในการประกอบอาชีพของญาติ (วาสนา ปานดอก, 2545; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549; สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542)

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันเน้นที่การดูแลโดยครอบครัวและชุมชน ครอบครัวจึงกลายเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้ป่วยเมื่อถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการทุเลาลง แต่ก็ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดี เช่น ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว

ไม่รับประทานยา และมีพฤติกรรมแปลกประหลาด พุด ยิ้มหัวเราะคนเดียว เดินไปเดินมา กลางคืน ไม่นอน พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เครียด อับอาย มีปัญหาด้านสุขภาพจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นผู้ดูแลและครอบครัวจึงถือว่าเป็นเครือข่ายที่สำคัญ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จึงต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยอีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่ง ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านดังนี้ (กัลยา โนอินทร์, 2542)

- 1) เป็นบริการเชิงรุกที่ให้บริการทั้งในผู้ที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิการ หรือป่วยหนักเพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
- 2) เป็นบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ
- 3) เป็นการบริการแบบผสมผสาน ได้แก่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
- 5) เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
- 6) เป็นบริการที่มีการบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว
- 7) เป็นบริการที่จัดให้ตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และสามารถกระทำได้มีลักษณะต่างๆ ดังนี้ (อรพรรณ ถิ่นบุญรัชชัย, 2554)

- 1) การประเมินสถานะผู้รับบริการ
- 2) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน
- 3) พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว
- 4) สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว ทักษะชีวิต และการประกอบอาชีพ
- 5) การให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม
- 6) การสนับสนุนให้กำลังใจ
- 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วย และสมาชิกทุกคนในครอบครัวให้เข้าใจ มั่นใจในบทบาท ความสามารถและความรับผิดชอบของตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

8) การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ

9) การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะ

ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงเป็นการให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้แนวคิดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ และหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนได้อย่างเหมาะสม เมื่อตนเองเกิดปัญหาที่ไม่สามารถดำเนินการแก้ไขได้ ทั้งนี้การพยาบาลต้องมีความต่อเนื่อง เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรัง มีโอกาสหายได้น้อย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้จึงเป็นหน้าที่ที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง

### 3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Horowitz (1985) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะโดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การจัดหาให้รับประทาน มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

Davis (1992) ให้ความหมายว่า เป็นญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Orem (1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า หมายถึงผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยเหลือส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ดูแลคือผู้ที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลบุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งด้านการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ดังนั้นการเลือกผู้ดูแลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวต้องพิจารณาหลายๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการดูแลรวมทั้งแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล

**3.1 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน** การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยครอบครัวเป็นกระบวนการที่สำคัญและควรให้ความสนใจเพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะที่รุนแรงและเรื้อรัง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิตย์, 2548) บทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะต้องดูแลและประคับประคองให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติให้นานที่สุด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันด้านต่าง ๆ มีหลักที่สำคัญคือ ผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจในกิจกรรมต่อไปนี้ คือ

- 1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย
- 2) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร
- 3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา
- 4) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยในการทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน
- 5) การดูแลผู้ป่วยด้านการแต่งกายผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในด้านการแต่งกายขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ดูแลต้องคอยแนะนำผู้ป่วย
- 6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยไม่มีสิ่งกระตุ้นรบกวนการนอน
- 7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- 8) การฝึกทักษะทางสังคม การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น



9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น

10) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนและให้กำลังใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมถูกต้องเหมาะสม

3.1.2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and psychological support) การดูแลด้านจิตใจที่ผู้ดูแลต้องกระทำคือ พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงมากที่สุด การปลอบโยนให้กำลังใจ ไม่ตำหนิ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.1.3 การประสานงานกับองค์กรของรัฐ เพื่อขอความช่วยเหลือ

3.1.4. การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุป การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลและครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง เมื่อเป็นโรคนี้อาการจะไม่ใช่เป็นปกติเหมือนเดิม ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม ผู้ดูแลจึงต้องรับบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเรื่องการรับประทานยา การประคับประคองด้านจิตใจ รวมทั้งการมีสัมพันธภาพในสังคม

**3.2 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท** โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมที่แปลกไป ก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ดูแล ดังนี้

3.2.1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผู้ดูแลมักเป็นสมาชิกในครอบครัวได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติ มีความรัก ความผูกพันกับผู้ป่วย จะทุ่มเทกำลังกาย และกำลังใจในการดูแล เช่น ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ พฤติกรรมรุนแรงไม่อาจคาดคะเนได้ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ก้าวร้าว นอนไม่หลับ เดินไปเดินมา ผู้ดูแลต้องคอยเฝ้าสังเกตอาการ และระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้น ทำให้เวลาพักผ่อน ไม่เพียงพอ รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ทรุดโทรม อ่อนเพลีย ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

3.2.2. ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อผู้ดูแล คือ ไม่ยอมนอนตอนกลางคืน วนวาย เดินไปเดินมา รบกวนผู้อื่น คาดเดาไม่ได้ รู้สึกหวาดกลัวว่าผู้ป่วยจะไปทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ วิตกกังวลและกลัวทุกข์ใจ (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) เครียดจากการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ มีความพ่่องในการดูแลตนเองและการอยู่ร่วมกับคนอื่น (Baker, 1989) ต้องทนกับพฤติกรรม อารมณ์ที่ผิดปกติที่ยังหลงเหลืออยู่ (จอม สุวรรณโน, 2541)

ท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดกำลังใจ (เวทีนิ สุขมากและคณะ, 2544)

3.2.3. ผลกระทบทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ชุมชน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางคนอาการรุนแรงแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แปลกประหลาด น่ากลัวและคุกคามต่อบุคคลในชุมชนได้ (Tammiga as cited in Anders อ้างถึงใน สุขุมธาดา บุญชัย, 2545) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอับอายและเป็นตราบาป (Glendy and Mackenzie, 1998) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ จากการที่ไม่สามารถที่จะผู้ป่วยไว้ตามลำพังได้ (มนตรี อมรเชษฐกุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544)

3.2.4 ผลกระทบด้านความเป็นส่วนตัว ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่สามารถกำหนดเวลาได้แน่นอน มีความสามารถในการทำงานแย่งลง เนื่องจากภารกิจที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (มนตรี อมรเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนสิน, 2544)

3.2.5 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ รายจ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น จากการที่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ รายรับลดลงจากการที่ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบโดยตรงแก่ผู้ดูแลในทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ เครียด วิตกกังวลเกี่ยวอาการและการรักษาผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกอับอายและเป็นตราบาป อาจทำให้เกิดการเบื่อหน่ายผู้ป่วย ไม่ช่วยเหลือผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ และอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ ดังนั้นหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม สามารถปรับตัวได้เมื่อเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดี ผู้ป่วยจิตเภทก็จะได้รับการดูแลที่เหมาะสมไม่ถูกทอดทิ้งและลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำได้

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

##### 4.1 ความหมายของภาระในการดูแล

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า ภาระ หมายถึง ธุระที่หนัก การงานที่หนัก หน้าที่ที่ต้องรับเอา

Montgomery et al. (1985) ให้ความหมายของภาระการดูแลว่าเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแล ความหนักใจ และความกดดัน ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระออกเป็น 2 มิติคือ

1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หรือปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง ความรู้สึกทุกข์ใจในการดูแลผู้ป่วย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2) ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีอิสระในสังคมลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงไป เกิดปัญหาด้านสุขภาพ

Thomson et al. (1993) กล่าวถึงภาระว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่องานการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับประเมิณสถานการณ์ในการดูแล หากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแล มีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือมาก จะมีภาระน้อย แต่ถ้าผู้ดูแลประเมินว่าเกินความสามารถของตนเอง มีแหล่งสนับสนุนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาระมาก

สรุปได้ว่าภาระจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงการรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลต่อการทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยว่าเป็นปัญหา เป็นความยุ่งยากหรือเป็นลิ่งรบกวนในการดำเนินชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม

#### 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระในการดูแล

1) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและเกิดความเครียดตามมา ดังการศึกษาของ Doombos (2002) ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนานจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป กิจกรรมในสังคมและการพักผ่อนน้อยลง

2) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาระโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือด โดยตรงกับผู้ป่วยจะมีภาระการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีเกี่ยวข้องทางสายเลือด (รจนา ปุณฺโนทก, 2550) เช่นเดียวกับ Howard (2000) ที่สรุปไว้ว่าผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจะมีมากขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นบุตร และกระทบกับผู้ที่เป็นมารดามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Jones (1996) ที่พบว่าภาระการดูแลจะเกิดมากขึ้นกับผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และภาระที่เกิดขึ้นมักเป็นภาระทางด้านจิตใจ

3) อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้การรับรู้ภาระต่างกัน (leffley, 1987) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมี

ประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีภาระในการดูแลน้อย (Montgomery et al. 1985) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของรจนา ปุณ โณทก (2550) และภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) ที่พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระในการดูแล นั่นคือ ถ้าผู้ดูแลมีอายุมาก การรับรู้ภาระการดูแลก็จะมากเช่นกัน

4) รายได้ จากการศึกษาศึกษาของ Montgomery et al. (1985) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาระของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่ารายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแล

5) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแลเนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดเหตุการณ์ในชีวิต โดยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา เช่น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty and Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหาได้ (Montgomery et al. 1985)

6) การศึกษารวมทั้งความรู้ของผู้ดูแล โดยการศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีข้อมูล และเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ รวมทั้งช่วยให้มีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น และนำความรู้และทักษะที่ได้มาเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าทำให้ปรับกิจกรรมการดูแลได้ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย (Orem, 1985) จากการศึกษาที่ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการขาดข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (นิศากร แก้วพิลา, 2545) ดังเช่นการศึกษาของ Lim and Ahn (2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพบว่าความรู้ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อภาระโดยตรงต่อการรับรู้ภาระ โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบซึ่งส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาระเชิงอัตนัย

กล่าวโดยสรุปได้ว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล รายได้ การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาและความรู้ของผู้ดูแล กล่าวคือหากผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดหรือมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือด การมีอายุมากขึ้นจะทำให้มีภาระ

ในการดูแลมาก ในทางกลับกันผู้ดูแลที่มีรายได้มาก มีการศึกษารวมทั้งความรู้เกี่ยวกับโรค และได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จะทำให้มีภาระในการดูแลน้อย

#### 4.3 การประเมินภาระในการดูแล

Montgomery et al. (1985) ได้แบ่งภาระในการดูแลเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย ซึ่ง Montgomery et al. (1985) ได้พัฒนาและประเมินภาระในการดูแลออกเป็น 2 มิติ ดังได้กล่าวข้างต้น ในประเทศไทยแปลและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมในแต่ละมิติสามารถนำมาพิจารณาภาระของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆ ได้

#### 4.4 บทบาทของพยาบาลในการลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรมีบทบาทในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านดังนี้

4.4.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Patient intervention) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ป่วยเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และลดผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแลให้น้อยที่สุด เช่น พฤติกรรมบ้าบอดต่าง ๆ

4.4.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแล (Caregiver intervention) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลเพื่อลดภาระในการดูแล แบ่งออกเป็น

1) การให้ความรู้ (education) เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยได้รับ (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงในสมคิด ตริราภิ, 2545) จากการศึกษาของครุณี คชพรหม (2543) ที่ได้ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

2) กลุ่มสนับสนุน (support group) เพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ภาระการดูแลจากบรรยากาศหรือพูดคุยกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลได้รับความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงในสมคิด ตริราภิ, 2545) นอกจากนี้ Howe and Howe, 1987 cited in cook, et al. 1999) ได้ศึกษาผลของการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนต่อภาระการดูแลของพ่อแม่ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนมีภาระการดูแลที่ลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chien (2008) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกันของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทชาวจีน ผลการศึกษาพบว่า

คะแนนการดูแลของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกันต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การทำครอบครัวบำบัดจะต้องไม่เกี่ยวข้องแทรกการรักษาผู้ป่วยหรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดต่อผู้ป่วย ครอบครัวบำบัดเป็นการให้ความรู้ และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาให้กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก (Dunkin et al., 1998 อ้างถึงในสมคิด ตรีราภิ, 2545)

4) การพัฒนาความแข็งแกร่งของครอบครัว (develop family strength) ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องเผชิญหน้าและรับผิดชอบความเลวร้ายของปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต และต้องรับภาระหนักในการดูแล จำเป็นต้องพัฒนาความแข็งแกร่งของการให้การดูแลที่หนัก รวมทั้งความแข็งแกร่งของความรู้สึกร่วมกันของผู้ดูแลให้มีความพึงพอใจ และเชื่อมั่นว่าสามารถจัดการกับปัญหาได้ ซึ่งการพัฒนาความแข็งแกร่งนี้เป็นแนวทางในการลดภาระในการดูแล

5) การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา (involving caregiver in treatment) เป็นการเปลี่ยนมุมมองที่ครอบครัวเป็นสาเหตุของการเกิดโรค หรือครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัว ซึ่งสิ่งสำคัญของการมีส่วนร่วมคือการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลของการรักษาผู้ป่วยต่อผู้ดูแล (Eliot, 1998) การสนับสนุนให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณ โน, 2541)

สรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการให้บริการเชิงรุกเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน โดยให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งต้องอาศัยสัมพันธ์ทวิภาคีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากการได้รับความรู้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มสนับสนุน จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้

## 5. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

### 5.1 แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) เกิดจากแนวคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลที่มีประสบการณ์มาก่อน โดยให้ผู้ที่มิประสบการณตรงเข้ามามีส่วน

ร่วมในการดูแลตนเองหรือพึ่งพาตนเอง และร่วมดูแลกันเองในภาวะปกติและทุกระยะของการเจ็บป่วย (ดรุณี ชุณหะวัต, 2546) เพราะไม่มีใครรู้ดีเท่าผู้มีประสบการณ์ หรือเรารู้ดีที่สุด (we know the best) (Marram, 1978, อ้างถึงใน สุทธิณี พักวิสัย, 2545) และเป็นกลุ่มหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคม (ธิดารัตน์ กำลังดี, 2543) มีชื่อเรียกแตกต่างกันเช่น กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน ในภาษาอังกฤษมีคำที่ใช้อยู่หลายคำ เช่น Self-Help Group, Mutual-Help Group, Mutual Aid Group, Support Group, Social Work Group (Steiger and Lipson, 1985; Paskert and Madara, 1985; Resnick, 1986 อ้างถึงใน ดรุณี ชุณหะวัต, 2542) โดยมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังนี้

ดรุณี ชุณหะวัต (2546) ให้ความหมายว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่ให้ประโยชน์โดยตรงต่อการดูแลตนเอง โดยที่สมาชิกของกลุ่มมาจากบุคคลที่ลักษณะคล้ายคลึงกันมารวมตัวกันเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นคล้ายๆ กัน หรือเพื่อเอาชนะความพิการ ความเจ็บป่วย ความเครียด ความวิตกกังวล กลุ่มชนิดนี้จะไม่มีการนัดที่แน่นอน แต่เป็นการทำงานที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกภายในกลุ่ม

Marram (1978) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มที่ก่อตั้งและดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยสมาชิกภายในกลุ่ม และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหาของสมาชิกโดยสมาชิกภายในกลุ่มเท่านั้น ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลเป็นผู้แสวงหาความรู้หรือเป็นแหล่งความรู้

Steiger and Lipson, (1985 อ้างถึงใน สุทธิณี พักวิสัย, 2545) ให้ความหมายว่าเป็นการรวมตัวกันโดยสมัครใจ ของผู้มีประสบการณ์คล้ายๆ กัน เพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุนด้วยวิธีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ อันจะส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุด

Paskert and Madara (1985) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มของบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกันมารวมตัวกันด้วยความสมัครใจ เพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม

Resnick (1986) ให้ความหมายว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นการที่สมาชิกในกลุ่มใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมากแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยเฉพาะบุคคลที่เคยมีประสบการณ์แก้ปัญหาผ่านพ้นมาได้แล้วจะช่วยแก้ปัญหาให้กับสมาชิกคนอื่นๆ ได้

Spradley and Allender (1996) ให้ความหมายว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มที่มักมีการจัดตั้งโดยกลุ่มเพื่อนที่มีปัญหายุ่งเหยิงในชีวิตเพื่อให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้บรรลุความต้องการเดียวกัน มีเป้าหมายที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างที่ต้องการ ขณะที่

หลายๆ กลุ่มรวมตัวกัน โดยคนที่เหมือนกัน พยายามหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยให้เกิดการรวมตัวและอำนวยความสะดวกให้

Riessman (2000 อ้างถึงในบุศกร กลิ่นอวล, 2549) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาคล้ายกัน มาร่วมจัดตั้งดำเนินการและควบคุมกลุ่มโดยสมาชิกกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต และเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาจากสมาชิกกลุ่ม เพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง โดยไม่ต้องมีนักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นผู้นำกลุ่ม

สรุปได้ว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นการรวมตัวกันของบุคคลที่มีลักษณะปัญหาและประสบการณ์คล้ายคลึงกันด้วยความสมัครใจมีการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ ให้กำลังใจ สนับสนุนซึ่งกันและกัน รวมทั้งร่วมกันค้นหาปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยอาศัยประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่มที่สามารถแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาแล้วได้สำเร็จ โดยอาจมีบุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้เกิดการรวมตัว อำนวยความสะดวก รวมทั้งมีหน้าที่ให้ข้อมูล ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อมูลทางสุขภาพ หรือเป็นแหล่งความรู้ให้กับกลุ่ม

วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

แต่ละกลุ่มที่จัดตั้งขึ้น อาจมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันออกไป แต่โดยทั่วไปแล้วมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้ส่งผลต่อสมาชิกดังนี้ (Rootes and Aanes, 1992; paskert and madara, 1985)

1. ลดปัญหาทางอารมณ์จากภาวะเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่มีต่อปัญหานั้น โดยการจัดทำกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนวิธีการในการเผชิญปัญหา อันเนื่องมาจากปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น
2. เกิดการเรียนรู้ต่างๆ ทำให้มีพฤติกรรมหรือแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้สมาชิกสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ได้
3. ได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล สร้างความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองในสังคม การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม เป็นทั้งผู้รับและผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น
4. มีกำลังใจในการยอมรับความจริง พร้อมทั้งจะเผชิญและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยไม่รู้สึกรำคาญตัวเองกำลังเผชิญปัญหาหรือต่อผู้ปัญหาเพียงลำพัง
5. ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ โดยการกระตุ้นหรือจูงใจให้สมาชิกรู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองให้มีการแสดงออกอย่างเหมาะสม



กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกหลายประการ มีนักวิชาการหลายท่านได้อธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยสรุปดังนี้ (ครุณี ชุณหะวัต, 2540 อ้างถึงในธิดารัตน์ กำลังดี, 2543)

1. สมาชิกของกลุ่มเป็นบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนลงเรือลำเดียวกัน (being in the same boat) จึงแน่ใจได้ว่าผู้ที่ให้ความช่วยเหลือและเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริงมิใช่เป็นความรู้เฉพาะทางทฤษฎีเท่านั้น จึงเกิดความต้องการที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ

2. ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้คนอื่นจะส่งผลถึงตนเองเสมอ เป็นลักษณะของผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

3. คำแนะนำที่ได้จากสมาชิกเป็นคำแนะนำที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย ซึ่งจะหาไม่ได้จากคำแนะนำของนักวิชาการ ครอบครัว หรือเพื่อน ยกเว้นเสียแต่ว่าบุคคลดังกล่าวเคยประสบปัญหาอย่างเดียวกันมาก่อน

4. มิตรภาพที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน บนพื้นฐานของความเข้าใจเห็นอกเห็นใจกัน ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับคำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

5. การที่สมาชิกได้พบเห็นบุคคลที่มีปัญหาและได้แก้ไขปัญหาต่างๆ จนเป็นผลดี จะทำให้ได้มองเห็นเป็นแบบอย่าง (role model) ซึ่งสมควรปฏิบัติตามและแน่ใจว่าตนเองจะสามารถฟันฝ่าปัญหาและภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้เช่นกัน

6. การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นกันเองกับบุคคลที่เป็นพวกเดียวกันทำให้ได้ระบายความรู้สึกทุกข์ใจ คับข้องใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง และปัญหาอื่นๆ โดยไม่ต้องกังวลว่าเขาเหล่านั้นจะไม่เข้าใจแต่กลับได้รับการยอมรับอย่างจริงจัง ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และให้กำลังใจอย่างเต็มที่

7. การที่สมาชิกได้มีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่น ทั้งการให้ข้อมูล ความรู้ กำลังใจ หรือสิ่งของอื่นๆ ทำให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม อัตมโนทัศน์ดีขึ้น ยอมรับสภาพร่างกายและความเจ็บป่วยดีขึ้น

8. การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม กล่าวที่เปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกผูกพันกับเพื่อนสมาชิก (cohesiveness) เกิดเป็นความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง

9. สมาชิกที่เคยมีความรู้สึกเลวร้ายหรือมีตราบาป (stigma) ที่เกิดปัญหาในชีวิต การได้พบปะคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาแบบเดียวกัน ทำให้รู้สึกไม่แตกต่างจากคนอื่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือสิ้นหวัง ทำให้ลดการแยกตัวจากสังคม

ทฤษฎีพื้นฐานในการดำเนินกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กิจกรรมในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ได้มีการผสมผสานแนวคิด ทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์รวมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่สมาชิกกลุ่ม เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี ซึ่งมีแนวคิดทฤษฎี ดังนี้ (Marram, 1978)

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) เน้นว่า พฤติกรรมกลุ่มจะเกิดขึ้นได้จากแรงผลักดันของจิตไร้สำนึก บุคคลจะนำเอาความคิดของตนเองที่มีอยู่ในจิตสำนึกมาแสดงออกในกลุ่มเพื่อป้องกันตัวเองหรือเพื่อให้สมาชิกคล้อยตาม ผู้นำกลุ่มจะต้องทราบและแก้ไขสถานการณ์ เนื่องจากบรรยากาศของกลุ่มช่วยเหลือตัวเองต้องปราศจากการนำความคิดใดๆ แต่คงไว้ซึ่งการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ เพื่อให้สมาชิกประเมินและตัดสินใจด้วยตนเอง และการที่บุคคลนำเอาประสบการณ์ของตนในอดีตมาแสดงออกในปัจจุบัน ในสถานการณ์ที่คล้ายๆกันในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องคอยชี้แนะ และหาทางแก้ไข หากประสบการณ์ดังกล่าวไม่ถูกต้อง

2. ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal theory) เน้นการปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์จะก่อให้เกิดอารมณ์ และพฤติกรรมที่แตกต่างกันแก่สมาชิก ซึ่งสมาชิกบางคนอาจเกิดความวิตกกังวล อันอาจเป็นสาเหตุหลักสำคัญในการทำลายปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้นำกลุ่มจึงต้องสังเกตและช่วยเหลือแก้ไขให้สมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมไปในทางที่ดี และการประทับประคองให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย

3. ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (communication theory) มุ่งเน้นการสื่อสารของสมาชิกทุกคน การสื่อสารอาจเป็นภาษาพูด หรือภาษาท่าทาง การสื่อสารมีทั้งทางรับสารและการส่งสาร การแปลสาร ดังนั้นในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ต้องเน้นให้สมาชิกเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการสื่อสารที่สอดคล้องกับความคิด ความต้องการ และความรู้สึกของสมาชิก

4. ทฤษฎีพลวัตและกระบวนการกลุ่ม (group dynamic and group process theory) กลุ่มจะมีกระแสความเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลาตามปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น มุ่งเน้นประเด็นปัญหาของกลุ่มมากกว่าปัญหาของแต่ละบุคคล และสมาชิกจะร่วมกันแก้ไขปัญหาของกลุ่ม

5. ทฤษฎีเอกซิสเทนเชียล และเกสตัลท์ (existential and gestalt theory) แนวคิดสำคัญของทฤษฎีนี้คือการตระหนักรู้สภาพที่เกิดขึ้น “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” (here and now) ของบุคคลซึ่งเป็นความ

อิสระที่บุคคลจะสามารถเลือก ที่จะนึกคิด และอิสระที่จะทำ ดังนั้นบุคคลที่ยอมรับสภาพตนเองในปัจจุบันได้ ก็จะมีคามตระหนักรู้และเข้าใจตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตที่มีความหมาย ผู้นำกลุ่มจึงต้องโน้มน้าวให้สมาชิกพูดระบายความรู้สึกและประสบการณ์ของตนที่เกิดขึ้น ว่าขณะนี้เป็นอย่างไ่ ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจตนเองมากขึ้น

ลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีลักษณะที่เด่นชัดเฉพาะตัวและแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ ดังนี้ (ธิดารัตน์ กำลิ่งดี, 2543)

1. มีการให้การสนับสนุนและให้ความรู้โดยสมาชิกกลุ่ม มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้และข้อมูล การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมความมั่นคงของกลุ่ม
2. เน้นไปที่เหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตยุ่งยากเพียงอย่างเดียว
3. จุดประสงค์เบื้องต้นของกลุ่ม คือการสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง สมาชิกเกิดการเรียนรู้โดยการกระทำ และพฤติกรรมต่างๆ ปรับเปลี่ยนไปได้โดยการกระทำ
4. เป็นกลุ่มนิรนามและมีความเป็นส่วนตัว (anonymous and confidential nature)
5. สมาชิกเข้ามารวมกลุ่มด้วยความสมัครใจ (voluntary membership) มีการพบปะหรือดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ สมาชิกได้รับประโยชน์สูงสุดจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตามที่สมาชิกแต่ละคนประสบมา มิใช่การผูกขาดของเจ้าหน้าที่ในการให้คำแนะนำ
6. ผู้นำกลุ่มมาจากผู้ป่วยด้วยกันเอง (member leadership) หรือในระยะแรกของการดำเนินกลุ่ม เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพอาจช่วยทำหน้าที่เป็นผู้นำ
7. ไม่มีแสวงหากำไรหรือผลประโยชน์ใดๆ จากการเข้ากลุ่ม

บทบาทของพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ตามแนวคิดของ Marram (1978) กล่าวว่า พยาบาลควรแสดงบทบาทหน้าที่ในกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างน้อย 2 บทบาท คือ

1. เป็นผู้ยืนยันรับรองความสำเร็จของกลุ่มว่าเกิดขึ้นเนื่องจากสมาชิกกลุ่มเท่านั้น
2. เป็นผู้แสวงหาความรู้หรือเป็นแหล่งความรู้ให้กับกลุ่ม

จากแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาจากตำราและบทความต่างๆ ซึ่งรวบรวมบทบาทพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ได้ดังนี้ (Steiger and Lipson, 1985; ครุณี ชุณหะวัต, 2546)

1. เป็นผู้ตรวจสอบ ยืนยันและแก้ไขข้อมูล เพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูล ความรู้และแนวทางที่ถูกต้อง
2. เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดสถานที่ประชุม จัดหาวิทยากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เป็นที่ปรึกษาวิชาการให้กลุ่ม ให้ความรู้เรื่องโรคและการปรับตัวเป็นครั้งคราว

3. เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก เมื่อมีสมาชิกเพิ่มขึ้นควรให้สมาชิกได้เลือกผู้นำกลุ่มจากสมาชิกด้วยกันเอง

4. เป็นสมาชิกของกลุ่มถ้าเคยมีประสบการณ์เช่นเดียวกันมาก่อน

5. ทำหน้าที่ติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ ในรายที่ต้องได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสมกับปัญหา

6. เป็นผู้กระตุ้นสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมประชุม

7. ติดตามประเมินผลการปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก

กล่าวได้ว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง นอกจากจะเป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรกแล้ว ต้องเป็นผู้สนับสนุน เป็นแหล่งประโยชน์ด้านข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้อง อำนวยความสะดวกในการจัดสถานที่ หาวิทยากร อุปกรณ์ที่จำเป็น รวมทั้งการเป็นสมาชิกของกลุ่ม บทบาทของผู้นำกลุ่ม

การดำเนินงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะได้ผลดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ดังนั้นผู้นำกลุ่มจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ และถ้ามีความสามารถสูง รู้บทบาทของการเป็นผู้นำกลุ่ม ย่อมจะทำให้ผู้นำสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดี โครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน กลุ่มพร้อมที่จะทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเตรียมผู้นำกลุ่มมีแนวคิดหลักดังนี้ (Newton, 1984; Ross and Mico, 1980 อ้างถึงในครุณี ชุณหะวัต, 2546)

1. ผู้นำกลุ่มจะต้องคำนึงและดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

2. ผู้นำกลุ่มจะต้องเรียนรู้บทบาทผู้นำกลุ่ม ที่จะช่วยให้สมาชิกได้รับประโยชน์สูงสุดอย่างทั่วถึง

3. ผู้นำกลุ่มจะต้องยอมรับว่า ปัญหาของสมาชิกทุกปัญหามีความสำคัญที่ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมจากสมาชิกของกลุ่ม หรือแหล่งประโยชน์อื่นๆ

4. ผู้นำกลุ่มต้องมีความเป็นกลาง เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ร่วมอภิปรายทุกคน ไม่สนใจปัญหาของสมาชิกคนใดคนหนึ่งเพียงคนเดียว เพราะจะทำให้สมาชิกคนอื่นๆ ไม่ได้รับความสนใจ และไม่เกิดประโยชน์ในการเข้ากลุ่ม

5. ผู้นำกลุ่มควรเป็นผู้ที่ปรับตัวได้ดีแล้วเข้ามาเป็นผู้นำกลุ่มเพื่อประโยชน์ของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอาจได้มาจากการเลือกของสมาชิก หรือหมุนเวียนกันทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญ 4 ประการ ดังนี้

5.1 ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่เฝ้าอำนวยความสะดวกให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิก 3 ด้านคือ

5.1.1 ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (security)

5.1.2 ความรู้สึกเป็นเจ้าของของกลุ่มหรือความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (belonging)

5.1.3 ความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (companionship)

5.2 ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศและควบคุมสถานการณ์ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก แสดงความคิดเห็น และแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยควบคุมบรรยากาศไม่ให้ตึงเครียดเกินไป

5.3 ผู้นำกลุ่มต้องรับผิดชอบให้กลุ่มดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ มีการประเมินความก้าวหน้าของกลุ่มเป็นระยะๆ

5.4 ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคนเนื่องจากสมาชิกแต่ละคนใช้เวลาในการบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มได้แตกต่างกัน

บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

สมาชิกกลุ่มมีบทบาทสำคัญไม่น้อยกว่าผู้นำกลุ่ม สมาชิกกลุ่มมีหน้าที่ดังนี้

1. กระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจแก่เพื่อนสมาชิก
2. ช่วยลดความขัดแย้ง ลดความตึงเครียดภายในกลุ่ม
3. เป็นนักฟังที่ดี รับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก
4. กระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มเสนอความคิดเห็น
5. รักษาความลับของเพื่อนสมาชิก

สรุปได้ว่า ทั้งผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มมีบทบาทที่สำคัญในการดำเนินกลุ่มให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ตามข้อตกลงของกลุ่ม ซึ่งต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเชื่อใจ ไว้วางใจกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และกล้าเปิดเผยข้อมูล ประสบการณ์ กล้าแสดงความคิดเห็น รวมทั้งมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วยความเต็มใจ ให้กำลังใจกัน ยอมรับคำแนะนำและความช่วยเหลือจากกลุ่ม

จะเห็นได้ว่า จุดสำคัญของความสำเร็จของกลุ่มช่วยเหลือตนเองคือหลักการให้ความช่วยเหลือ (principle of helper) โดยบทบาทของการให้และการรับความช่วยเหลือจากสมาชิกกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม สมาชิกไม่เพียงแต่จะได้รับความช่วยเหลือ แต่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นด้วย ซึ่งผลจากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจะทำให้สมาชิกกลุ่มมีความเชื่อมั่น ไว้วางใจ รู้สึกมีคุณค่า (ดร.ฉวี ชุณหะวัณ, 2540) จากหลักการของการให้ความช่วยเหลือนั้นทำให้กลุ่มช่วยเหลือตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงของพลัง ทำ

ให้แต่ละคนที่มีปัญหาหรือเจ็บป่วยอยู่นั้นกลายเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือที่มีศักยภาพ ฟังพอใจในตนเอง มีกำลังใจ มีความเชื่อมั่น กล้าเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อไป

เครื่องบ่งชี้ความสำเร็จของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (บุศกร กลิ่นอวล, 2549)

1. การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคิดเห็น
2. ความเต็มใจในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3. ความพึงพอใจของสมาชิก

กระบวนการในการดำเนินการกลุ่ม (Group process) มีขั้นตอนดังนี้ (Marram, 1978; Stuart and Laraia, 1998)

1. ระยะเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (Introductory phase) เป็นระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกภายในกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกแนะนำตัวเพื่อสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม อธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินการกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่ แนวทางในการปฏิบัติตัวในการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นอย่างเปิดเผย แลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระ และสร้างความไว้วางใจ เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ซึ่งกันและกัน รวมทั้งผู้นำกลุ่มต้องอธิบายให้สมาชิกเข้าใจถึงผลดีของการที่สมาชิกได้พูดระบายปัญหาของตนเองให้กลุ่มทราบและอธิบายให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจว่า เรื่องที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มจะเป็นความลับของกลุ่ม ซึ่งการแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผยจะนำไปสู่การยอมรับ ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการเข้าร่วมกลุ่ม ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที

2. ระยะดำเนินการ (Working phase) ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม ทำให้สมาชิกมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางอารมณ์ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา แนวทางการแก้ไขปัญหา และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับปัญหาของตนเอง หาแนวทางการแก้ไขปัญหาและเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ต้องการให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหา สมาชิกจะมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ทำให้สมาชิกรู้สึกว่าคุณค่าและศักดิ์ศรีมากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไข ตลอดจนสามารถช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาวางอย่างได้ ระยะนี้จึงเป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญหา ผู้นำกลุ่มจึงมีหน้าที่สำคัญในการช่วยให้กลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมาย เสริมสร้างความเชื่อมั่นของ

สมาชิก เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการนำวิธีไปใช้ในการแก้ไขปัญหาต่อไป ระยะเวลาประมาณ 40-50 นาที

3. ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final phase or Terminating the group) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ระยะนี้เกิดขึ้นในช่วง 10-20 นาทีก่อนการปิดประชุม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม และช่วยให้สมาชิกรู้สึกที่ตนเองสามารถเผชิญปัญหาด้วยตนเองต่อไปได้ ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่ม ระยะนี้ผู้นำกลุ่มจะทำการนัดหมายเพื่อพบปะในครั้งต่อไป แจ้งการนัดหมายที่จะทำร่วมกัน

## 5.2 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

### 5.2.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Hawks (1992) ให้ความหมายว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยที่ฝ่ายหนึ่งเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจ มีการเตรียมความรู้ ทรัพยากร วิธีการและสภาพแวดล้อม มีการศึกษาภูมิหลังของแต่ละฝ่ายเพื่อนำมาพัฒนาเพิ่มความสามารถของฝ่ายรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Miller (1992) ให้ความหมายว่า พลังอำนาจ คือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน เป็นความสามารถที่มีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจสำหรับบุคคล ซึ่งรูปแบบของพลังอำนาจมีอยู่ 7 แหล่ง ได้แก่ ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม อัตมโนทัศน์เชิงบวก พลังงาน ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา แรงจูงใจ และระบบความเชื่อ

Zimmerman (1995) ให้ความหมายว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการของการมีส่วนร่วมในการกระทำ เพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากร หรือความสามารถที่จะเพิ่มการควบคุมต่อชีวิตของบุคคลและบรรลุเป้าหมายที่สำคัญของชีวิต เป็นการส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ทักษะและพัฒนาความรู้สึกถึงความสามารถของตนเองในการควบคุมผลของปัญหาที่มีต่อการดำรงชีวิต

Gibson (1995) ให้ความหมายว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของบุคคลที่จะใช้พัฒนาและใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน เป็นการเพิ่ม

ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง และสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล

อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย (2541) ให้ความหมายว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพยายามที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่นผูกพันและมุ่งหวังให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำภารกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จ อย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในการที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ยึดมั่นต่อตนเองหรือหน่วยงานเพื่อให้สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง บุคคลจะต้องเชื่อมั่นในตนเองว่าตนเองสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้สำเร็จ บุคคลต้องได้รับการส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิดและมีอิสระในการตัดสินใจกระทำต่างๆ ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนา และเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของตนเอง เป็นการส่งเสริมความสามารถของบุคคล ทำให้เกิดความรู้สึก มั่นคง มั่นใจ มีความเชื่อมั่นเป็นตัวของตัวเอง สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่กว้าง มีผู้ให้คำจำกัดความและนำไปประยุกต์กับประชากรและสถานการณ์ที่หลากหลาย ซึ่งมีพื้นฐานมาจากความเชื่อในความสามารถ หรือความรู้ความชำนาญของบุคคล หรือการช่วยให้บุคคลได้มาซึ่งความรู้สึกของพลังที่จะควบคุมชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง เป็นการใช้ความสามารถเพื่อพัฒนาความพึงพอใจทางบวกของการดำเนินชีวิต (Jane, 1991 อ้างถึงในสมคิด ตรีราภิ, 2545) ต่อมา มีการนำแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในวิชาชีพพยาบาลมากขึ้น โดยเฉพาะองค์ที่ให้ความสำคัญกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในองค์กร การเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคลากรพยาบาลเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้องค์กรพยาบาลประสบความสำเร็จ (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์, 2539) นอกจากนี้ยังนำมาใช้เสริมสร้างพลังอำนาจผู้รับบริการ เพื่อปรับเปลี่ยนการบริการให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้บริการ Gibson (1995) ได้ทำการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาที่ดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างชัดเจน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง และจะมีการตอบสนองของบุคคลทางด้านอารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม

การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึง



ปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิดกกังวล ภาวะกระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ ความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่บุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากมีการเปลี่ยนความคิด โดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาที่จะมีอาการดีขึ้นได้ แต่อาจต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วยซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางสติปัญญา (cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสีย ความรู้สึก ความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ การถามจากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ

การตอบสนองทางพฤติกรรม (behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ขณะนี้ มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการการดูแลคืออะไร เกิดความเข้าใจในการดูแล และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าการวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่าถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่ดี ปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้น บุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกอย่างเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์สถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจ และจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสถานการณ์

จริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ซึ่งความคับข้องใจนี้จะนำไปสู่การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งเป็นการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจและช่วยให้เผชิญกับความจริง

3. การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ (Taking Charge) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งในการตัดสินใจลงมือปฏิบัติจะมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งเหล่านี้ ได้แก่

การปกป้อง (Advocating for child) โดยคิดว่าการให้การดูแลเป็นการปกป้องตนเอง เป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นสิ่งที่คิดว่าทำแล้วเป็นผลดีก็จะทำ

การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (Learning the rope) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจากประสบการณ์เดิมและการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพ

การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning to persist) โดยไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจในการดูแลตนเอง พยายามทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ตนเอง

การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (Driving negotiation in the hospital) โดยคิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษา การได้นำปัญหาของผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพ หากเป็นที่ยอมรับ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ

การมีส่วนร่วม (Establish partnership) ความต้องการการมีส่วนร่วมในการรักษา และการตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ จากการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหากับทีมสุขภาพ การทำงานเป็นทีม จะช่วยให้เกิดการตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ (Holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ เมื่อนำวิธีที่เลือกไปปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้นเพื่อใช้ในครั้งต่อไป

#### 5.2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Gibson (1995) กล่าวว่าปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจคือความมุ่งมั่นทุ่มเท (commitment) ความผูกพัน (bound) และความรัก (love) ของบุคคลต่อเรื่องนั้นๆ โดยมี

ความคับข้องใจ ความขัดแย้ง ปัญหาหรืออุปสรรคเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่างๆของกระบวนการ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่

#### 1. ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factors) ประกอบด้วย

ค่านิยมของตนเอง มีความรักในตนเอง เป็นปัจจัยพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

ความเชื่อ ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรคและความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแล หรือเชื่อว่าการให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพจะทำให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความหวัง มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี

เป้าหมายในชีวิต เกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆเพื่อไปสู่เป้าหมาย โดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกขั้นตอน

ประสบการณ์ส่วนบุคคล จะเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคคลได้ทบทวนก่อนนำไปปฏิบัติ เป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆที่ผ่านมา และประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษา อ่านตำรา วารสารต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการและควบคุมสถานการณ์

#### 2. ปัจจัยภายนอกบุคคล (Interpersonal factors) ประกอบด้วย

การสนับสนุนทางสังคม (social support) สมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง ทีมสุขภาพที่มีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ แผนการรักษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม บรรยากาศที่ดี ความช่วยเหลือ และความปรารถนาดีต่อกัน ตลอดจนการได้รับบริการส่งต่อในชุมชน หรือการดูแลที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพและผู้ดูแลด้วยตนเอง การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แหล่งสนับสนุนต่างๆ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น รวมทั้งปัจจัยด้านบุคคล บุคคลต้องยอมรับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ รวมทั้งยึดมั่นในการที่จะปฏิบัติร่วมกัน ปัจจัยด้านเวลา ปัจจัยด้านปรัชญาและความเชื่อเกี่ยวกับพลังอำนาจ

#### 5.2.3 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพียงช่วงเวลาอันสั้น เมื่ออาการทุเลาก็จะถูกจำหน่ายให้กลับสู่ชุมชน โดยเร็วที่สุด จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลหรือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมทั้งความสามารถในการใช้

ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกรู้สีกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ ดังนั้นการที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้น จึงมีแนวทางที่ควรยึดถือและนำไปปฏิบัติคือ (Gibson, 1991 อ้างถึงใน จารุวรรณ จินตางคกุล, 2541, อัมราภรณ์ ภูระยา, 2551)

5.2.3.1 ภาวะสุขภาพของบุคคล บุคคลมีหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเอง แม้ว่าแพทย์ พยาบาลมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคลนั้น แต่กลับต้องให้ความเคารพในสิทธิของบุคคลต่อการมีภาวะสุขภาพ

5.2.3.2 บุคคลต้องการการยอมรับในการเป็นผู้ใหญ่และสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง บุคคลมีความสามารถที่จะตัดสินใจ และกระทำในสิ่งที่ดีของตนเอง แม้ว่าบางครั้งอาจต้องอาศัยข้อมูลหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างก็ตาม บุคคลมีศักยภาพที่จะแสดงให้ทราบว่าอะไรทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสามารถวางจุดหมายของตนเอง

5.2.3.3 การดูแลสุขภาพโดยพยาบาล ไม่สามารถไปเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคคลได้ บุคคลเท่านั้นที่สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง ในขณะที่พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือให้เกิดความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและรู้จักใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งจะส่งเสริมความสามารถในการควบคุม และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

5.2.3.4 พยาบาลต้องให้ความเป็นอิสระในการควบคุมและนำมาใช้ในการปฏิบัติตน ที่จำเป็นในชุมชน ต้องมีสำนึกในเรื่องอิสรภาพ ต้องให้คุณค่าของการปฏิสัมพันธ์ของผู้รับบริการและเตรียมพร้อมที่จะยอมรับการตัดสินใจของผู้รับบริการ ซึ่งแตกต่างจากการตัดสินใจของพยาบาลและพยาบาลจำเป็นต้องยอมรับการปฏิเสธความช่วยเหลือ ความสำเร็จนั้นไม่สามารถทำให้ชัดเจนในทางเดียวได้ ต้องกำหนดโดยบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

5.2.3.5 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เกิดขึ้นได้มาจากความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน การยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่ใช่ลักษณะการมองว่าฝ่ายหนึ่งด้อยกว่าหรือไม่มีศักยภาพ ในขณะที่อีกฝ่ายดีกว่าหรือมีศักยภาพมากกว่า ปฏิสัมพันธ์จะเกิดประโยชน์ซึ่งกันและกัน มีการแบ่งปันของอำนาจ ผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความร่วมมือเป็นอย่างยิ่ง

5.2.3.6 ความไว้วางใจ เป็นสภาพการณ์ที่สำคัญมากในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้รับบริการได้มีประสิทธิภาพนั้น พยาบาลควรมีบทบาทดังนี้ (Gibson, 1991 อ้างถึงใน จารุวรรณ จินตมางค, 2541)

- 1) เป็นผู้ช่วยเหลือ (Helper)
- 2) เป็นผู้ประคับประคอง (Support)
- 3) ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor)
- 4) ผู้สอน (Educator)
- 5) เป็นแหล่งรับคำปรึกษา (Resource consultant)
- 6) เป็นแหล่งรวบรวม (Resource mobilizer)
- 7) ผู้ให้ความสะดวก (Facilitator)
- 8) ผู้เสริมสร้าง (Enabler)
- 9) ผู้สนับสนุน (Advocate)

#### 6. กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากแนวคิดพื้นฐานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ที่เชื่อว่า บุคคลจะได้รับความช่วยเหลืออย่างดี จากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน โดยสมาชิกจะร่วมกันอภิปรายถึงความรู้สึก ให้ข้อมูล ข่าวสาร ทั้งที่ได้จากประสบการณ์ตรง และที่ได้จากการแสวงหา นำมาช่วยเหลือสมาชิกในการ ปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง จึงเป็นวิธีการหนึ่งในการช่วยเหลือบุคคลตาม แนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหา ความเครียด หรือภาวะวิกฤติมาแล้ว จะเป็นแบบอย่างแก่บุคคลอื่น ที่มีปัญหาประเภทเดียวกัน อยู่ใน สภาพแวดล้อมหรือสังคมที่คล้ายกัน (Corey and Corey, 1992) เป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของ บุคคลที่มีปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกันมารวมตัวกันด้วยความสมัครใจและใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยกัน แก้ปัญหาซึ่งกันและกัน กลุ่มเป็นของสมาชิก กิจกรรมต่างๆ ดำเนินการโดยสมาชิกเพื่อสมาชิก

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งจุดสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือความเชื่อมั่นในความแข็งแกร่งของบุคคลที่จะพัฒนา เป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์การมีส่วนร่วมและการได้รับความรู้ (Dunst and Trivette, 1996 cited in Hulme, 1999) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมุ่งเน้น ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับทีมรักษาพยาบาลในการวางแผนดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้และทักษะการ ดูแลที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ สมคิด ตริราภิ (2545) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการ

เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ทางการเสริมสร้างพลังอำนาจคือเข้าใจถึงการเจ็บป่วยทางจิตเวชและการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

ดังนั้นการศึกษาเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยใช้รูปแบบการดำเนินกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) เป็นแนวคิดหลักของการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีลักษณะปัญหาหรือประสบการณ์คล้ายคลึงกันมารวมตัวกันด้วยความสมัครใจเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ สนับสนุนซึ่งกันและกันรวมทั้งร่วมกันค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยอาศัยประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่มที่สามารถแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาแล้วได้สำเร็จ โดยมีบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลช่วยให้เกิดการรวมตัว อำนวยความสะดวก ชี้แนะแนวทาง เป็นแหล่งความรู้ให้กับกลุ่ม และรูปแบบที่ใช้ในการดำเนินกลุ่มแบ่งเป็น 3 ระยะเวลาคือ 1) ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่มมาผสมผสานกับแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) โดยใช้หลักการว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนา และเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ทำให้เกิดความรู้ที่มั่นคง มั่นใจ มีความเชื่อมั่นเป็นตัวของตัวเอง สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ สร้างเป็นกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เนื่องจากให้ความรู้ การมีส่วนร่วม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมลดภาระการดูแลได้ทั้งภาระเชิงประนัยและอัตรนัย ผู้วิจัยนำมาดำเนินการในรูปแบบของกิจกรรมดังนี้

### **ระยะที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ**

**สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1** การสร้างความรู้จักคุ้นเคย เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกด้วยกัน ได้ทำความรู้จัก คุ้นเคยกัน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม ให้เกียรติและยอมรับในการตัดสินใจ ให้ความสำคัญกับสมาชิกกลุ่มในการมีส่วนร่วมและรับผิดชอบต่อการรักษา ส่งเสริมให้สมาชิกแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ และเปิดเผย โดยวิจัยจะต้องสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้สัมพันธภาพภายในกลุ่มดำเนินไปด้วยดี และบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม อธิบายให้สมาชิกเข้าใจในจุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์และรูปแบบการดำเนิน

กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม ประโยชน์จากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง อธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจตรงกันว่ากิจกรรมและการพูดคุยปัญหาต่างๆของสมาชิกในกลุ่มจะเกิดขึ้นในขณะที่ทำกลุ่มเท่านั้น จะไม่นำเอาข้อมูล เรื่องราวที่เกิดขึ้นในกลุ่ม ไปพูดภายนอกกลุ่มเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่มแล้ว รวมถึงการทำความเข้าใจกับสมาชิกในเรื่องการกำหนดระยะเวลาสิ้นสุดของการทำกลุ่ม และให้สมาชิกคัดเลือกผู้นำกลุ่มจากสมาชิกผู้ดูแลด้วยกันมา 1 คนเพื่อเป็นผู้นำกลุ่มและดำเนินกิจกรรมกลุ่มในครั้งต่อไป

## **ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ**

**สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2** การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภทและระบายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแล การรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกันระบายความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์การดูแลทั้งทางบวก และทางลบ ให้ผู้ดูแลสำรวจอารมณ์ ความรู้สึก การแสดงออกต่อผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การดูแลรักษา โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทและภาระการดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และรับรู้ภาระการดูแลที่แต่ละคนได้รับมา

**สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3** การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจากการสะท้อนคิดและสถานการณ์ เป็นระยะพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล โดยผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวถึงเหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแล แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยและความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิด ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา เช่นเดียวกับ Hawks (1992 อ้างถึงใน สมคิด ตรีราภิ, 2545) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยพัฒนาทัศนคติ ทำให้เกิดความพึงพอใจในสิ่งที่กระทำอยู่ และเกิดความพอใจในแนวทางการดำเนินชีวิตของตนเอง รวมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ความรู้สึกของผู้ดูแล ฝึกทักษะการเผชิญปัญหา รู้จักวิธีการผ่อนคลายความเครียด และการแลกเปลี่ยนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่เกิดจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในผู้ดูแล

**สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4** แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเน้นการนำไปปฏิบัติ โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประสบการณ์ในการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการแสดงออกและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย และให้สมาชิกเขียนแนวทางการดูแลที่ตนสนใจและนำไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ตรงสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการตัดสินใจ รู้สึกมีพลังในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน มีความหวังในชีวิตมากขึ้น มีความสุขและความพึงพอใจ ความรู้สึกถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมและการที่ตนเป็นผู้ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมเช่นกัน

**สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5** เสริมสร้างความเชื่อมั่นและผลการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาให้เกิดความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป โดยผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายถึงผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวมทั้งหาแนวทางแก้ไข ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ กระตุ้นให้สมาชิกร่วมกันเสริมสร้างความมั่นใจว่าสามารถจัดการปัญหาต่างๆได้ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แสวงหาแหล่งช่วยเหลือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล สนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ตามแนวคิดของ Gibson (1995) นั้น ปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่ การมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะสนองความต้องการของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การรับรู้ถึงการพัฒนาตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิต เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาหรือดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ (Pfiater-Minoque, 1983; Stapleton, 1983 อ้างถึงใน พนารัตน์ เจนจบ, 2542)

### **ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม**

**สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 6** การสรุปกิจกรรมกลุ่ม เป็นการสรุปผลจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด โดยให้สมาชิกได้มีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็นสรุปผลการนำสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่มไปปฏิบัติทั้งต่อการดูแลตนเองและการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ให้สมาชิกบอกเล่าผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้วิจัยสรุปผลและยุติการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ



สรุปการบูรณาการแนวคิดการจัดแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	แนวคิดหลัก	วิธีการบูรณาการ
<p>ระยะที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธ์ภาพ</p> <p>กิจกรรมที่ 1 เริ่มต้นกิจกรรมและการสร้างสัมพันธ์ภาพ</p>	<p>- การสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่มและสมาชิกกลุ่มด้วยกัน เกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ช่วยให้อ้าใจเปิดเผยข้อมูล ระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งการแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผยจะนำไปสู่การยอมรับ มีความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีในการเข้าร่วมกลุ่ม (Marram, 1978)</p>	<p>- การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด โดยให้สมาชิกได้ทำความรู้สึกสร้างความคุ้นเคย</p> <p>- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการปฏิบัติตัว รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม</p> <p>- เปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกที่มีต่อเพื่อนสมาชิกและการมาเข้ากลุ่ม</p>
<p>ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (กิจกรรมที่ 2-5)</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและระบายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p>	<p>- สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางอารมณ์ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แนวทางการแก้ไขปัญหายอมรับปัญหา หาแนวทางการแก้ไขและเลือกวิธีแก้ไข สมาชิกได้แสดงบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ ทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีคุณค่าและศักดิ์ศรีมากขึ้น เป็นระยะระดมพลังของทุกคนมาแก้ไขปัญหา (Marram, 1978)</p>	<p>- การระบายความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์การดูแล อภิปรายผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>- เปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>- การแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท</p> <p>- สนับสนุนข้อมูลและความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่ถูกต้อง เพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ครอบคลุม</p>

สรุปการบูรณาการแนวคิดการจัดแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	แนวคิดหลัก	วิธีการบูรณาการ
<p>กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจากการสะท้อนคิดและสถานการณ์</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การค้นพบสถานการณ์จริง เป็นการพยายามให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง จะมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (Gibson, 1995)</li> <li>- การสะท้อนคิดอย่างมีวิจักษณ์ญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม</li> <li>- การค้นพบปัญหา สภาพการณ์จริง ช่วยให้ประเมินปัญหาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ และเกิดความเข้าใจชัดเจน</li> <li>- บุคคลจะต้องเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งในตนเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถจัดการหรือแก้ไขปัญหากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้</li> <li>- การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางและสามารถเลือกวิธีการจัดการกับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ตัวผู้ป่วยและความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการตระหนักคุณค่าในตนเอง และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิด ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมา</li> <li>- การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ความรู้สึก ฝึกทักษะการเผชิญปัญหา เทคนิคการผ่อนคลาย ความเครียด ที่เกิดจากประสบการณ์การดูแล</li> <li>- การให้กำลังใจ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม</li> </ul>

สรุปการบูรณาการแนวคิดการจัดแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	แนวคิดหลัก	วิธีการบูรณาการ
<p>กิจกรรมที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเน้นการนำไปปฏิบัติ</p>	<p>ความเครียดได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดความรุนแรงของความเครียด มีสุขภาพจิตที่ดี</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น</li> <li>- การสร้างความรู้สึกร่วมร่วมในการดูแล การตัดสินใจในการรักษา จะทำให้นักคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์</li> <li>การมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหาเกี่ยวกับทีมสุขภาพ การทำงานเป็นทีมช่วยให้การตัดสินใจเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้นักคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลการแก้ปัญหาที่พบจากการดูแลโดยผู้ที่มีประสบการณ์ตรง และร่วมกันหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมและปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง</li> <li>- การให้กำลังใจ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม</li> </ul>
<p>กิจกรรมที่ 5 เสริมสร้างความเชื่อมั่นและผลการปฏิบัติ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ นำวิธีที่เลือกปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ บุคคลจะมีความรู้สึกรับประกันใจ มีพลังอำนาจ มีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้นเพื่อใช้ในครั้งต่อไป</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การอภิปรายผลการนำไปปฏิบัติ และร่วมกันวิเคราะห์ ปรับปรุงแนวทางในการดูแล</li> <li>- การสร้างกำลังใจและความเชื่อมั่นเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างดีต่อไป</li> </ul>

สรุปการบูรณาการแนวคิดการจัดแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	แนวคิดหลัก	วิธีการบูรณาการ
ระยะเวลาที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดของ การทำกลุ่ม กิจกรรมที่ 6 การสรุป กิจกรรมกลุ่ม	- การสรุปประสบการณ์ทั้งหมด ในการทำกลุ่ม ให้สมาชิกกลุ่ม ประเมินความก้าวหน้า ความ เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีของ ตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม	- การทบทวนความรู้ และสรุปผล จากการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ทั้งหมด - การให้กำลังใจกัน เสริมสร้าง แรงจูงใจเพื่อคงไว้ซึ่งความ เชื่อมมั่นในการดูแลผู้ป่วยต่อไป - เสริมสร้างแรงจูงใจให้เกิดการ รวมกลุ่มต่อไป เพื่อเป็นแหล่ง สนับสนุนทางสังคมอีกทางหนึ่ง

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โปรยทิพย์ กสิพันธ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช อยู่ในประเภทผู้ป่วยบำบัดระยะยาว ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดจำนวน 70 คน แล้วจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็นคู่ (Matched pair) ในแต่ละคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด รวมได้ 18 คู่ และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มด้วยการจับสลากเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ซึ่งผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั้งรายรวมและรายด้านหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั้งรายรวมและรายด้านหลังการทดลองระหว่างผู้ป่วยจิตเวชที่ได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองกับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรวรรณ แพนคง (2547) ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ที่ศึกษาในผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม มีระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในลักษณะเครือญาติ ซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอ

อินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 10 ราย พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกลึกมีภาระหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ต่ำกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุทธีณี พักวิสัย (2545) ศึกษาผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ที่ศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมข้างเดียวหรือสองข้าง และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ครั้งที่ 1-8 แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายหลังเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนเข้ากลุ่ม

บุศกร กลิ่นอวล (2549) ศึกษาผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติกรดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลหลังการทดลองทันทีสูงกว่าระยะก่อนและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นภัศวรณ แก้วหลวง (2545) ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรและความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ผลการศึกษาพบว่าในระยะหลังการทดลองค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สูงกว่ามารดาที่ได้รับบริการสุขภาพตามวิธีปกติของโรงพยาบาล และคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง สำหรับความเครียดของมารดา ในระยะหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดา หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่ำกว่ากลุ่มมารดาที่ได้รับบริการตามปกติของโรงพยาบาล และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดา หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

จิราพร รักการ (2545) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 30 ผลการศึกษาพบว่า การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดรุณี คชพรหม (2543) ศึกษาการผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วย

นอก โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททดลองภายหลังได้รับ กลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษามีภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิง อัตนัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปาณิสรา เกษมสุข (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะการ ดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นบุคคลใน ครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ที่นำผู้ป่วยมารับการ รักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังการทดลอง ภาวะการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแล ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อ ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษา แบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 30 คน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล ผล การศึกษาพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองภายหลังใช้ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมคิด ตริราภิ (2545) ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อศึกษาภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชของผู้ป่วย นอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 26 คน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการใช้โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจ ภาวะการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าก่อนเข้า โปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รจนา ปุณ โณทก (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ

อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล และรายได้ของผู้ป่วย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนเท่ากับ .318, -.285, -.214, -.333 และ -.228 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลคือ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย การรับรู้ ความรุนแรงของโรค และความต้องการของผู้ดูแล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนเท่ากับ .230, .443, .311 ตามลำดับ

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อ ภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียวคนหนึ่ง ที่พาผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 40 คน พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ทูลกา บุญผาสังข์ (2545) ศึกษาภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับ เข้ารักษาซ้ำของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มา รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่าภาวะเชิง ปรนัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วน ภาวะเชิงอัตนัยไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการ ดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 และพบว่าภาวะเชิงปรนัยและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลสามารถทำนาย การกลับเข้ารับรักษาซ้ำได้ร้อยละ 23.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อัมราภรณ์ ภูระงษ์ (2551) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมี ส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษาชุมชนวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรม การดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่ม ที่ได้รับการดูแลตามปกติที่บ้าน

Magliano et al. (1998) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาใน ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 236 ราย ที่อาศัยอยู่ใน 5 ประเทศของทวีปยุโรป ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะซึ่งอธิบายได้

ว่าครอบครัวจะมีการรับรู้ภาวะในระดับสูง และมีการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพเมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคม และแนะนำว่าควรมุ่งเน้นการปฏิบัติการกับครอบครัวเพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคม และลดความรู้สึกเป็นตราบาป

Bickman, Leonard et al. (1989 อ้างถึงใน สมคิด ตริราภิ, 2545) ศึกษาผลลัพท์ระยะยาวของการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวผู้ดูแล (Long term outcome to family caregiver Empowerment) เป็นการศึกษาเพื่อประเมินผลโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล ซึ่งโครงการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมในการรักษาเด็กที่ป่วยทางจิตเวช โดยใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการด้านสุขภาพจิต มีการประเมินผลระยะยาว 1 ปี ระยะปานกลาง 3 เดือน และจากการประเมินผลระยะปานกลางพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อความรู้ของผู้ดูแลและมีความเชื่อในศักยภาพของตนเองที่มีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ

Stewart et al. (2002) ศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในการลดภาระการดูแล และความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 24 คน ที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกรู้สึกมีภาระและความเครียดลดลง

Chien, Chan and Thompson (2006) ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในครอบครัวชาวจีนที่ผู้ป่วยโรคจิตเภท การติดตามผลเป็นเวลา 18 เดือน เพื่อตรวจสอบผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในครอบครัวชาวจีนที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเปรียบเทียบกับผลที่ได้จากการให้ความรู้ด้านจิตวิทยา และการให้การดูแลตามปกติ โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ฮ่องกง จำนวน 96 ครอบครัว โดย 32 ครอบครัวเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง 33 ครอบครัวได้รับความรู้ด้านจิตวิทยา และ 31 ครอบครัวได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาระการดูแลของกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .007 จากครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนของกลุ่มที่ได้รับความรู้ด้านจิตวิทยา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบกับอีก 2 กลุ่ม นอกจากนี้คะแนนการทำหน้าที่ของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติแยกลงอย่างเห็นได้ชัดในครั้งที่ 3 ช่วงเวลาเฉลี่ยของการกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 3 ช่วงเวลานี้ลดลงเพียงเล็กน้อยในกลุ่มที่ได้รับความรู้ด้านจิตวิทยา ขณะที่ค่านี้เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

Yamashita (1996) ศึกษาผลของการทำกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 14 คน พบว่าผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคสามารถให้



การดูแลผู้ป่วย และมั่นใจในบทบาทของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ความเครียดลดลงและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้

Chien (2008) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกันของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทชาวจีน จำนวน 68 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 34 ครอบครัว ทำการวัดผลหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน และ 1 ปี ซึ่งผลการศึกษาพบว่าคะแนนภาวะการดูแลของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกันต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Marram (1978) และ Gibson (1995) มี 3 ระยะ 6 กิจกรรมดังนี้

### ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 เริ่มต้นกิจกรรมและสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่มและระหว่างสมาชิกด้วยกันเพื่อให้เกิดความไว้วางใจกัน

### ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและระบายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแล เพื่อให้สมาชิกรับรู้และยอมรับความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจากการสะท้อนคิดและสถานการณ์ มุ่งให้เกิดพลังในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเน้นการนำไปปฏิบัติ โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และให้สมาชิกเขียนแนวทางการดูแลที่ตนสนใจและนำไปสู่การปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5 เสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

### ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 6 การสรุปกิจกรรมกลุ่ม เป็นการสรุปผลการนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มไปปฏิบัติรวมทั้งผลที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ภาระการดูแล  
ของผู้ดูแล 2  
ด้าน

(Montgomery  
et al, 1985) คือ

-ภาระเชิงอัตนัย  
(Subjective  
burden)

-ภาระเชิงปรนัย  
(Objective  
burden)

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ครั้งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental reserch) ดำเนินการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design)(Polit and Hungler, 1999) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม

O<sub>1</sub> หมายถึงการวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

O<sub>2</sub> หมายถึงการวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

O<sub>3</sub> หมายถึงการวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับการดูแลตามปกติ

O<sub>4</sub> หมายถึงการวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลตามปกติ

X หมายถึงให้การทดลองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาหรือรับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แขนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภากาศ โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Inclusion Criteria) จำนวน 30 คน แบ่งเป็นทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามิ ภรรยา พี่ น้อง บุตร หรือญาติที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย และไม่ได้รับค่าจ้างหรือรางวัลตอบแทนใดๆ

2. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการกลับเป็นซ้ำภายใน 6 เดือน
  3. มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม
  4. มีอายุ 20 - 60 ปี ทั้งชายและหญิง
  5. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูด และการมองเห็น
  6. สามารถอ่าน เขียนหนังสือ และสามารถสื่อสารได้สะดวก
  7. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้
- เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้
1. มีโรคแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง
  2. ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม (Drop out)

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (รัตนศิริ ทาโต, 2552) โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองของ จิราพร รักการ (2549) เรื่อง ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 90 % ที่ระดับนัยสำคัญ  $\alpha = .05$  ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 14 คน รวมเป็น 28 คน ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนกลุ่มควบคุม 15 คน

#### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งทำหน้าที่ประจำคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภากาศ เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภากาศ
2. ดำเนินการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วงเวลาที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน แบบเจาะจง
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ และอธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเช่นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
4. ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (matched pair) ให้มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการวิจัยครั้งนี้

ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวเนื่องจากตัวแปรทั้งสองตัวมีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Montgomery, 1985) แบ่งเป็นกลุ่มละ 15 คน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าพบ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย และสอบถามความสมัครใจ อธิบายถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอเป็นภาพรวมในรูปของผลการวิจัยเท่านั้นและกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือแบบประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง การจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เช่นขั้นตอนการจัดกลุ่ม เนื้อหาที่จะสนทนากันในกลุ่ม และศึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

ซึ่งเป็นต้นเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับของภาระในการดูแลของผู้ดูแลที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกขาดพลังอำนาจ

1.2 สร้างแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนและการเสริมสร้างพลังอำนาจ นำแนว คิดต่างๆ ที่ได้ศึกษาค้นคว้าจากการทบทวนวรรณกรรมมากำหนดโครงสร้างเนื้อหา โดยใช้แนวคิดการทำกลุ่มของ Marram (1978) และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ที่เน้นให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการส่งเสริมความมีคุณค่าของบุคคล ความมีอำนาจ การสร้างความหวังและกำลังใจ ประกอบด้วย 3 ระยะ 6 กิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ระยะที่ 1                   ระยะสร้างสัมพันธภาพ**

**กิจกรรมที่ 1            เริ่มต้นกิจกรรมและการสร้างสัมพันธภาพ**

**ระยะเวลา               60-90 นาที**

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยไว้วางใจระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบวัตถุประสงค์และข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม รูปแบบการดำเนิน

กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. สมาชิกได้ทำความรู้จักกันและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. สมาชิกกลุ่มทราบวัตถุประสงค์ ข้อตกลงในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริม

สร้างพลังอำนาจ

**สาระสำคัญ**

การสร้างความรู้จักคุ้นเคยเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกัน ได้ทำความรู้จัก คุ้นเคยกัน เพื่อให้เกิดความไว้วางกันในกลุ่ม มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม ให้เกียรติและยอมรับในการตัดสินใจ หากสมาชิกกลุ่มมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการทำกิจกรรมกลุ่ม จะทำให้มีความต้องการและความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น และผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง แนะนำสมาชิกภายในกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม ข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม โครงสร้าง และรูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองการเสริมสร้างพลังอำนาจ ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป และให้สมาชิกทำกิจกรรมเพื่อสร้างความรู้จักคุ้นเคย

## สื่อและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1 ตามหาเพื่อน
2. โปสเตอร์แสดงวัตถุประสงค์ รูปแบบ และข้อตกลงในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

## กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มและแนะนำตนเองแนะนำผู้ช่วยผู้นำกลุ่มแก่สมาชิกในกลุ่ม
2. ให้สมาชิกทำความรู้จักกัน โดยใช้กิจกรรมตามหาเพื่อนดังนี้
  - แจกบัตรรูปภาพให้สมาชิกคนละ 1 แผ่น
  - ให้สมาชิกตามหาภาพจากเพื่อนมาต่อกับภาพของตนเองให้เป็นรูปภาพที่สมบูรณ์
  - เมื่อต่อภาพได้สมบูรณ์แล้วให้สลับกันสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของเพื่อนให้ได้มากที่สุด เช่น ถามชื่อ นามสกุล ชื่อเล่น อายุ ที่อยู่ อุปนิสัย ถามสิ่งที่ชอบ สิ่งที่ไม่ชอบ เป็นต้น ภายในเวลา 2 นาที
  - ให้สมาชิกแนะนำเพื่อนคนที่ได้ทำความรู้จักให้แก่สมาชิกในกลุ่ม
3. ผู้วิจัยแนะนำกลุ่มโดยอธิบาย
  - วัตถุประสงค์
  - รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
  - บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม
  - ข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละหัวข้อ
5. ให้สมาชิกคัดเลือกผู้นำกลุ่มจากสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยกันเอง เพื่อดำเนินกิจกรรมกลุ่มในครั้งต่อไป
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนบอกถึงความรู้สึกของตนที่มีต่อเพื่อนสมาชิกกลุ่มด้วยกัน และสิ่งที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม
7. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการเข้ากลุ่ม
8. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

## การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การแสดงความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมของสมาชิก

**ระยะที่ 2**            **ระยะดำเนินการ** ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2 – กิจกรรมที่ 5  
**กิจกรรมที่ 2**        การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและระบายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
**ระยะเวลา**            60-90 นาที

### **วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้สมาชิกรับรู้และยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและปัญหาเศรษฐกิจ
2. สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท

### **วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. สมาชิกสามารถอธิบายถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและปัญหาเศรษฐกิจ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. สมาชิกสามารถบอกสาเหตุ อาการ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทได้

### **สาระสำคัญ**

การระบายความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์การดูแล และอภิปรายถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เพื่อเป็นการพัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแล

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ และได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ถือว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้ป่วย มีกำลังใจดีขึ้นจากคนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแล มีความรู้สึกเป็นภาระลดลง

### **สื่อและอุปกรณ์**

1. โปสเตอร์แสดงประเด็นคำถาม “ความรู้สึกของท่านที่มีต่อการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท”
2. โปสเตอร์แสดงประเด็นคำถาม “ท่านได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร”
3. โปสเตอร์แสดงความหมายภาระการดูแล และประเภทของภาระการดูแล
4. โปสเตอร์แสดงความหมาย สาเหตุ อาการ และการรักษาโรคจิตเภท
5. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

### **กิจกรรม**

1. ผู้วิจัยทักทายและอธิบายวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม ระยะเวลาการทำกลุ่ม



2. ผู้วิจัยเชิญผู้นำกลุ่มโดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ผู้วิจัยสรุปความรู้สึกของสมาชิกและส่งเสริมความรู้สึกและทัศนคติที่เป็นบวกเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสำคัญของความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยจัดการกับความรู้สึกและทัศนคติที่เป็นลบ
4. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิตในสังคม และปัญหาเศรษฐกิจ
5. ผู้วิจัยให้สรุปถึงผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่สมาชิกเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
6. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความหมายของโรค สาเหตุ อาการ การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
7. ผู้วิจัยสรุปข้อมูลเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษาผู้ป่วยจิตเภท และให้ความรู้เพิ่มเติม
8. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับ โรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ผู้วิจัยตอบข้อซักถามและให้ข้อมูลเพิ่มเติม
9. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูลความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความรู้สึกที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม
10. ผู้วิจัยเพิ่มเติมส่วนที่ไม่ครอบคลุม
11. ผู้นำกลุ่มนำเสนอหัวข้อการทำกลุ่มและกำหนดการทำกลุ่มในครั้งต่อไป กล่าวปิดกลุ่ม

#### **การประเมินผล**

สังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การนำเสนอข้อคิดเห็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ และประสบการณ์ระหว่างสมาชิก โดยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมขณะเข้ากลุ่ม บรรยายลักษณะทำกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 3** การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจากการสะท้อนคิดและสถานการณ์

**ระยะเวลา** 60-90 นาที

#### **วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย ความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย และยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ

2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญของการมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและมีความรู้เรื่องวิถีคลายเครียด

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกได้ระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูล และบอกสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล

2. สมาชิกสามารถบอกความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย

3. สมาชิกบอกถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดวิธีต่างๆ และสามารถสาธิตได้

4. สมาชิกแสดงบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

### สาระสำคัญ

การรู้จักตนเองเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูล และระบายความรู้สึกที่มีต่อตนเอง และผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการตระหนักคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล เป็นระยะพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล โดยผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวถึงเหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแล แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ตัวผู้ป่วยและความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนมุมมองและแนวคิด ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมารวมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการอารมณ์ความรู้สึก ของผู้ดูแล ฝึกทักษะการเผชิญปัญหา รู้จักวิธีการผ่อนคลายความเครียด และการแลกเปลี่ยนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่เกิดจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลแต่ละคน

บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีและมีความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องเป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็งในตนเองจะต้องเป็นบุคคลที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถจัดการและแก้ไขปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะเข้าไปจัดการแก้ไข การรับรู้แบบนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการจัดการหรือหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่เกิดขึ้น การที่บุคคลรู้จักตนเองทั้งจุดเด่น จุดด้อยและข้อจำกัดของตนจะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความมีคุณค่าของตนเองซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความเข้มแข็งในตนเอง ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหรือความผันผวนต่างๆ ในชีวิตซึ่งจะทำให้เกิดการรับรู้ถึงภาระในการดูแลที่ลดลง

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทาง และสามารถเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดได้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความ

รุนแรงของความเครียด จิตใจสงบขึ้น มีสุขภาพจิตที่ดี และส่งผลให้มีการปรับตัวที่ดี มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา และมีความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น

### สื่อและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/1 เหตุผลและความรู้สึกที่ต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบงานที่ 3/2 วิธีการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล
3. โปสเตอร์แสดงประเด็นคำถาม “ความสำคัญของผู้ป่วยที่มีต่อผู้ดูแล และความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย
4. โปสเตอร์แสดงเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. โปสเตอร์แสดงความหมาย สาเหตุ ผลกระทบจากความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียด

6. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยทักทายและอธิบายวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม ระยะเวลาการทำกลุ่ม
2. ให้ผู้นำกลุ่มดำเนินกิจกรรม โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความรู้สึกที่ต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย โดยเขียนลงในใบงานที่ 3/1 ที่แจกให้แล้วนำเสนอทีละคน
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปราย
4. ผู้วิจัยสรุปเหตุผลและความรู้สึกที่ต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้ข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนข้อมูลความสำคัญของตนเองที่มีต่อจิตเภท
6. ผู้วิจัยสรุปความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
7. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีกำลังใจมากขึ้น
8. ผู้นำกลุ่มเปิด โอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียด โดยแจกใบงานที่ 3/2 “เมื่อเกิดความเครียดท่านมีวิธีการจัดการกับความเครียดนั้นอย่างไร” แล้วนำเสนอทีละคน
9. ผู้วิจัยกล่าวสรุปและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความหมายของความเครียด สาเหตุ ผลกระทบจากความเครียด และวิธีการผ่อนคลายความเครียด

10. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปรายและกล่าวชมเชยผู้ดูแลพร้อมทั้งเน้นถึงการตระหนักในคุณค่าของตนเองและความสำคัญของผู้ป่วย การยอมรับในตัวผู้ป่วย

11. ผู้นำกลุ่มนำเสนอหัวข้อการทำกลุ่มและกำหนดการการทำกลุ่มในครั้งต่อไป กล่าวปิดกลุ่ม

### การประเมินผล

สังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การนำเสนอข้อคิดเห็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และประสบการณ์ระหว่างสมาชิกโดยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมขณะเข้ากลุ่ม บรรยากาศขณะทำกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 4** แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเน้นการนำไปปฏิบัติ

ระยะเวลา 60-90 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมา และสมาชิกได้รับประสบการณ์ตรงสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกาย จิตใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. เพื่อให้สมาชิกมีข้อมูลในการตัดสินใจเลือกแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกร่วมกันระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ แสดงความคิดเห็นและร่วมกันหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. สมาชิกสามารถเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

3. สมาชิกเลือกแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยของตนเองที่บ้าน

4. สมาชิกแสดงบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

### สาระสำคัญ

การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยและกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับประสบการณ์ตรง และพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจนสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เป็นสิ่งช่วยใน

การตัดสินใจด้วยตนเองและลงมือปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายจากภาวะเครียด มีความมั่นใจในการตัดสินใจ มีความหวังในชีวิตมากขึ้น รู้สึกมีพลังในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสุขและความพึงพอใจสภาพทางด้านร่างกาย มีความรู้สึกถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมและการที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมซึ่งส่งผลถึงการรับรู้ภาวะการดูแลลดลง

### สื่อและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบงานที่ 4/2 แหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. โปสเตอร์ แสดงเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยทักทาย อธิบายวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม ระยะเวลาการทำกลุ่ม และให้สมาชิกที่ได้รับการเลือกให้เป็นผู้นำกลุ่มดำเนินการต่อ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา เช่น ผู้ป่วยคือ ไม่ยอมรับประทานยา ไม่ช่วยงาน แต่งกายไม่เหมาะสม ไม่สะอาด ร่วมเรียนรู้วิธีปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกต้อง
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับตน โดยให้สมาชิกแต่ละคนเขียนลงในใบงานที่ 4/1 โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นที่ปรึกษาคอยให้ความช่วยเหลือและให้ข้อมูลเพิ่มเติม
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลในประเด็น “เมื่อท่านเครียดหรือพบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ท่านได้รับการสนับสนุนหรือความช่วยเหลือจากใคร” ตามใบงานที่ 4/2
6. ผู้วิจัยสรุปแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่สมาชิกสามารถพึ่งพาได้และเพิ่มความรู้อแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม
7. ผู้วิจัยส่งเสริมการแนะนำการดูแลผู้ป่วย กลับไปทดลองปฏิบัติในระยะเวลา 4 วัน และนัดหมายกลับมาเล่าผลการปฏิบัติในครั้งต่อไป
8. ผู้นำกลุ่มนำเสนอหัวข้อการทำกลุ่มและกำหนดการการทำกลุ่มในครั้งต่อไป กล่าวปิดกลุ่ม

## การประเมินผล

สังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การนำเสนอข้อคิดเห็น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ และประสบการณ์ระหว่างสมาชิก การร่วมกันหาแนวทาง ข้อเสนอแนะและการช่วยเหลือกันในกลุ่มโดยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมขณะเข้ากลุ่ม บรรยายลักษณะทำกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 5** เสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ระยะเวลา 60-90 นาที

## วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป
2. เพื่อประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกสามารถบอกถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างดีที่สุดต่อไป
2. สมาชิกร่วมกันระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วมแสดงความคิดเห็น และหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. สมาชิกแสดงบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

## สาระสำคัญ

ความมุ่งมั่นในการดูแลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ แต่หากพบปัญหาในการปฏิบัติดูแลตามวิธีที่เลือกแล้ว พยาบาลและผู้ดูแลจะร่วมมือกันแก้ไขปัญหา และเมื่อการปฏิบัติดูแลตามวิธีที่เลือกนั้นประสบความสำเร็จ เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย บุคคลจะมีความรู้สึกมั่นใจ มีพลัง มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติและการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

## สื่อและอุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 5/1 ผลการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ใบกิจกรรมที่ 5/2 การวิเคราะห์และปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## กิจกรรม

1. ผู้วิจัยทักทายและอธิบายวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม ระยะเวลาการทำกลุ่ม

2. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกนำเสนอถึงผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหาอุปสรรค จากการปฏิบัติการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่นำไปปฏิบัติ
3. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกันวิเคราะห์และปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เหมาะสม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง
4. ผู้วิจัยสรุปเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้ข้อมูลเพิ่มเติม
5. ให้สมาชิกพูดถึงความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้นจากความตั้งใจในการดูแล
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกบอกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแล ณ ปัจจุบันที่เข้ากลุ่มกัน 4 ครั้งไปแล้ว และความเชื่อมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป
7. ผู้วิจัยสรุปความรู้สึกและผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น
8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดให้กำลังใจเพื่อนสมาชิกในกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
9. ผู้วิจัยกล่าวชมเชยให้กำลังใจสมาชิกและกล่าวถึงความเชื่อมั่นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่าจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดีต่อไป
10. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
11. ผู้นำกลุ่มนำเสนอหัวข้อการทำกลุ่มและกำหนดการการทำกลุ่มในครั้งต่อไป กล่าวปิดกลุ่ม

### การประเมินผล

สังเกตจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสาร การร่วมกันหาแนวทาง ข้อเสนอแนะและการช่วยเหลือกันในกลุ่ม การนำความรู้ที่ได้จากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองไปปฏิบัติการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ความสนใจและการมีส่วนร่วมภายในกลุ่ม

ระยะที่ 3           ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม

กิจกรรมที่ 6       การสรุปกิจกรรมกลุ่ม

ระยะเวลา         60-90 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้สมาชิกร่วมกันสรุปผลการนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มไปปฏิบัติ และผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

## วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

สมาชิกร่วมกันระบายความรู้สึก และผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

## สาระสำคัญ

การสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่มเป็นระยะสุดท้ายของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อเป็นการสรุปผลจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด และให้กำลังใจสมาชิกในการคงไว้ซึ่งความเชื่อมั่น และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป และสิ้นสุดสัมพันธภาพ

## สื่อและอุปกรณ์

ไม่มี

## กิจกรรม

1. ผู้วิจัยทักทายและอธิบายวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม ระยะเวลาการทำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายถึงความรู้สึกและผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญต่างๆ ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้ง 6 กิจกรรม
4. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญเพิ่มเติม และให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
5. ผู้วิจัยสรุปผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ พร้อมทั้งให้กำลังใจสมาชิกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป
6. เสริมแรงจูงใจให้เกิดการรวมกลุ่มต่อไป โดยผู้วิจัยเป็นแกนสนับสนุน
7. ขอบขอบคุณสมาชิก กล่าวลาเพื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

## การประเมินผล

สังเกตจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็นโดยสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ความสนใจและการมีส่วนร่วมภายในกลุ่ม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนผลงานวิจัยที่ผ่านมา ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับงานวิจัย แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช



จำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 คน และ พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยได้นำรายละเอียดของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหากิจกรรมรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

### 1.1 รูปแบบกิจกรรม

1.1.1 ใบบทความรู้ถ้าไม่ได้ทำเพื่อแจกสมาชิกผู้วิจัยสามารถพิมพ์ลงในเนื้อหาได้เลย และไม่ต้องเพิ่มใบบทความรู้ ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยพิมพ์ลงในเนื้อหาแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.1.2 ใบบทกิจกรรม ถ้าใช้เพื่อแสดงหัวข้อ อาจทำเป็นโปสเตอร์ 1 แผ่น แล้วคู่มือกันทั้งกลุ่ม ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยจัดทำโปสเตอร์แสดงหัวข้อ

1.1.3 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์แต่ละช่วง กิจกรรมที่ 3 และ 4 ไม่ควรมีหลายประเด็น อาจใช้เวลามากกว่าทำทีละประเด็นหรือ 2 ประเด็น ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยจัดประเด็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในแต่ละช่วงเป็น 1-2 ประเด็น เพื่อควบคุมเวลา และไม่สับสนในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

1.1.4 เนื้อหาในแต่ละกิจกรรมยังไม่เห็นว่ามีภาระกระตุ้นหรือดำเนินการให้สมาชิกส่งเสริมพลังอำนาจซึ่งกันและกัน หรือผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการส่งเสริมพลังอำนาจให้เอง ผู้วิจัยได้ปรับแก้เนื้อหาการดำเนินกิจกรรมให้แสดงถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งกันและกัน โดยสมาชิกเป็นผู้ดำเนินการเอง

1.2 กิจกรรมที่ 1 จำนวนสมาชิก 15 คน (1 กลุ่ม) จะมากไปหรือไม่ โอกาสที่จะรู้จักและไว้วางใจจะยากหรือไม่ ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 7 และ 8 คน

1.3 กิจกรรมที่ 2 วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม ให้สัมพันธ์กันในแต่ละขั้นตอน ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยปรับวัตถุประสงค์ เนื้อหา และกิจกรรมให้สอดคล้องกัน

1.4 กิจกรรมที่ 3 ปรับการเขียนแผน เนื้อหา ให้สัมพันธ์กันและทบทวนการใช้ กระดาน เขียนข้อความให้มีความเหมาะสม ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยเปลี่ยนกระดานข้อความเป็นใบงาน และปรับเนื้อหา กิจกรรมให้สัมพันธ์กัน

ควรเพิ่มกิจกรรมคล้ายเครือข่ายตนเอง ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยเพิ่มเนื้อเรื่องวิธีการคล้าย เครียดด้วยตนเอง และผู้วิจัยเสนอวิธีการคล้ายเครียดด้วยการฝึกหายใจ

1.5 กิจกรรมที่ 4 ปรับวิธีการเขียน วัตถุประสงค์ เนื้อหาให้สัมพันธ์กัน ระบุการใช้อุปกรณ์ ให้ชัดเจน ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยปรับการเขียน วัตถุประสงค์ เนื้อหา ชื่อกิจกรรมให้สัมพันธ์กัน และ จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นสื่อและอุปกรณ์ในการสอน

แหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ควรให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับขั้นตอนการใช้ บริการเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้ปรับแก้โดยเพิ่มเติมเนื้อหาส่วนแหล่งสนับสนุนทาง สังคมเมื่อผู้ดูแลพบปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

1.6 ควรแนะนำกลุ่มให้สามารถสร้างกลุ่มดูแลกัน ได้เมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยแล้ว อาจมี แนวทางที่กลุ่มช่วยกันคิดหรือมาพบพูดคุยกัน ผู้วิจัยได้แก้ไขปรับเนื้อหา คำพูดเพื่อส่งเสริมให้เกิด การรวมกลุ่ม โดยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวช หรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ อยู่ในชุมชนของตนให้เป็นผู้สนับสนุนในการรวมกลุ่ม

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแผนการดำเนินกิจกรรม กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ กับผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 5 คน โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำ แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มไปใช้ในด้านความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความ เหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้แผนการ ดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้ง 6 กิจกรรม พบว่าสมาชิกสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดี แต่บางกิจกรรมต้อง มีการอธิบาย ยกตัวอย่างเพิ่มเติม และปรับคำพูดเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น ระยะเวลาในการดำเนิน กิจกรรมที่กำหนดไว้ 45-60 นาที ไม่เพียงพอในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากสมาชิกแต่ละคน ต้องการที่จะเล่าประสบการณ์และระบายความรู้สึกของตนเองให้กลุ่มฟัง ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจาก การทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง เพื่อให้แผนการดำเนิน กิจกรรมกลุ่มมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

## 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) พัฒนาโดยนพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดภาระ 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัยมีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้

1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การทำงานเปลี่ยนแปลง เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด

2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10 และเป็นข้อความทางลบ 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

การวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กระทำโดยให้ผู้ดูแลตอบข้อคำถามในแต่ละข้อให้ตรงตามประสบการณ์ และความรู้สึกนึกคิด ของผู้ดูแลเองที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่า มากน้อยเพียงใด ซึ่งแบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่านำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถามดังนี้

	<u>ข้อความทางบวก</u>	<u>ข้อความทางลบ</u>
มากที่สุด	ได้ 1 คะแนน	ได้ 5 คะแนน
มาก	ได้ 2 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ได้ 3 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
น้อย	ได้ 4 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
น้อยที่สุด	ได้ 5 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาระแต่ละประเภทแยกกัน และภาระโดยรวมให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแล โดยใช้เกณฑ์การประเมินค่าคะแนนของ ประคอง วรรณสูตร (2542) และ Best (1970) โดยกำหนดค่าคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00	แสดงว่า	มีภาระการดูแลมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49	แสดงว่า	มีภาระการดูแลมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49	แสดงว่า	มีภาระการดูแลปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49	แสดงว่า	มีภาระการดูแลน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49	แสดงว่า	มีภาระการดูแลน้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดภาระการดูแลตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งได้พัฒนาโดยนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่จะใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 คน และพยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบการให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุดเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content validity) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.8 ขึ้นไป โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Hambleton et al., อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมได้เท่ากับ .96 และสามารถแยกเป็นรายด้านคือภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และ 1.00 ตามลำดับ ซึ่งในประเด็นอื่นๆที่มี

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมและเข้าใจง่ายขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

#### 1. แบบวัดภาวะเชิงอัตนัย

ข้อ 12 “ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน” แก้เป็น “ท่านกังวลว่าต่อไปในอนาคตผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่านดูแล”

#### 2. แบบวัดภาวะเชิงปรนัย

ข้อ 1 “การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน” แก้เป็น “การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน”

ข้อ 3 “เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น” แก้เป็น “เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว เพิ่มมากขึ้น”

ข้อ 4 “เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอาละวาด จะทำร้ายท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจนได้รับบาดเจ็บ” แก้เป็น “เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและอาละวาด ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจะถูกทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บ”

ข้อ 7 “การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมหรือชุมชนลดลง” แก้เป็น “การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมหรือชุมชนน้อยลง”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความตรงตามเนื้อหาที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547) ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อหาค่าความเที่ยงตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .86

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) และ Akey et al. (2000) พัฒนาโดยสมคิด ศรีราที (2545) มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งแบ่งหัวข้อการประเมินเป็น 6 ข้อ ดังนี้

1. การรับรู้และเข้าใจปัญหาของตน ได้แก่ข้อที่ 11 และ 13

2. การรับรู้ศักยภาพของตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญได้แก่ข้อที่ 3, 4, 10, 16, 17 และ 18

3. สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ข้อที่ 19 และ 20

4. มีความหวังและกำลังใจ ได้แก่ข้อที่ 5, 14 และ 15

5. รู้จักแหล่งประโยชน์และสามารถใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้แก่ข้อที่ 6, 7, 8, 9 และ 12

6. เชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้แก่ข้อที่ 1 และ 2

ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	5	ผู้ดูแลรับรู้พลังอำนาจในการดูแลมากที่สุด
มาก	4	ผู้ดูแลรับรู้พลังอำนาจในการดูแลมาก
ปานกลาง	3	ผู้ดูแลรับรู้พลังอำนาจในการดูแลปานกลาง
น้อย	2	ผู้ดูแลรับรู้พลังอำนาจในการดูแลน้อย
น้อยที่สุด	1	ผู้ดูแลรับรู้พลังอำนาจในการดูแลน้อยที่สุด

การแปลความหมายข้อมูล ให้ถือคะแนนของแต่ละบุคคลมากกว่าหรือเท่ากับ 60 คะแนน คะแนนเต็ม 100 คะแนน เป็นบุคคลที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และมีพลังที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ถ้ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนน้อยกว่า 60 คะแนนถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การทดลองผู้วิจัยและผู้ดูแลจะร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาพร้อมทั้งดำเนินกิจกรรมซ้ำใหม่จนกว่าจะผ่านเกณฑ์

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** จากศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าแบบประเมินพลังอำนาจตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) และ Akey et al. (2000) พัฒนาโดยสมคิด ตีรารักษ์ (2545) มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีความสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยและเป็นแบบประเมินที่ใช้วัดพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงและความตรง พบว่าแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 ส่วนความตรงไม่มีการแก้ไข และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ตามแนวคิดของ Gibson (1995) และ Akey et al. (2000) ซึ่งได้พัฒนาโดยสมคิด ตีรารักษ์ (2545) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน ได้แก่วิจิตแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 คน และพยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของเครื่องมือพร้อมชื่อ ที่อยู่ และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์การตรวจสอบการให้คะแนนความคิดเห็น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและเห็นด้วยน้อยที่สุดเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content validity) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.8 ขึ้นไป

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินพลังอำนาจได้เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมและเข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

ข้อ 1 “ท่านเชื่อว่าท่านมีพลังที่จะทำการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท” แก้เป็น “ท่านเชื่อว่าท่านสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท”

ข้อ 2 “ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลให้ผู้ป่วยดีขึ้น” แก้เป็น “ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการดีขึ้นได้”

ข้อ 3 “ท่านมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย” แก้เป็น “ท่านมีความสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้”

ข้อ 8 “ท่านรู้จักสถานที่ที่จะช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย” แก้เป็น “ท่านรู้จักสถานที่และบุคคลที่จะช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้”

ข้อ 9 “ท่านเข้าใจระบบการให้บริการของโรงพยาบาลแห่งนี้” แก้เป็น “ท่านเข้าใจระบบการให้บริการของโรงพยาบาลที่ท่านนำผู้ป่วยไปรับการรักษา”

ข้อ 10 “ท่านสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับทีมการรักษาพยาบาล” แก้เป็น “ท่านสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับทีมผู้รักษาพยาบาล”

ข้อ 12 “ท่านหาโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแลคนอื่น” แก้เป็น “ท่านหาโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแลคนอื่น”

ข้อ 18 “ท่านหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ” ก็เป็น “ท่านหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่เสมอ”

ข้อ 20 “ท่านสามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้” ก็เป็น “ท่านสามารถตัดสินใจปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพลังอำนาจที่มีความตรงของเนื้อหาที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อหาค่าความเที่ยงตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .77

### การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน คือขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้ โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ศึกษาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงในชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 6 หน่วยกิต และได้ทำการฝึกทักษะเกี่ยวกับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาเป็นเวลา 1 สัปดาห์

1.2 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 คน และพยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน (ตั้งรายนามในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา



1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม และได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 26 เมษายน 2554

1.4 เตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนภากาศ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำการวิจัยและเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอกโดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

1.5 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยกลุ่มในการเก็บรวบรวมข้อมูล และจัดบันทึกพัฒนาการของกลุ่มขณะดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดเป็นเวลามากกว่า 5 ปี โดยผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆ ในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ

1.6 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าพยาบาลและพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล จำนวน เวลา ในการจัดกิจกรรม ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบกิจกรรม จากนั้นแนะนำตัวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาหรือมารับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอกพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน จากนั้นให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการมารับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่ออธิบายจนเข้าใจแล้วจากนั้นให้เซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.8 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched - pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ คือ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวเนื่องจากตัวแปรนี้มีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Montgomery et al., 1985) แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched-pair) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	ความเพียงพอของรายได้	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
2	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
3	เพียงพอ	เพียงพอ
4	เพียงพอและเหลือเก็บ	เพียงพอและเหลือเก็บ
5	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
6	เพียงพอ	เพียงพอ
7	เพียงพอ	เพียงพอ
8	เพียงพอ	เพียงพอ
9	เพียงพอ	เพียงพอ
10	เพียงพอ	เพียงพอและเหลือเก็บ
11	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
12	เพียงพอ	เพียงพอ
13	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
14	เพียงพอ	เพียงพอ
15	ไม่เพียงพอ	ไม่เพียงพอ

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนภากาศ จัดให้มีขึ้นได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือ

ตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ห้องสอนสุขศึกษา คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภลัย สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จบครบ 6 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังนี้

**แผนกำหนดการในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ**

**ณ ห้องสอนสุขศึกษา คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภลัย**

<b>กิจกรรมที่ 1</b> เริ่มต้นกิจกรรมและการสร้างสัมพันธภาพ	กลุ่มที่ 1 (7 คน)	16 พ.ค. 54	เวลา 13.00-15.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (8 คน)	17 พ.ค. 54	เวลา 13.00-15.00 น.
<b>กิจกรรมที่ 2</b> การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภทและระบายความรู้สึของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มที่ 1 (7 คน)	23 พ.ค. 54	เวลา 13.00-15.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (8 คน)	24 พ.ค. 54	เวลา 13.00-15.00 น.
<b>กิจกรรมที่ 3</b> การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจากการสะท้อนคิดและสถานการณ์	กลุ่มที่ 1 (7 คน)	30 พ.ค. 54	เวลา 13.00-15.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (8 คน)	31 พ.ค. 54	เวลา 13.00-15.00 น.
<b>กิจกรรมที่ 4</b> แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเน้นการนำไปปฏิบัติ	กลุ่มที่ 1 (7 คน)	2 มิ.ย. 54	เวลา 13.00-15.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (8 คน)	3 มิ.ย. 54	เวลา 13.00-15.00 น.
<b>กิจกรรมที่ 5</b> เสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	กลุ่มที่ 1 (7 คน)	7 มิ.ย. 54	เวลา 13.00-15.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (8 คน)	8 มิ.ย. 54	เวลา 13.00-15.00 น.
<b>กิจกรรมที่ 6</b> การสรุปกิจกรรมกลุ่ม	กลุ่มที่ 1 (7 คน)	14 มิ.ย. 54	เวลา 13.00-15.00 น.
	กลุ่มที่ 2 (8 คน)	15 มิ.ย. 54	เวลา 13.00-15.00 น.

สรุปผลจากการดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้งดังนี้

ระยะที่ 1           ระยะสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 1       เริ่มต้นกิจกรรมและการสร้างสัมพันธภาพ

ระยะเวลา         60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยไว้วางใจระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบวัตถุประสงค์และข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม รูปแบบการดำเนิน

กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกได้ทำความรู้จักกันและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. สมาชิกกลุ่มทราบวัตถุประสงค์ ข้อตกลงในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มและแนะนำตนเองแนะนำผู้ช่วยผู้นำกลุ่มแก่สมาชิกในกลุ่ม “สวัสดีค่ะ สมาชิกทุกท่าน วันนี้รู้สึกยินดีที่ได้มาพบกัน สมาชิกที่มาเข้ากลุ่มกันวันนี้ก็เป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นญาติพี่น้องของเราเหมือนกันทุกคน เพื่อที่เราจะได้มาพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระบายความรู้สึก และช่วยกันแก้ไขปัญหาหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อไป และอยู่กับผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข ก่อนอื่นเรามาทำความรู้จักกันก่อนนะคะ โดยการเล่นเกมนี้นี้.....”

2. ให้สมาชิกทำความรู้จักกัน โดยใช้กิจกรรมตามหาเพื่อนดังนี้

- แจกบัตรรูปภาพให้สมาชิกคนละ 1 แผ่น

- ให้สมาชิกตามหาภาพจากเพื่อนมาต่อกับภาพของตนเองให้เป็นรูปภาพที่สมบูรณ์

- เมื่อต่อภาพได้สมบูรณ์แล้วให้สลับกันสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของเพื่อนให้ได้มากที่สุด

เช่น ถามชื่อ นามสกุล ชื่อเล่น อายุ ที่อยู่ อุปนิสัย ถามสิ่งที่ชอบ สิ่งที่ไม่ชอบ เป็นต้น ภายในเวลา 2 นาที

- ให้สมาชิกแนะนำเพื่อนคนที่ได้ทำความรู้จักให้แก่สมาชิกในกลุ่ม

บรรยากาศภายในกลุ่มระหว่างที่ทำกิจกรรมมีความเป็นกันเอง ผ่อนคลาย สมาชิกบางคนเคยรู้จักกันมาก่อนบ้าง และก็ได้ทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ สมาชิกกล้าเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวให้เพื่อนฟัง ขณะการสนทนามีการพูดคุยด้วยสีหน้าท่าทางเป็นมิตร ยิ้มแย้ม

3. ผู้วิจัยแนะนำกลุ่ม โดยอธิบาย

- วัตถุประสงค์
- รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
- บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม
- ข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม

4. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละหัวข้อ

5. ให้สมาชิกคัดเลือกผู้นำกลุ่มจากสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยตนเอง เพื่อดำเนินกิจกรรมกลุ่มในครั้งต่อไป

6. ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนบอกถึงความรู้สึกของตนที่มีต่อเพื่อนสมาชิกกลุ่มด้วยกัน และสิ่งที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม

7. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการเข้ากลุ่ม

8. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

#### การประเมินผล

สมาชิกมีความไว้วางใจต่อผู้วิจัยและสมาชิกด้วยกัน โดยสังเกตจากสีหน้าท่าทาง การสนทนา มีความสนใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการทักทาย พูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร กล่าวเปิดเผยข้อมูลของตนเอง และระบายความรู้สึกของตนเอง เล่าถึงเรื่องราวในครอบครัวของตนเอง เป็นผู้ดูแลใคร ดูแลมานานเท่าไร ที่บ้านประกอบอาชีพอะไร สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นอย่างไร พบว่าส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี แต่ก็มีปัญหากันบ้างเป็นบางครั้ง มีบางครอบครัวที่มีสมาชิกในบ้านไม่พอใจผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกส่วนใหญ่มีอาชีพทำสวน และรับจ้าง จึงไม่ค่อยมีเวลาดูแลผู้ป่วยมากนัก แค่มารักษาผู้ป่วยมารับยา หรือมารับยาแทนให้

สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และข้อตกลงของการเข้ากลุ่ม สามารถบอกถึงวัตถุประสงค์ และข้อตกลงของกลุ่มได้ มีการซักถามถึงรูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติม สมาชิกเข้าใจรูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ไม่มีการซักถามเพิ่ม

สมาชิกกลุ่มให้ความร่วมมือในการคัดเลือกผู้นำกลุ่มเป็นอย่างดี และสามารถเลือกผู้นำกลุ่มได้ โดยการเสนอชื่อของเพื่อนสมาชิก แล้วให้ช่วยกันโหวตคะแนน สมาชิกที่ได้คะแนนเสียงมากที่สุด เป็นผู้ที่ได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้นำกลุ่มเพื่อดำเนินการกลุ่มในครั้งต่อไป สมาชิกที่ได้รับ

คัดเลือกรู้สึกดีใจ และเต็มใจที่จะเป็นผู้นำกลุ่ม ได้กล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มที่ให้ความไว้วางใจ และจะทำหน้าที่ให้ดีที่สุด

ช่วงสุดท้ายของการดำเนินกิจกรรม สมาชิกให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น และพูดถึงความรู้สึกที่ได้มาพบเพื่อนสมาชิกกลุ่มในวันนี้ ความรู้สึกที่มีต่อเพื่อนสมาชิก สมาชิกส่วน รู้สึกดีใจที่ได้มาร่วมกิจกรรมกลุ่ม ดีใจที่ได้เจอกัน รู้สึกเห็นใจและเข้าใจเพื่อนสมาชิกกลุ่ม

หลังจากได้ผู้นำกลุ่มแล้ว ผู้วิจัยขอพบผู้นำกลุ่ม เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนและแผนการ ดำเนินกิจกรรมกลุ่มในครั้งต่อไป รวมทั้งแนะนำบทบาทของการเป็นผู้นำกลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือ และสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

**ระยะที่ 2** ระยะดำเนินการ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2 – กิจกรรมที่ 5

**กิจกรรมที่ 2** การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและระบายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**ระยะเวลา** 60-90 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้สมาชิกรับรู้และยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและปัญหาเศรษฐกิจ
2. สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. สมาชิกสามารถอธิบายถึงผลกระทบด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและปัญหาเศรษฐกิจ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. สมาชิกสามารถบอกสาเหตุ อาการ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทได้

**กิจกรรม**

1. ผู้วิจัยทักทายและอธิบายวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม ระยะเวลาการทำกลุ่ม
2. ผู้วิจัยเชิญผู้นำกลุ่มโดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้นำกลุ่มสามารถทำหน้าที่ได้ดี โดยผู้วิจัยคอยสนับสนุน และเพิ่มเติมให้ในส่วนที่ขาด บรรยากาศขณะเข้ากลุ่มเป็นกันเอง สมาชิกรู้จักกัน และไว้วางใจกันมากขึ้น กล่าวเปิดเผยข้อมูล ระบายความรู้สึก รับรู้ว่าคนที่มานี้ก็เป็นเหมือนๆ เรา

3. ผู้วิจัยสรุปความรู้สึกของสมาชิกและส่งเสริมความรู้สึกและทัศนคติที่เป็นบวกเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสำคัญของความรู้สึกของผู้ดูแลต่ออาการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยจัดการกับความรู้สึกและทัศนคติที่เป็นลบ

4. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิตในสังคม และปัญหาเศรษฐกิจ

5. ผู้วิจัยให้สรุปถึงผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่สมาชิกเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

6. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ความหมายของโรค สาเหตุ อาการ การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

7. ผู้วิจัยสรุปข้อมูลเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษาผู้ป่วยจิตเภท และให้ความรู้เพิ่มเติม

8. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา ผู้วิจัยตอบข้อซักถามและให้ข้อมูลเพิ่มเติม

9. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปถึงสิ่งที่ได้จากการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูลความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และความรู้สึกที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม

10. ผู้วิจัยเพิ่มเติมส่วนที่ไม่ครอบคลุม

11. ผู้นำกลุ่มนำเสนอหัวข้อการทำกลุ่มและกำหนดการการทำกลุ่มในครั้งต่อไป กล่าวปิดกลุ่ม

### การประเมินผล

สมาชิกให้ความสนใจ และร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี จากการสังเกตพฤติกรรม สีหน้า การร่วมกันแสดงความคิดเห็น และความรู้สึก การซักถามข้อสงสัย ซึ่งพบว่าความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกเครียด โกรธ โมโหผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยคือ ไม่เชื่อฟัง บางคนมีความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้บ้างในบางครั้ง เพราะต้องรับผิดชอบงานทุกอย่างในบ้าน ทั้งการประกอบอาชีพและการดูแลผู้ป่วย บางคนมีความรู้สึกน้อยใจว่าทำไมต้องเป็นตัวเราด้วยที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยแบบนี้ ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้ “ทำไมต้องเป็นเราด้วยที่ต้องดูแล ทุกอย่างอยู่ที่เราหมด พี่น้องคนอื่นก็ไม่มีเห็นมีใครสนใจเลย” “ทำไมโรคแบบนี้ต้องมาเกิดกับพ่อเราด้วย” “ทำไมต้องมาเกิดกับลูกเราด้วย” รู้สึกสงสารผู้ป่วย และมีผู้ดูแลบางคนเคยมีความรู้สึกแบบนี้สามารถแก้ไขและผ่านมาได้ มีการให้คำแนะนำ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้พบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ มี

ความรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย ดังตัวอย่างคำพูด “บางครั้งก็เครียดนะ ทำงานมาก็เหนื่อยๆ กลับมาต้องมาเจอสภาพแบบนี้อีก ไม่รู้จะหันหน้าไปหาใคร ไม่รู้จะคุยกับใคร พุดไปเขาก็ไม่เข้าใจ ก็ต้องทำใจ” “บางครั้งก็กลัวขณะเวลาที่เขาหงุดหงิด อาละวาด” ผลกระทบทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ เมื่อผู้ป่วยขาดยา และมีอาการทางจิต ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้นอนไปด้วย เพราะผู้ป่วยไม่ยอมนอน ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ พบว่าผู้ดูแลต้องหยุดงานเพื่อพาผู้ป่วยมาตรวจรักษา หรือรับยาแทนผู้ป่วยทุกเดือน และหากผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบก็ต้องหยุดงาน เพื่อคอยดูแลผู้ป่วยและต้องพาไปรักษา ต้องเสียค่าเดินทาง เสียรายได้ ดังตัวอย่างคำพูด “ บางครั้งเขาถือไม่กินยา เขาก็ไม่นอน อาละวาด ก็ต้องคอยดูแลและพามาหาหมอ” ผลกระทบทางด้านสังคม พบว่า มีเพื่อนบ้านของผู้ดูแลบางคนไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ ก็มักจะพูดว่าผู้ดูแลว่าไม่สนใจผู้ป่วย คำหยาบคาย ผู้ดูแล บางคนก็ถูกสังคมรังเกียจ ดังตัวอย่างคำพูด “ที่ถูกละเลยว่าเป็นลูกคนบ้า ตอนแรก ก็เครียด อาย เสียใจ น้อยใจ ทำไมต้องมาวุ่นวายด้วย เราไม่เคยไปทำความเดือดร้อนให้ใคร แต่ทำไมใจเราห้ามความคิดใครไม่ได้ ถึงอย่างไรเขาก็เป็นพ่อเรา” ในระหว่างที่มีการสนทนา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระบายความรู้สึก ก็มีสมาชิกที่เคยผ่านความรู้สึกแบบนี้มาก่อน พุดให้กำลังใจ แนะนำให้ใช้ธรรมะเข้ามาช่วย และเมื่อผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงผลกระทบ และภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและยอมรับถึงผลกระทบ ภาระการดูแลที่ตนเองต้องเผชิญ ดังตัวอย่างคำพูด “ก็ต้องอยู่ดูแลกันแบบนี้ ถ้าเราไม่ดูแลแล้วใครจะดูแล ก็ต้องอยู่กันไปแบบนี้”

เมื่อดำเนินการมาช่วงของการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท พบว่าผู้ดูแลบางคนยังคิดว่าที่ผู้ป่วยเป็นแบบนี้ มีสาเหตุเกี่ยวกับทางไสยศาสตร์ บางคนก็ทราบว่ามาจากสารเสพติด บางคนบอกว่ามาจากการตกต้นไม้แล้วศีรษะกระแทก ผู้ดูแลจะพุดถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยในความดูแลของตนเป็น ซึ่งบางคนเป็นการคาดเดาเอาเองว่าน่าจะมาจากสาเหตุนี้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคสาเหตุ อาการ การรักษา ผู้ดูแลให้ความสนใจ ตั้งใจรับฟัง มีการซักถามและสามารถบอกถึงสาเหตุอาการ การรักษาได้ถูกต้องเมื่อวิจัยถามย้อนกลับ

ผู้นำกลุ่มสามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้ตามขั้นตอน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและให้ข้อมูลเพิ่มเติม มีการกระตุ้นสมาชิก ให้เสนอความคิดเห็น สรุป และให้กำลังใจสมาชิกในกลุ่ม บรรยากาศภายในกลุ่มมีความเป็นกัน สันติจากการสนทนา ทำทางเป็นมิตร และกล้าแสดงความคิดเห็น เล่าประสบการณ์ ระบายความรู้สึก



**กิจกรรมที่ 3** การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจากการสะท้อนคิดและสถานการณ์

**ระยะเวลา** 60-90 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วย ความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย และยอมรับบทบาทผู้ดูแลอย่างเต็มใจ

2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญของการมีทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและมีความรู้เรื่องวิธิตายเครียด

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. สมาชิกได้ระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูล และบอกสาเหตุที่ต้องรับบทบาทผู้ดูแล

2. สมาชิกสามารถบอกความสำคัญของผู้ป่วยและความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย

3. สมาชิกบอกถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดวิธีต่างๆ และสามารถสาธิตได้

4. สมาชิกแสดงบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

**กิจกรรม**

1. ผู้วิจัยทักทายและอธิบายวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม ระยะเวลาการทำกลุ่ม

2. ให้ผู้นำกลุ่มดำเนินกิจกรรมโดยเปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความรู้สึกที่ต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย โดยเขียนลงในใบงานที่ 3/1 ที่แจกให้แล้วนำเสนอทีละคน

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปราย

4. ผู้วิจัยสรุปเหตุผลและความรู้สึกที่ต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้ข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนข้อมูลความสำคัญของตนเองที่มีต่อจิตเภท

6. ผู้วิจัยสรุปความสำคัญของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

7. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีกำลังใจมากขึ้น

8. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียด โดยแจกใบงานที่ 3/2 เมื่อเกิดความเครียดท่านมีวิธีการจัดการกับความเครียดนั้นอย่างไรแล้วนำเสนอทีละคน

9. ผู้วิจัยกล่าวสรุปและให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความหมายของความเครียด สาเหตุ ผลกระทบจากความเครียด และวิธีการผ่อนคลายความเครียด

10. ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปรายและกล่าวชมเชยผู้ดูแลพร้อมทั้งเน้นถึงการตระหนักในคุณค่าของตนเองและความสำคัญของผู้ป่วย การยอมรับในตัวผู้ป่วย

11. ผู้นำกลุ่มนำเสนอหัวข้อการทำกลุ่มและกำหนดการการทำกลุ่มในครั้งต่อไปกล่าวปิดกลุ่ม

### การประเมินผล

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุผล และความรู้สึกที่ต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการสังเกตพฤติกรรมขณะเข้ากลุ่ม สมาชิกให้ความร่วมมือ และสนใจในกิจกรรมกล้าแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์และระบายความรู้สึก ซึ่งจากการให้ผู้ดูแลเขียนลงในใบงานที่ 3/1พบว่า เหตุผลที่ต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ เนื่องจากความผูกพันกันทางสายเลือด เพราะเขาเป็นพ่อ แม่ เป็นผู้มีพระคุณ เป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องทำ เพราะความเป็นพี่ เป็นน้อง เพราะเขาเป็นลูก ก็ต้องเป็นหน้าที่ของพ่อ แม่ที่ต้องดูแลลูก เพราะเขาเป็นสามี เป็นภรรยา เขาเป็นคนในครอบครัว และมีสาเหตุอื่น คือ เพราะครอบครัวคิดว่าเราเข้าใจผู้ป่วยที่สุด คนในครอบครัวมีงานมาก เพราะสามารถพาผู้ป่วยมาหาหมอได้ ส่วนความรู้สึกที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เครียด เหนื่อย ท้อที่ต้องดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลบางคนบอกว่าต้องดูแลทุกเรื่องทั้งเรื่องอาหาร ยา การอาบน้ำแต่งตัว ต้องกระตุ้นและบอกให้ทำทุกอย่าง เช่น การอาบน้ำ สระผม ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลให้ความสนใจ ซักถาม และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับหน้าที่ของผู้ดูแล พร้อมทั้งมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ชมเชยในสิ่งที่ทำได้ดีแล้วให้อดทนและทำหน้าที่ต่อไป เพราะหากผู้ป่วยเขาไม่มีเรา เขาจะอยู่อย่างไร ดังตัวอย่าง “ถ้าไม่มีเราหรือ เขาตายแน่” ไหนจะลูกอีก เพราะพี่น้องไม่เอาเขา เวลาที่มีปัญหา หรือเขาอาการกำเริบ จะหันหน้าไปปรึกษาใครก็ได้ ต้องเราทุกอย่าง คิดหาหนทางทุกอย่าง”

การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียด จากการสังเกตพฤติกรรม ผู้ดูแลให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและจากการให้ทำกิจกรรมตามใบงานที่ 3/2 พบว่าผู้ดูแลแต่ละคนมีวิธีการจัดการกับความเครียดหลายรูปแบบ เช่น การเลี้ยงออกจากสถานการณ์ที่ทำให้เครียด โดยออกนอกบ้าน ไปร้านกาแฟ ไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ไปปลูกต้นไม้ ทำสวน ฟังเพลง อ่านหนังสือ ฟังธรรมะ การสวดมนต์ ไหว้ พระ ไปวัด บางบอกว่าอยู่เฉย ๆ นั่งร้องไห้คนเดียว แล้วก็ทำใจลุกสู้ต่อ บอกกับตัวเองว่าต้องทำได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถบอกถึงสาเหตุของความเครียด ผลกระทบที่เกิดจากความเครียดได้ถูกต้อง ทำให้ออนไม่หลับ ร่างกายก็อ่อนเพลีย หงุดหงิด โมโหง่าย ผู้ดูแลบางคนบอก

ว่า “เครียดจนบางครั้งรู้สึกว่าจะไปอยู่กับเขาด้วยหรือเปล่า” บางคนบอกว่า “ผมเครียดมากนอนไม่หลับ ต้องมาหาหมอ ตอนนี้ผมก็กินยาคลายเครียดของหมออยู่” ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องความเครียด สาเหตุ ผลกระทบจากความเครียด เสนอวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พร้อมทั้งสาธิต ผู้ดูแลให้ความร่วมมือและสามารถทำตามได้

**กิจกรรมที่ 4** แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเน้นการนำไปปฏิบัติ

**ระยะเวลา** 60-90 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลที่ผ่านมา และสมาชิกได้รับประสบการณ์ตรงสามารถปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกาย จิตใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. เพื่อให้สมาชิกมีข้อมูลในการตัดสินใจเลือกแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมได้อย่างเหมาะสม

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. สมาชิกร่วมกันระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางร่างกายและจิตใจ แสดงความคิดเห็นและร่วมกันหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. สมาชิกสามารถเขียนแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

3. สมาชิกเลือกแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยของตนเองที่บ้าน

4. สมาชิกแสดงบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

**กิจกรรม**

1. ผู้วิจัยทักทาย อธิบายวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม ระยะเวลาการทำกลุ่ม และให้สมาชิกที่ได้รับการเลือกให้เป็นผู้นำกลุ่มดำเนินการต่อ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

2. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา เช่น ผู้ป่วยคือ ไม่ยอมรับประทุษร้าย ไม่ช่วยงาน แต่งกายไม่เหมาะสม ไม่สะอาด ร่วมเรียนรู้วิธีปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกต้อง

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์

4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับตน โดยให้สมาชิกแต่ละคนเขียนลงในใบงานที่ 4/1 โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นที่ปรึกษาคอยให้ความช่วยเหลือและให้ข้อมูลเพิ่มเติม

5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลในประเด็น เมื่อท่านเครียดหรือพบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ท่านได้รับการสนับสนุนหรือความช่วยเหลือจากใคร ตามใบงานที่ 4/2

6. ผู้วิจัยสรุปแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่สมาชิกสามารถพึ่งพาได้และเพิ่มความรู้อแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม

7. ผู้วิจัยส่งเสริมการแนะนำการดูแลผู้ป่วย กลับไปทดลองปฏิบัติในระยะเวลา 4 วัน และนัดหมายกลับมาเล่าผลการปฏิบัติในครั้งต่อไป

8. ผู้นำกลุ่มนำเสนอหัวข้อการทำกลุ่มและกำหนดการการทำกลุ่มในครั้งต่อไป กล่าวปิดกลุ่ม

#### การประเมินผล

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จากการสังเกตพฤติกรรมขณะทำกลุ่ม ผู้ดูแลให้ความสนใจและร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี ร่วมกันแสดงความคิดเห็น เสนอวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ตนดูแล วิธีจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่เคยทำสำเร็จมาแล้ว เช่น เรื่องการรับประทานยาผู้ป่วยไม่รับประทาน ยาแก้ไขโดยพูดให้ผู้ป่วยฟังว่าถ้าไม่กินยาต้องไปอยู่โรงพยาบาล และจัดยาให้กินเป็นชุด เหมือนยาชุดโดยเฝ้าดูให้กินผู้ป่วยต่อหน้า ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติม และส่งเสริมในวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกต้อง ชมเชยและให้กำลังใจในการดูแลต่อไป สำหรับผู้ดูแลที่มีปัญหาการดูแลกลุ่มก็ช่วยเสนอแนะแนวทาง วิธีการดูแล การพูดคุยกับผู้ป่วย เช่น “พ่อเขาไม่ยอมรับผู้ป่วย ชอบบ่นว่าผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการโมโห คุณเจี๊ว บางวันก็เอามือมาถือผู้ป่วยก็คิดว่าพ่อไม่รัก เขาฝังใจตั้งแต่ก่อนยังไม่ป่วยแล้ว ฉันเป็นคนกลางก็ไม่รู้จะทำยังไง เครียด” กลุ่มได้ช่วยกันเสนอแนวทางให้ค่อยๆ พูดกับสามีให้เข้าใจ และพูดให้ผู้ป่วยเข้าใจให้กำลังใจผู้ป่วย “ให้กลับไปบอกพ่อเขาละ ค่อยๆ พูดให้เข้าใจเรื่อง โรคมันแบบนี้ เขาไม่ได้แกล้งที่มาประชุมนี้ มีคนอื่นเขาเป็นกันเยอะแยะ อาการยิ่งว่าเราอีก ” “แล้วเราก็ไม่ต้องเครียด เดี่ยวจะเป็นไปอีกคน ให้ใช้ธรรมะเข้าช่วย ทำใจให้สบายค่อยๆ คิดหาทางแล้วมันจะมีทางออกของมันเอง ใจเย็นๆ แล้วมันก็จะผ่านไปได้ ถ้ามีอะไรก็มาคุยกัน จะได้ช่วยกัน” นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ชอบดื่มกาแฟ ดื่มลิโพ เอ็มร้อย สุนัขหรือ ในกลุ่มช่วยกันเสนอความคิดเห็น หาแนวทางในการดูแลดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยดื่มให้น้อยลง สุนัขหรือน้อยลง เช่น ให้หาอะไรให้ผู้ป่วยทำ บอกร้านค้าว่าไม่ต้องขายให้ผู้ป่วย บอกโทษภัยของสุนัขหรือ เอ็มร้อย กาแฟว่าจะทำให้นอนไม่หลับ จะทำให้ยาที่กินอยู่ไม่

ได้ผล ดีมากาแฟมากจะทำให้กระดูกยุ ส่วนบรรยากาศกลุ่มเป็นกันเอง กล้าเปิดเผยเรื่องราวและ  
ระบายความรู้สึก มีการให้กำลังใจ และชมเชยซึ่งกันและกัน ผู้ดูแลสามารถเลือกแนวทางการดูแลที่  
ตนจะนำไปปฏิบัติต่อไปได้ และเขียนลงในใบงานที่ 4/1

การได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะนึกถึงคนในครอบครัว พี่น้อง เพื่อนบ้าน การมาปรึกษาหมอ พยาบาลจิตเวชที่รพ.นภักดิ์ ไป  
อนามัย ปรึกษา ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติมจากที่กลุ่มที่แลกเปลี่ยน  
เสนอความคิด ผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกว่าเคยได้ยิน เคยพาผู้ป่วยไปรักษามาแล้ว ผู้ดูแลเสนอความ  
คิดเห็นว่า “อยากให้มึหน่วยงาน ที่ให้คนไข้แบบนี้ทำงานบ้าง เขาจะได้ไม่ว่างงาน ได้มีอะไรทำ จะ  
ได้ไม่เครียด ไม่หมกมุ่น ให้ทำงานที่บ้านก็ไม่ได้สตางค์ เราไม่มีให้เขาตลอด ทำแป๊บเดียวเขาก็เลิก  
ทำ บอกว่าเหนื่อย” ในกลุ่มมีข้อเสนอว่า “ทำแป๊บเดียวก็ยังมี เขาชอบทำอะไรก็ให้เขาทำอย่างนั้น  
ให้กำลังใจเขาอย่าไปดุคำ ให้ชมเขาหน่อย” สมาชิกเห็นด้วย และมีคนที่เคยปฏิบัติเช่นนี้ได้ผลดี  
เหมือนกัน

**กิจกรรมที่ 5** เสริมสร้างความเชื่อมั่นและผลการปฏิบัติ

ระยะเวลา 60-90 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้สมาชิกมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป
2. เพื่อประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

1. สมาชิกสามารถบอกถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วย  
จิตเภทได้อย่างดีที่สุดในที่สุดต่อไป
2. สมาชิกร่วมกันระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร่วม  
แสดงความคิด และหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. สมาชิกแสดงบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และให้  
กำลังใจซึ่งกันและกัน

**กิจกรรม**

1. ผู้วิจัยทักทายและอธิบายวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม ระยะเวลาการทำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกนำเสนอถึงผลการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยจิตเภท ปัญหา  
อุปสรรค จากการปฏิบัติกรดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่นำไปปฏิบัติ

3. ผู้นำกลุ่มและสมาชิกร่วมกันวิเคราะห์และปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เหมาะสม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง
4. ผู้วิจัยสรุปเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้ข้อมูลเพิ่มเติม
5. ให้สมาชิกพูดถึงความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้นจากความตั้งใจในการดูแล
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกบอกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแล ณ ปัจจุบันที่เข้ากลุ่มกัน 4 ครั้งไปแล้ว และความเชื่อมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป
7. ผู้วิจัยสรุปความรู้สึกและผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น
8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดให้กำลังใจเพื่อนสมาชิกในกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
9. ผู้วิจัยกล่าวชมเชยให้กำลังใจสมาชิกและกล่าวถึงความเชื่อมั่นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่าจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดีต่อไป
10. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
11. ผู้นำกลุ่มนำเสนอหัวข้อการทำกลุ่มและกำหนดการการทำกลุ่มในครั้งต่อไป กล่าวปิดกลุ่ม

#### การประเมินผล

การนำเสนอผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวทางการดูแลที่นำไปปฏิบัติ ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการนำเสนอผลการปฏิบัติการดูแล “ได้พูดกับสามีแล้ว เขาก็ไม่ค่อยพูดว่าอะไร ผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยไม่ค่อยมีปัญหา ไม่ค่อยหงุดหงิดแล้ว” ส่วนปัญหาผู้ป่วยดื่มกาแฟ “กลับไปบอกเขาว่ากินกาแฟมากทำให้กระตุมๆ ฉันไปประชุมหมอบอกมา เขาก็เชื่อ ก็กินกาแฟน้อยลง เปลี่ยนจากกาแฟกระป๋องมากินมากินซอง ก็กินวันละ 2 แก้ว แต่เดิมกินวันละเกือบ 10 กระป๋อง” แต่ก็มีบางคนที่ยังไม่เลิกดื่ม “ก็บอกเขาแล้ว แต่เขาเชื่อ ไม่รู้จะทำไง” กลุ่มร่วมกันหาแนวทางแก้ไข เสนอความคิดเห็น และให้กำลังใจ ให้อดทนและพยายามทำต่อไป อาจต้องใช้เวลาไม่น้อย หรืออาจให้เขาดื่มเฉพาะช่วงเช้าก่อนเที่ยง ถ้าช่วงบ่ายเย็นแล้วไม่ให้ดื่ม เพราะเดี๋ยวจะนอนไม่หลับ และกระตุ้นให้เขาทำกิจกรรม หางานให้เขาทำในเวลากลางวัน ถ้าเขาไม่ทำก็อย่าไปบังคับ ให้ออกไปหน่อย ดูเขาไปก่อน ใจเย็นๆ

ส่วนความรู้สึกในการดูแล ณ ปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกดีขึ้น ได้คลายความเครียดลงไปบ้าง มีความเชื่อมั่นและมั่นใจมากขึ้นว่าตนสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และจะอดทนพยายามดูแลผู้ป่วยต่อไป

**ระยะที่ 3**      **ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม**

**กิจกรรมที่ 6**      **การสรุปกิจกรรมกลุ่ม**

**ระยะเวลา**      60-90 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

เพื่อให้สมาชิกร่วมกันสรุปผลการนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่มไปปฏิบัติ และผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

สมาชิกร่วมกันระบายความรู้สึก และผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

**กิจกรรม**

1. ผู้วิจัยทักทายและอธิบายวัตถุประสงค์การทำกลุ่ม ระยะเวลาการทำกลุ่ม
2. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายถึงความรู้สึกและผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญต่างๆ ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้ง 6 กิจกรรม
4. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญเพิ่มเติม และให้สมาชิกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
5. ผู้วิจัยสรุปผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พร้อมทั้งให้กำลังใจสมาชิกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป
6. เสริมแรงจูงใจให้เกิดการรวมกลุ่มต่อไป โดยผู้วิจัยเป็นแกนสนับสนุน
7. ขอบขอบคุณสมาชิก กล่าวลาเพื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

**การประเมินผล**

การสรุปผลการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีต่อการมาเข้ากลุ่ม “รู้สึกว่าการมาเข้ากลุ่มแบบนี้ดี ได้ความรู้เพิ่มเติม ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้แง่คิดดีๆ หลายอย่างที่เอากลับไปใช้ได้ ได้คลายเครียด” “ได้รู้ว่าไม่ได้มีแต่เราเท่านั้นที่เป็นแบบนี้ คนอื่นก็มี เป็นยิ่งกว่าเราอีก” “มีกำลังใจมากขึ้น ได้มาพูดคุยระบาย เพราะไม่เคยคุยกับใครเลย พุดไปเขาก็ไม่เข้าใจ ไม่รู้จะคุยกับใคร พอได้มาทำแบบนี้ รู้สึกว่าเขาเหมือนเรา เขาเข้าใจเรา ช่วยแนะนำเราได้” กลุ่มเสนอว่า “ถ้าเป็นไปได้อยากให้มีการประชุมแบบนี้อีกในแต่ละชุมชน อนามัยที่ตนเองอยู่ รู้สึกว่าดี และจะได้ประโยชน์มาก” บรรยากาศภายในกลุ่มเป็นกันเอง สงัดจากการสนทนา สีน้าท่าทาง ยิ้มแย้มดี มีความสนใจและร่วมมือในการทำกิจกรรมตลอดทุกครั้งที่มาเข้ากลุ่ม ร่วมเสนอความคิดเห็น เสนอ

แนวทางการดูแลผู้ป่วย กล้าเปิดเผยความรู้สึก ให้กำลังใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน “ขอให้ทุกช่วยกันดูแลผู้ป่วยของเราต่อไป อย่าท้อ อดทน ผู้ต่อไป เพื่อคนที่เรารัก” “ถ้าบางครั้งเหนื่อย ก็ขอให้หนักถึงวันนี้ที่เราได้มาเจอกัน” ผู้นำกลุ่มที่ได้รับคัดเลือกสามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้ตามขั้นตอน ทำหน้าที่ของผู้นำกลุ่มได้ดี โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน เพิ่มเติมข้อมูลในส่วนที่ขาด

### 2.3 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองในกลุ่มทดลองทันทีภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 3 โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังแสดงในตารางที่ 2 ตารางที่ 2 คะแนนการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=15)

คนที่	คะแนนการรับรู้พลังอำนาจในการดูแล	การแปลผล
1	86	ผ่านเกณฑ์
2	86	ผ่านเกณฑ์
3	65	ผ่านเกณฑ์
4	85	ผ่านเกณฑ์
5	85	ผ่านเกณฑ์
6	62	ผ่านเกณฑ์
7	81	ผ่านเกณฑ์
8	71	ผ่านเกณฑ์
9	61	ผ่านเกณฑ์
10	81	ผ่านเกณฑ์
11	84	ผ่านเกณฑ์
12	77	ผ่านเกณฑ์
13	83	ผ่านเกณฑ์
14	75	ผ่านเกณฑ์
15	80	ผ่านเกณฑ์

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนมากกว่า 60 คะแนน ทั้ง 15 คน นั่นคือ หลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและ



การเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 60 คะแนน

### 3. ชั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในสัปดาห์ที่ 6 โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

3.1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.2 หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยทำการทำกับทดลองทันที โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.3 หลังจากจบการทดลองแล้ว 2 สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post- test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

3.1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้

3.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2.2 ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post- test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

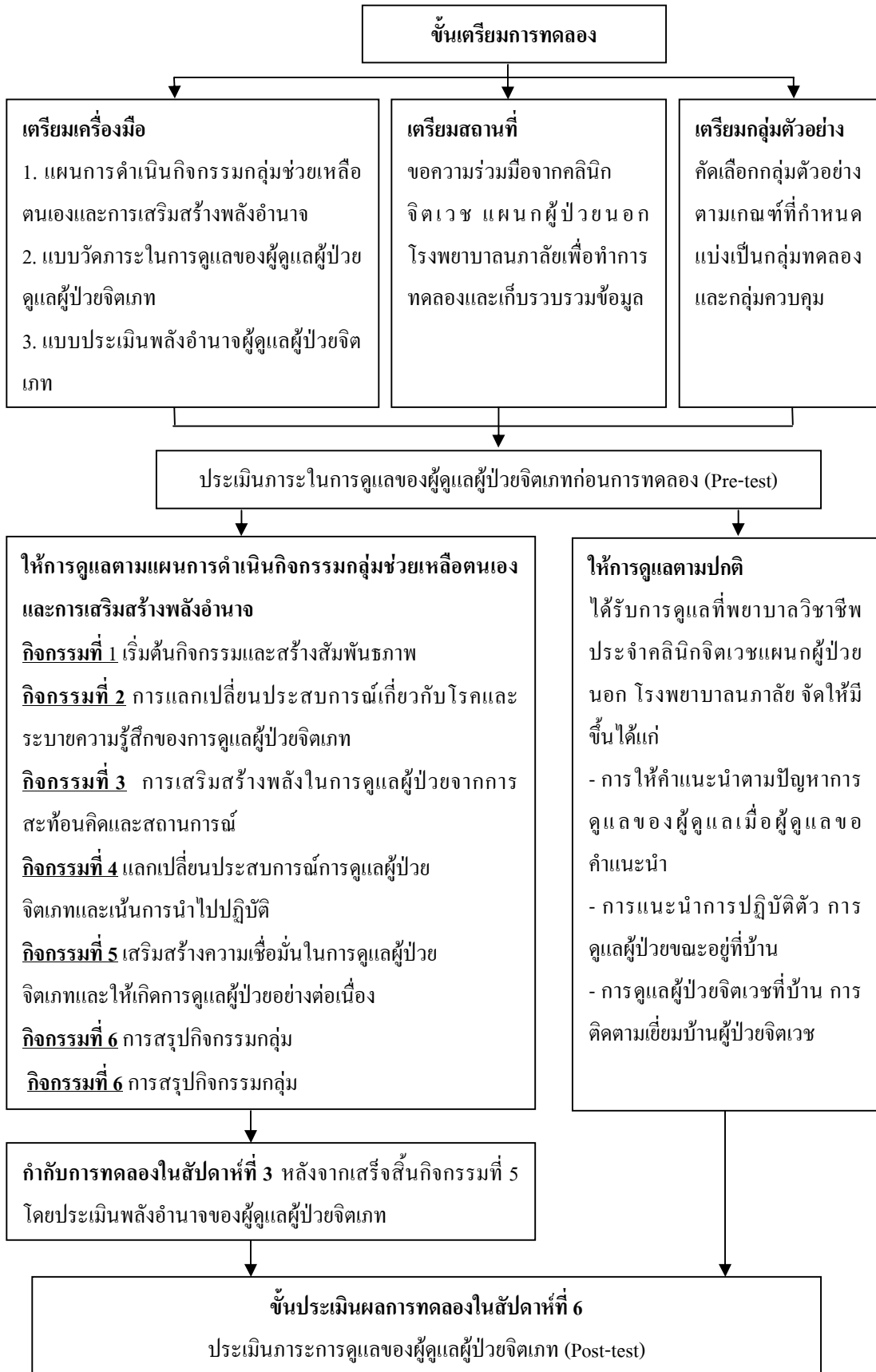
3.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติทดสอบที (dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## ระยะเตรียมการสรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเปรียบเทียบภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลที่ได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารักษาหรือรับยาแทนในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนภาคัย จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งถูกจับคู่ (Matched - pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องของความเพียงพอของรายได้ แล้วสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยมีการวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest –Posttest Control Group Design)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

- |          |  |
|----------|--|
| ตอนที่ 1 | ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง   |
| ตอนที่ 2 | ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ |
| ตอนที่ 3 | ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม                                 |

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

**ตารางที่ 3** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (n=30)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 15)		กลุ่มควบคุม (n= 15)		รวม (n= 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	5	33.33	5	33.33	10	33.33
หญิง	10	66.67	10	66.67	20	66.67
<b>อายุ (ปี)</b>						
20-30 ปี	1	6.67	1	6.67	2	6.67
31-40 ปี	1	6.67	4	26.67	5	16.67
41-50 ปี	5	33.33	2	13.33	7	23.33
51-60 ปี	8	53.33	8	53.33	16	53.33
(อายุเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 49 ปี, อายุน้อยที่สุด (Min) = 20 ปี, อายุมากที่สุด (Max) = 60 ปี)						
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	3	20.00	4	26.67	7	23.33
คู่	12	80.00	10	66.67	22	73.33
หย่าร้าง	0	0	1	6.67	1	3.33
หม้าย	0	0	0	0	0	0
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	0	0	0	0	0	0
ประถมศึกษา	8	53.33	9	60.00	17	56.67
มัธยมศึกษา	6	40.00	2	13.33	8	26.67
อนุปริญญา	0	0	2	13.33	2	6.67
ปริญญาตรี	1	6.67	2	13.33	3	10.00
อื่นๆ	0	0	0	0	0	0

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (n=30)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 15)		กลุ่มควบคุม (n= 15)		รวม (n= 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>						
เกษตรกร	9	60.00	3	20.00	12	40.00
รับจ้างทั่วไป	2	13.33	5	33.33	7	23.33
รับจ้างบริษัทเอกชน	0	0	0	0	0	0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0	3	20.00	3	10.00
ค้าขาย	2	13.33	2	13.33	4	13.33
อยู่บ้านเฉยๆ/งานบ้าน	2	13.33	1	6.67	3	10.00
อื่นๆ	0	0	1	6.67	1	3.33
<b>รายได้ของครอบครัวต่อเดือน</b>						
ต่ำกว่า 2,500 บาท	4	26.67	1	6.67	5	16.67
2501-5,000 บาท	3	20.00	2	13.33	5	16.67
5,001-7,500 บาท	3	20.00	6	40.00	9	30.00
7,501-10,000 บาท	2	13.33	2	13.33	4	13.33
มากกว่า 10,000 บาท	3	20.00	4	26.67	7	23.33
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
เพียงพอและเหลือเก็บ	1	6.67	2	13.33	3	10.00
เพียงพอกับรายจ่าย	8	53.33	7	46.67	15	50.00
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	6	40.00	6	40.00	12	40.00
ไม่มีรายได้	0	0	0	0	0	0
อื่นๆ	0	0	0	0	0	0

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (n=30)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n= 15)		กลุ่มควบคุม (n= 15)		รวม (n= 30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย</b>						
6 เดือน-1 ปี	0	0	2	13.33	2	6.67
2-5 ปี	9	60.00	5	33.33	14	46.67
6-10 ปี	1	6.67	4	26.67	5	16.67
มากกว่า 10 ปี	5	33.33	4	26.67	9	30.00
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>						
บิดา/มารดา	4	26.67	3	20.00	7	23.33
สามี/ภรรยา	3	20.00	5	33.33	9	30.00
พี่/น้อง	4	26.67	3	20.00	6	20.00
บุตร	2	13.33	4	26.67	6	20.00
อื่นๆ	2	13.33	0	13.33	2	6.67

ตอนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลัง  
เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test)  
และหลังการทดลอง (Post test)

คนที่	คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ภาระโดยรวมและรายด้าน		
	อัตรันัย	ปรนัย	รวม	อัตรันัย	ปรนัย	รวม	อัตรันัย	ปรนัย	รวม
1	3.17	3.17	3.17	2.67	2.67	2.67	- 0.50	- 0.50	- 0.50
2	3.17	3.00	3.08	2.67	1.50	2.08	- 0.50	- 1.50	- 1.00
3	2.67	1.33	2.00	1.92	1.33	1.63	- 0.75	0.00	- 0.37
4	2.92	3.33	3.13	2.42	3.42	2.92	- 0.50	0.09	- 0.21
5	2.67	1.83	2.25	2.00	1.25	1.63	- 0.67	- 0.58	- 0.62
6	3.33	2.92	3.13	3.08	2.50	2.79	- 0.25	- 0.42	- 0.34
7	2.75	3.42	3.08	1.92	1.75	1.83	- 0.83	- 1.67	- 1.25
8	2.58	2.67	2.63	2.42	2.67	2.54	- 0.16	0.00	- 0.09
9	2.67	1.83	2.25	2.42	1.50	1.96	- 0.25	- 0.33	- 0.29
10	2.75	2.00	2.38	2.25	1.83	2.04	- 0.50	- 0.17	- 0.34
11	3.08	3.25	3.17	2.50	2.67	2.58	- 0.58	- 0.58	- 0.59
12	3.58	4.08	3.83	2.25	3.25	2.75	- 1.33	- 0.83	- 1.08
13	3.25	3.25	3.25	2.50	2.58	2.54	- 0.75	- 0.67	- 0.71
14	3.42	4.33	3.88	2.50	2.25	2.38	- 0.92	- 2.08	- 1.50
15	2.42	2.92	2.67	1.67	2.25	1.96	- 0.75	- 0.67	- 0.71
$\bar{X}$	2.96	2.89	2.93	2.35	2.23	2.69	- 0.62	- 0.66	- 0.64

จากตารางที่ 4 ภายหลังการทดลองพบว่า 1) ภาระเชิงอัตรันัยลดลงโดยที่คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลเชิงอัตรันัยลดลงจาก 2.96 เป็น 2.35 และลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.62 โดยลดลงทั้ง 15 คน 2) ในทำนองเดียวกันภาระเชิงปรนัยลดลงโดยที่คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลเชิงปรนัยลดลงจาก 2.89 เป็น 2.23 และลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.66 โดยลดลงจำนวน 12 คน เพิ่มขึ้นจำนวน 1 คน และเท่าเดิมจำนวน 2 คน 3) ภาระการดูแลโดยรวมลดลงโดยที่คะแนนเฉลี่ยของภาระโดยรวมลดลงจาก 2.93 เป็น 2.69 และลดลงโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.64 โดยลดลงทั้ง 15 คน



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=15)

ภาวะในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม และรายด้าน	คะแนนเฉลี่ยภาวะในการดูแลผู้ป่วย		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.			
ภาวะโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	2.93	0.57	14	6.08	.00
หลังการทดลอง	2.29	0.43			
ภาวะเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	2.96	0.35	14	8.03	.00
หลังการทดลอง	2.35	0.36			
ภาวะเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	2.89	0.84	14	4.03	.00
หลังการทดลอง	2.23	0.68			

จากตารางที่ 5 พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังทดลอง ทั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาวะโดยรวม ภาวะเชิงอัตนัย และภาวะเชิงปรนัย หลังการทดลอง ( $\bar{X} = 2.29, 2.35$  และ  $2.23$  ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนทดลอง ( $\bar{X} = 2.93, 2.96$  และ  $2.89$  ตามลำดับ)

ตอนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน	คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ป่วย							
	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	df	t	$\bar{X}$	S.D.	df	t
ภาระโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	2.93	0.55	28	0.57	2.29	0.43	28	-4.35
กลุ่มควบคุม	2.83	0.34			2.89	0.32		
ภาระเชิงอัตนัย								
กลุ่มทดลอง	2.96	0.35	28	0.80	2.35	0.36	28	-4.05
กลุ่มควบคุม	2.85	0.41			2.88	0.37		
ภาระเชิงปรนัย								
กลุ่มทดลอง	2.89	0.84	28	0.33	2.23	0.68	28	-3.32
กลุ่มควบคุม	2.81	0.36			2.89	0.38		

P < .05

จากตารางที่ 6 พบว่า ภายหลังการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X}$  = 2.29, 2.35 และ 2.23 ตามลำดับ) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{X}$  = 2.89, 2.88 และ 2.89 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The Pretest – Posttest Randomized Control group design) (Polit and Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตัวแปรต้น คือ กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตัวแปรตาม คือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่ม
2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาหรือรับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แขนงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน แบ่งเป็นทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

## การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Simple Size (PASS) โดยนำค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองของ จิราพร รักการ (2549) เรื่องผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มาร่วมคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 90 % มีโอกาสเกิดความที่ระดับนัยสำคัญ  $\alpha = .05$  ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มคือ 14 คน รวมเป็น 28 คน ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนกลุ่มควบคุม 15 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือแบบประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. เครื่องมือการดำเนินการทดลอง คือ แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson(1995) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที โดยดำเนินกิจกรรม 1- 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความรู้จักคุ้นเคย

กิจกรรมที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและระบายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจากการสะท้อนคิดและสถานการณ์

กิจกรรมที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเน้นการนำไปปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 5 เสริมสร้างความเชื่อมั่นและผลการปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 6 การสรุปกิจกรรมกลุ่ม

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้วิจัยนำแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นซึ่งผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นผู้วิจัยแก้ไข โปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ แล้วมีการปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้ง ก่อนนำไปใช้จริง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ที่พัฒนาโดยนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดภาระ 2 ประเภท ได้แก่ ภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัยมีข้อคำถามรวม 24 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ทำการปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.96 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.86

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Psychological Empowerment Scale) ตามแนวคิดของ Akey et al. (2000) ซึ่งแปลและรวบรวมโดย สมคิด ตรีรารักษ์ (2545) ลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ซึ่งแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตและสภาพแวดล้อม โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างจากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของ

ภาษาที่ใช้ โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษารวม 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.77

## การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้นตอน คือขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้ โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ศึกษาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชขั้นสูง ในชุมชนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจำนวน 6 หน่วยกิต และได้ทำการฝึกทักษะเกี่ยวกับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเป็นเวลา 1 สัปดาห์

1.2 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 คน และพยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 คน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม

1.4 เตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนภลัย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พร้อมทั้ง

โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการทำการวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอกโดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัยและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

1.5 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย 1 คน เพื่อเป็นผู้ช่วยกลุ่มในการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดบันทึกพัฒนาการของกลุ่มขณะดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดเป็นเวลามากกว่า 5 ปี โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆ ในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ

1.6 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าพยาบาลและพยาบาลประจำคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล จำนวน เวลา ในการจัดกิจกรรม ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจนจบกิจกรรม จากนั้นแนะนำตัวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาหรือมารับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอกพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน จากนั้นให้ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่าง หรือผู้ที่ส่วนร่วมในการวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการมารับบริการแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วให้เซ็นชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการทำกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.8 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched - pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ คือ

ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวเนื่องจากตัวแปรนี้มีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Montgomery, 1985) แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติที่พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภักดี จัดให้มีขึ้นได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัว การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน รวมทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามแผนการดำเนินการกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ห้องสอนสุขศึกษา คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภักดี สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จบครบ 6 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 เสริมสร้างความเชื่อมั่นและผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยทำการประเมินเพื่อตรวจสอบระดับการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองทุกคนทันที พบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลมากกว่า 60 คะแนน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การกำกับการศึกษา

## 3. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประเมินภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการดำเนินการกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในสัปดาห์ที่ 6 โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้

3.1.1 ผู้วิจัยทำการประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.2 หลังจากสิ้นสุดการดำเนินการกิจกรรมที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยทำการกับการทดลองทันที โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1.3 หลังจากจบการทดลองแล้ว 2 สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมิน ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้



3.2.1 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ตอบคำถามตามแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2.2 หลังจากจบการทดลองแล้ว 2 สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ดูแลตอบคำถามตามแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกครั้ง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแสดงความขอบคุณ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หากค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและหารเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติทดสอบที (dependent t-test) หากค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หากค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. หลังการทดลอง พบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลง

### อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.33 และส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.67 มีอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 40 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001-7,500 บาท คิดเป็นร้อยละ 30 และมีความเพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 50 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะสามีหรือภรรยา คิดเป็นร้อยละ 30 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีสถานภาพสมรสคู่ และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามีหรือภรรยา ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่ถูกละเลยว่าจะต้องเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยในครอบครัว เนื่องจากความใกล้ชิด และหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิก (Davis, 1992) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าความผูกพันทางสายเลือดจะทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา ย่อมมองถึงอนาคตและมีความห่วงใย จึงทำให้รับรู้ว่าเป็นภาระ (รจนา ปุณโณทก, 2550) ผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะมีมากขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นบุตร และผลกระทบจะเกิดกับมารดามากที่สุด (Howard, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jones (1996) ที่พบว่าภาระการดูแลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยอันเป็นภาระทางจิตใจ

สำหรับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ 2-5 ปี ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือมีความสงสาร ขอมรับและเอาใจใส่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา จะมีความอดทน ขอมรับและเข้าใจผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังนานกว่า 2 ปี จะมีผลให้ญาติหรือบิดา มารดา สามิ ภรรยาได้เรียนรู้วิธีการดูแล ธรรมชาติของโรค มีทักษะในการเผชิญปัญหา และหาทางออกได้ดีขึ้นกว่าการดูแลในระยะเวลาที่สั้นกว่า ขณะเดียวกันก็เริ่มทำใจได้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ให้อภัยต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติที่ยังคงมีอยู่ในผู้ป่วยจิตเภท การมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย การได้ข้อมูลรวมทั้งแหล่งให้ความช่วยเหลือ ทำให้ผู้ดูแลมีทางออกในการแก้ไขปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วย เกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลลดลง นอกจากนี้จากศึกษาของ Doombos (2002) พบว่าระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจน้อยลง ผู้ดูแลหลายคนจะมีสุขภาพแย่ง มีความอ่อนล้า มีปัญหาการนอนหลับ และมีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน (Rolland,1994)

นอกจากนี้จากการวิจัยยัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้นี้อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี รองลงมาคือ ช่วงอายุ 41-50 ปี ซึ่งถ้าผู้ดูแลมีอายุมาก การรับรู้ภาวะการดูแลก็จะมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของภักธอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) ที่พบว่าอายุมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับภาวะการดูแล และการศึกษาของรจนา ปุณ โณทก (2550) พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากช่วงอายุดังกล่าวเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ที่ต้องมีบทบาทในหลายๆ ด้าน ได้แก่ บทบาทตามหน้าที่การงาน บทบาทในครอบครัว และบทบาทในสังคมอื่นๆ ขณะเดียวกันก็ต้องมีบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มเข้ามา ประกอบกับช่วงวัยนี้เป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยของสุขภาพจึงทำให้การรับรู้ภาวะเพิ่มมากขึ้นได้

## ตอนที่ 2 ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษา ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ ที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผลการวิจัยพบว่า ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่ม โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่า เนื่องจากการดูแลของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) จำแนกออกเป็น 2 ด้านคือ 1) ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการ

เปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง ความรู้สึกทุกข์ใจในการการดูแลผู้ป่วย วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2) ภาระเชิงปรณัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน เป็นความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นการดำเนินการตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในแต่ละกิจกรรมสามารถส่งผลต่อการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ทั้งภาระโดยรวม และแยกเป็นรายด้านได้ดังนี้ การดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นการเริ่มต้นกิจกรรมและการสร้างสัมพันธภาพ เป็นสร้างสัมพันธภาพอันดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลด้วยกันและผู้วิจัย ซึ่งเป็นการดำเนินการที่ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยความคิดความรู้สึก และเล่าเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวของตนเอง เป็นการสร้างแรงจูงใจ และชี้ให้ผู้ดูแลเห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่ม ถือเป็น การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าที่เกิดขึ้นมาจากกระบวนการกลุ่ม อีกทั้งเป็นการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือถูกทอดทิ้งและรู้สึกตระหนักในคุณค่าของตนเอง (Cohen and Wills, 1985) ไม่รู้สึกถึงความแปลกแยกจากสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็ง มีพลังที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกเป็นภาระเชิงปรณัยลดลงได้ (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “ก็ไม่รู้จะคุยกับใครได้ เขาก็ไม่เข้าใจเราหรอก ได้มาเจอกันแบบนี้ ก็ดีได้รู้ว่าคนที่เขาเป็นแบบก็มีอีก ได้คุยกันก็เข้าใจกัน ไม่ต้องมาอายกัน” และสอดคล้องกับการศึกษาของทีปประพิน สุขเขียว (2543) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำ การดำเนินกิจกรรมที่ 2 เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและระบายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การดำเนินการในครั้งนี้ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาและความรู้สึกของตนเองได้ดีขึ้น อีกทั้งยังทำให้เกิดการแบ่งปันความรู้สึก จากการที่ผู้ดูแลได้มีโอกาสระบายความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกับบุคคลที่มีปัญหาคคล้ายคลึงกัน ซึ่งกลวิธีดังกล่าวสามารถช่วยให้ผู้ดูแลลดความรู้สึกโดดเดี่ยวเพราะรับรู้ว่ามีบุคคลอื่นที่ประสบปัญหาคคล้ายกับตนเอง คลายความวิตกกังวลและความรู้สึกผิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Chien, Chan and Thompson. (2006) ที่ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในครอบครัวชาวจีนที่ผู้ป่วยโรคจิตเภท การติดตามผลเป็นเวลา 18 เดือน เพื่อตรวจสอบผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในครอบครัวชาวจีนที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภท เปรียบเทียบกับผลที่ได้จากการให้ความรู้ด้านจิตวิทยา และการให้การดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในครอบครัวชาวจีนที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประโยชน์อย่างมากต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัว และภาระของผู้ดูแล กล่าวคือ กลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถพัฒนาการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น และสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลงได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ด้านจิตวิทยาและกลุ่มที่ได้รับการ

ดูแลตามปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Stewart et al. (2002) ที่ศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในการลดภาระการดูแล และความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกมีภาระและความเครียดลดลง ประกอบกับการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ทำให้เกิดการพัฒนาคำรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท จากที่ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยช่วยเสริมในส่วนที่ขาดและสนับสนุนข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Yamashita (1996) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตแก่ผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและรู้ถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รู้ถึงวิธีการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย จะช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ทำให้ผู้ดูแลมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และมีความรู้สึกเป็นภาระเชิงอัตนัยลดลง ในส่วนของการดำเนินกิจกรรมที่ 3 การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจากการสะท้อนคิดและสถานการณ์ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลได้ระบายนามความรู้สึกของตนเองที่ต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย สถานการณ์และบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การส่งเสริมบทบาทของการเป็นผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยและเกิดพลังในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด ตรีราก็ (2545) ซึ่งพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถลดภาระการดูแลเชิงจิตวิสัย (Subjective burden) ได้เป็นอย่างดี มีประสิทธิภาพ ช่วยลดความรู้สึกเป็นทุกข์ อับอาย เบื่อหน่าย และความรู้สึกว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือ ทำให้เต็มใจยอมรับภาระการดูแลต่อไป นอกจากการส่งเสริมให้ผู้ดูแลตระหนักคุณค่าในตนเองมีผลทำให้ลดความเครียดจากการดูแลได้ และการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้ชีวิตที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen and Wills, 1985 อ้างถึงใน ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim and Ahn (2003) ที่พบว่า การใช้กระบวนการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดภาระเชิงอัตนัยได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของปานิสรา เกษมสุข (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับรองต่อภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมกลุ่มบำบัดระดับรองสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ทั้งภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัย สำหรับกิจกรรมที่ 4 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเน้นการนำไปปฏิบัติ เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลซึ่งกันและกัน ทำให้มีความเข้าใจกันเป็นผลให้ผู้ดูแลที่เข้าร่วมกลุ่มยอมรับคำแนะนำและความคิดเห็นจากผู้ดูแลคนอื่นๆ และมีผู้นำกลุ่มคอยกระตุ้น ส่งเสริมให้กำลังใจ และมีผู้วิจัยเป็นผู้ตอบข้อสงสัยและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง อีกทั้งผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีส่วนส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้เป็นนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนภัสวรรณ แก้วหลวง, 2545 ที่

ได้ทำการศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรและความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคหาลดซีเมีย ผลการศึกษาพบว่าความเครียดของการเป็นมารดาในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคหาลดซีเมียของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ในกิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมที่ 6 การสรุปกิจกรรมกลุ่ม เป็นการส่งเสริมความเชื่อมั่นในการดูแล หลังจากที่ผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยของตนเองและนำไปทดลองปฏิบัติแล้ว และร่วมกันประเมินผลและปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ผู้วิจัยประเมินผลทางบวกรวมทั้งการให้กำลังใจซึ่งกันและกันจากผู้ดูแลด้วยกัน เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีแรงจูงใจและกำลังใจเพื่อปฏิบัติดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ต่อเนื่อง ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้พลังอำนาจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและตนเองเพิ่มขึ้น โดยผู้ดูแลมีความสามารถในการควบคุมตนเองในการจัดการดูแล มีการพัฒนาตนเองโดยมีการตัดสินใจที่ดี เลือกสถานการณ์การดูแลได้อย่างถูกต้องและสามารถปฏิบัติการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gibson, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของอัมราภรณ์ ภูระยา ที่ศึกษาผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษาชุมชนอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมดูแลดีกว่าก่อนได้รับรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือภาระการดูแลของผู้ดูแลที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ สามารถอธิบายได้ว่าการที่ภาระการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมแตกต่างกับผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ เนื่องจากกระบวนการของกลุ่มลักษณะนี้เป็นกระบวนการที่มีรูปแบบชัดเจน ทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม ด้าน

ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระเชิงประนีประนอม (Montgomery et al., 1985)รวมทั้งการประคับประคองด้านจิตใจ อารมณ์ คือการที่ผู้ดูแลได้มาเข้ากลุ่มและมีกิจกรรมร่วมกัน ได้มีโอกาสพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสพการณ์การดูแล การระบายความรู้สึก ปรีกษาหารือร่วมกันหาแนวทางการแก้ปัญหา กับบุคคลที่รู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน โดยไม่ต้องกังวลว่าเขาเหล่านั้นจะไม่เข้าใจ แต่กลับได้รับการยอมรับในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงจัง ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและกำลังใจอย่างเต็มที่ (ครุณี ชุนหวัดน์, 2546) ดังตัวอย่าง “น่าเห็นใจเจ๊นะ เข้าใจว่าเป็นคนกลางก็ไม่ว่าจะทำยังไง น่าเครียดจริงๆ คนหนึ่งก็ถูก คนหนึ่งก็แฟน” “ฟังดูแฟนก็พูดยากจริงๆ แต่ก็ลองไปพูดกับแฟนดูให้เขาเข้าใจ ว่าที่มาประชุมกันนี้ มีคนเป็นยิ่งกว่าลูกเราอีก แล้วฟังดูแล้ว ลูกเจ้าอากรก็ไม่น่ารุนแรงเท่าไรน่าจะดีขึ้นได้ ถ้าพ่อเขาเข้าใจและยอมรับ” “เอานะ เจ็ดเองดู แล้วเจ็ก็อย่าไปเครียดมาก ทำใจให้สบาย ออกทนไว้ ไม่งั้นเราก็จะเป็นตามเขาไปด้วย ทีนี้ให้ละแยะไปกันใหญ่” “ใช้ธรรมะมาช่วยด้วย” นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สนับสนุนและส่งเสริมให้สมาชิกแสดงบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ โดยการกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึงและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อีกทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายออกถึงความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบของการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเสนอมุมมองที่ดีต่อการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้สมาชิกที่มีประสบการณ์ในการดูแลและผ่านพ้นภาวะยุ่งยากนั้นมาแล้ว ได้ให้มุมมองหรือแง่คิดที่ดีต่อการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีกำลังใจ และภาคภูมิใจในบทบาทของตนเอง นอกจากนี้การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ และสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นคงทางอารมณ์ และเป็นการช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดียิ่งขึ้น ทำให้การรับรู้ภาระเชิงประนีประนอมและอดทน (Cohen and Wills, 1985 อ้างถึงใน ปาณิสรา เกษมสุข, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของอรรพรรณ แพนคง (2547) ที่ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิตระยะหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องการศึกษาของ Chien, Chan and Thompson. (2006) ที่ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในครอบครัวชาวจีนที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภท การติดตามผลเป็นเวลา 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่าคะแนนภาระในการดูแลของกลุ่มที่ร่วมเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนของกลุ่มที่ได้รับการรู้ด้านจิตวิทยา และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีการรับรู้ภาระเชิงอัตนัย ภาระเชิงปรนัย และภาระการดูแลโดยรวมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัว การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นการดูแลที่ยังไม่มีการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในระบบการดูแลผู้ป่วย จึงอาจทำให้ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการสนับสนุนระดับประคองด้านจิตใจ อารมณ์ เหมือนในกลุ่มทดลอง หรืออาจได้รับข้อมูลไม่ครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมแตกต่างกับผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ดังนั้นภาระการดูแลของผู้ดูแลกลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้นสรุปได้ว่าการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะมีผลต่อการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการต่างๆ ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ จากการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแล เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นความรู้สึกทางบวก มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจกัน ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและมีแนวทางในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลเข้มแข็ง มีความหวังและกำลังใจ เกิดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง นับว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแล รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษากการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

#### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภท รวมทั้งมีทักษะในการประสานงานเพื่อเตรียมความ



พร้อมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 บุคลากรในทีมสุขภาพ เช่นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน เจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชน ควรนำวิธีการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมในด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ยังทำให้เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างสมาชิก และลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.3 การนำกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้พยาบาลสามารถปรับรูปแบบ และระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสมกับความต้องการและศักยภาพของผู้ดูแลแต่ละกลุ่ม นอกจากนี้ยังสามารถนำไปปรับในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ หรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

## 2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชาให้ครอบคลุมปัญหา และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในแต่ละพื้นที่ และวัฒนธรรม เพื่อให้นักศึกษาได้ตระหนักรู้ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการประเมินปัญหาของผู้ดูแลและผู้ป่วยตลอดจนการวางแผนการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

2.2 ควรประยุกต์การนำหลักการทฤษฎีลงสู่ภาคปฏิบัติ ที่เน้นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างครอบคลุม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชน เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของภาระการดูแล และเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลเป็นระยะๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลที่ไม่สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสมทำให้เกิดการคงอยู่ของความรู้ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างดีที่สุดต่อไป นอกจากนี้ควรติดตามไปประเมินผลที่บ้านในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มมารดาที่ดูแลบุตรที่เป็นโรคปัญญาอ่อน เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่น

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมมากกว่าภาระการดูแล เช่น ความผาสุกในชีวิต ความสามารถในการดูแล คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

4. ควรมีการศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้ญาติหรือผู้ดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับออกสู่ชุมชน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ มีกำลังใจ ไม่ทอดทิ้งต่อการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดการทอดทิ้งผู้ป่วย และสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กัญญาพิชญ์ จันทน์นิยม. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยาณี โนนินทร์. (2542). การดำเนินสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดน่าน. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กาญจนา เจริญชัย. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทน์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุวรรณ จินตามงคล. (2541). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา ยูนิพันธ์. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13 : (มกราคม - มิถุนายน 2542).
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณโน. ญาติผู้ดูแลแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 7(2541) : 147-154.

- ชฎาภา ประเสริฐทรง. ความรู้สึทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ : กรณีศึกษา  
ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.  
(กรกฎาคม – ธันวาคม 2543) : 30-39.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยใน  
ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐิยา พรหมบุตร. (2545). สุขภาพจิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ครุณี คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วย  
จิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ครุณี ชุณหะวัต. (2540). การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง. ในสมจิต  
หนูเจริญกุล, การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์, หน้า 267-289.  
กรุงเทพมหานคร : วี. เจ. พรินต์ติ้ง.
- ทูลกา บุปผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับมารักษาซ้ำ  
ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต  
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพย์ประพิณ สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธวัชชัย ลีพานาจ. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- ธิดารัตน์ กำลั้งดี. กลุ่มช่วยเหลือตนเอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 20(2543) : 56-63.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความ  
สามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นภัสวรรณ แก้วหลวง. (2545). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร  
และความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นันทิกา ทวีชาชาติ. (2548). ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์  
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2547). ระเบียบวิธีการศึกษาทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร :  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุศกร กลิ่นอวล. (2549). ผลการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติการ  
ดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุงแก้ไข).  
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ด่านสุทธาคารพิมพ์.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2546). การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการ  
ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- โปรยทิพย์ กสิพันธ์. (2541). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ  
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์. (2537). ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต  
ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ : ลำดับความสำคัญ : ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่า  
พยาบาลศิริราชฯ ครั้งที่ 8 เรื่องวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษ  
หน้า : ทิศทางและรูปแบบ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ  
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พนารัตน์ เจนจบ. (2542). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.  
เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, และชนกพร จิตปัญญา. トラบาย :  
การรับรู้และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารการพยาบาล  
จิตเวช. 18(2547) : 1-9.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์.  
มัลลิกา สิงหสุริยะ. (2547). การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล : กรณีศึกษา.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2542). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4.  
กรุงเทพมหานคร : ศ.วิชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2544). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 6.  
กรุงเทพมหานคร : ศ.วิชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2  
เรียบเรียงพิมพ์ใหม่). กรุงเทพมหานคร : บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2552). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 2  
เรียบเรียงพิมพ์ใหม่). กรุงเทพมหานคร : บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์. สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วย  
จิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9(2544) : 11-127.
- ยุรัชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาสนา ปานดอก. (2545). กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- เวทินี สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ และเอมหทัย ศรีจันทร์หาล้า. ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ : Strategies Used by Caregiver in Managing Psychiatric Patients at Home. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 46(เมษายน – มิถุนายน 2544) : 107-117.
- ศิริจิต สุทธิจิตต์ และ มานิต ศรีสุรภานนท์. โรคจิตเภท(Schizophrenia) : ระบาดวิทยาและการรักษา. วารสารสมาคมจิตแพทย์ศาสตร์แห่งประเทศไทย. 54(ตุลาคม 2552) : 21s-37s.
- ศิรินภา นันทพงษ์. (2542). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต, (2547). การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : องค์การทหารผ่านศึก.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2550). สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัด กรมสุขภาพจิต. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.
- สุขภาพจิต, กรม. (2549). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุขภาพจิต, กรม. (2552). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมคิด ดรีราก็. (2545). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : วี.เจ.พรินติ้ง จำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). การพยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤติยา แสงวงเจริญ, ปราณิพร บุญเรือง, สมจิต แคนสีแก้ว, และนวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล. (2547). รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2545). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สุทธิณี พักวิสัย. (2545). ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน. การศึกษารายาในผู้ป่วยจิตเภท. ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 4(2548), หน้า 67-90.
- สุมณฑา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2544). แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อัมพวรรณ ธาภาศ. (2548). การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลแม่ทา จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัมราภรณ์ ภูระย้า. (2551). ผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษาชุมชนอำเภอวังน้ำเย็น จ. สระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 12(มกราคม-ธันวาคม 2541) : 14-24.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร : ด้านสุขภาพการพิมพ์ จำกัด.

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4.

กรุงเทพมหานคร : วี.พริ้นท์ (1991).

อรวรรณ แพนคง. (2547). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## ภาษาอังกฤษ

Awad, A.G., Vornganti, L.N. The burden of schizophrenia on caregivers : a review.

**Pharmacoeconomics.** 26(2008) : 149-162.

Akey, T.M., Marquis, J.G., and Ross, M.E. Validation of scores on the psychological empowerment scale : A measure of Empowerment for parents of children with a disability. **Educational and Psychological Measurement.** 60(2000) : 419-438.

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental Disorders** (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC : American Psychiatric.

Anderson, C.M., hogart, G.E. and Reiss, D.J. (1986). **Schizophrenic and the family :**

**A Practitioner's guide to psychoeducation and management.** New York: Guilford Press.

Bae, S.M., Lee, S.H., Park, Y.M., Hyun, M.H., and Yoon, H. Predictive Factors of Social Functioning in Patients with Schizophrenia : Exploration for the Best Combination of Variables Using Data Mining. **Korean Neuropsychiatric Association.** (2010) : 93-101.

- Baker, A.F. Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit How families Cope. **Journal of Psychosocial Nursing**. 27(1989) : 31-35.
- Bartol, G. M., Moon, E., and Linto. M. Nursing assistance for families of patients. **Journal of Psychosocial of Nursing and mental services**. 12(1994) : 27-29.
- Best, M.J. (1970). **Research in Education**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Buckwalter K.C., Gerdner L., Kohout F., Hall GR. A nursing intervention to decrease depression in family Caregivers of persons with dementia. **Archives of Psychiatric Nursing**. 13(1999) : 80-88.
- Bull, M.J. Factors influencing family caregiving burden and health. **Western Journal of Nursing Research**. 12(1990) 758-776.
- Chien, W.T., Chan, S.W.C., and Thompson, D.R. Effects of a mutual support group for Families of Chinese people with schizophrenia : 18 month follow up. **The British Journal Psychiatric**. 189(2006) : 41-49.
- Chien, W.T., Chan, S. W.C., and Morrissey, J. The perceived burden among Chinese Family caregivers of people with schizophrenia. **Journal of Clinical Nursing**. 16(2007) : 1151-1161.
- Chien, W.T. Effectiveness of Psychoeducation and and Mutual Support Group Program for Family Caregiver of Chinese People with Schizophrenia. **The open Nursing Journal**. 2(2008) : 28-39.
- Chien, W.T. and Norman, I. The effectiveness and active ingredients of mutual support Support group for family caregivers of people with psychotic disorder : A literature review. **International Journal of Nursing Studies**. 46(2009) : 1604-1623.
- Cochran, W.G. and Cox, G.M. (1992). **Experimental Designs**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: John Wiley and Sons.
- Cook, J.A., Heller, T., and Pickett, S.A. The effect of support group participation on caregiver burden among parent of adult offspring with severe mental illness. **Family Relation**. 48(1999) : 405-410.

- Corey, M.S. and Corey, G. (1992). **Group process and practice**. California: Brooks/Cole Publishing company.
- Crotty, P. and Kuly, R. Are Schizophrenia a burden to their family? Significat other View. **Helth Social Worker**. 11(1986) : 173-188.
- Cunningham, P.A. The roll of psychiatric nurse in home care. **Home Healthcare Nurse**. 25(2007) : 645-652.
- Dangaomyouth, P. (2006). **Family caregiving process for a person with schizophrenia**. Doctoral dissertation. Nursing Science, Faculty of Nursing, Graduate school, Chulalongkorn University.
- Davis, L.L. Building a science of caring for caregiver. **Family and Community**. 15(1992) : 1-9.
- Doombos, G. Family caregivers and the mental health care system: Reality and Dream. **Archives of Psychiatric Nursing**. 16(2002) : 39-46.
- Eake, G. Chronic sorrow : The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. **Archives of psychiatric Nursing**. 9(1995) : 77-84.
- Elloit, D.P. Chronic issues in patients with dementia. **Journal of American Society of Consutant Pharmacists**. 13(1998) : 11A1-11A8.
- Fung and chien. The effectiveness of mutual support group for family caregiver of a Relative with dementia. **Archives of Psychiatric Nursing**. 16(2002) : 134-144.
- Gibson, C.H. The process of empowerment in mother of chronically ill children. **Journal of advance nursing**. 21(1995) : 1201-1210.
- Glendy, S.H.I.P. and Mackenzie, A.E. Caring for relative with serious mental illness at Home: The experience of family cares in Hong Kong. **Archives of Psychiatric Nursing**. 12(1998) : 288-294.
- Hildingh, C., Fridlund, B., and Segesten, K. Self-Help Group as a Support Strategy in Nursing: A case study. **Rehabilitation Nursing**. 25(2000) : 100-104.
- Howard, L. Psychotic disorders and parenting-the relevance of patients'chlidren for general adult psychiatric services. **Psychiatric Bulletin**. 24(2000) : 324-326.

- Hulme, P.A. Family Empowerment : A Nursing Intervention With Suggested Outcomes for Family of Childen With a Chronic Health Condition. **Journal of Family Nursing**. 5(1999) : 39-50.
- Jones, S.L. The association between objective and subjective caregiver burden. **Archives Psychiatric Nursing**. 10(1996) : 77-78.
- Kane, J.M., and Marder, S.R. Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**. 19(1993) : 287-302.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. (1998). **Synopsis o psychiatry**. 9<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Lefley, H.P. Aging parent as caregivers of mentally ill adult children : An emerging social problem. **Hospital & Community Psychiatry**. 38(1987) : 1063-1070.
- Lim, Y.M., and Ahn, Y.H. Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. **Applied Nursing Research**. 16(2003) : 110-117.
- Loukissa, D.A. Family burden in chronic mental illness of mental health professionals. **Journal of Nervous and Mental Disease**. 175(1995) : 613-619.
- Machin, D. Cambell, M., Fayers, P., and pinol, A. (1997). **Sample Size Tables for clinical Study**. 2<sup>nd</sup> ed. Malden: Blackwell Science.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Xavier, M., Held, T., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P., Maj, M. Burden on the families of patients with schizophrenia : Result of the BIOMED I study. **Social Psychiatric Epidemiology**. 33(1998) : 405-412.
- Marram, G. D. (1978). **The Group Apporch in Nursing Practice**. Saint Louise : The C.V. Mosby Company.
- Martyns-Yellowe. The burden of schizophrenia on the family : A study from Nigeria. **British Journal of Psychiatry**. 161(1992) : 779-782.
- Mohr, W.K. Partnering with Families. **Journal of Psychosocial Nursing**. 38(2000) : 15-21.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., and Hooyman, N. R. Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. **Family Relations**. 34(1985) : 19.

- Nirbhay, N.S., and John, W.E. Empowerment status of family whose children have Serious Emotional Distance and attrition deficit/hyperactivity Disorder. **Journal of Emotional and Behavioral Disorder**. 5(1997) : 223-229.
- Pakert, C.J., and Madara, E.J. Introduction and Tapping Self-help Mutual Aid Resource. **Health Education**. 25(August/September 1985) : 25-28.
- Parker, P.A. Living With Mental Illness : The Family as Caregiver. **Journal of Psychosocial Nursing**, 31(1993) : 19-21.
- Pender, N.J. (1996). **Health promotion in nursing practice (3<sup>rd</sup> ed)** Stamford: Appleton and Lange.
- Pudtan Phanthunane, Theo Vos, Harvey Whiteford, Melanie Bertram and Pichet Udomratn. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. **Population Health Metrics**. 8(2010) : 24.
- Reinhard, S.C. Living with mental illness: Effect of the professional support and personal control on caregiver burden. **Research in Nursing and Health**. 17(1994) : 79-88.
- Resnick, W.M. Nursing and voluntary association origin, development and collaboration. **Nursing Clinics of North America**. 12(1996) : 515-525.
- Rootes, L.E. and Aanes, D.L. A conceptual framework for understanding self-help Group. **Hospital & Community Psychiatry**. 4(1992) : 379-381.
- Rungreangkulkinj. S and Gilliss. C.L. Conceptual Approaches to studying family caring for persons with severe Mental illness. **Journal of Family Nursing**. 6(2000) : 341-366.
- Sadock, J.B. and Sadock, A.V. (2005). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia : Lippincot Williams & Wilkins.
- Salleh, M.A. The burden of care of schizophrenia in Malay families. **Acta Psychiatry Scandinavia**. 89(1994) : 229-305.
- Sorensen, S., Pinguart, M., Habil, X. and Duberstein, P. How effective are interventions with Caregiver and update meta-analysis. **The gerontologist**. 42(2002) : 356-372.
- Spradley, B.W., and Allender, J.A. (1996). **Community health nursing**. 4<sup>th</sup> ed.. Philadelphia: Lippincott.

- Steige, N.J., and Lipson, J.G. (1985). **Self care Nursing Theory and Practice**. Maryland : A Prentice -Hall Co.
- Stewart, M.J., Doble, S., Hart, G., langille, L., and Mac Pherson, K. (2002). Peer visitor support for family caregivers of seniors with stroke. **Canadian Journal Nursing Research** Retrieved January, 20 2006, Available Abstract from ; [www.Medline](http://www.Medline) Database : Issn : 08445621.
- Tabachnick, B. and Fidell, L. (1996). **Using Multivariate Statistics**. 3<sup>rd</sup> ed. New York : Harper Collins.
- Taylor, S. E. (1986). **Help psychology**. USA.: Mcgraw Hill.
- Torrey, E.F. (2006). **Surviving Schizophrenia**. 5<sup>th</sup> ed. New York : Harper Collins.
- Tompson, E.H., Futterman, A.M., Gallagher-Tompson, D., Rose, J.M., and Lovett, S.B. Social support and caregiving burden in family caregivers of freil elder. **Journal of Gerontology**. 48(1993) : 245-254.
- Townsend, M.C. (2006). **Psychiatric Mental Health Nursing**. Concepts of care in evidence Based practice (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia : F.A. Davis.
- World Health Organization. (1992). **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**. Genava : World Health Organization.
- Yamashita, M. Study of how families care for mental ill relatives in Japan. ICN. **International Nursing Review**. 43(1996) : 121-125.
- Zimmerman. M.A. Psychological Empowerment : Issues and illustration. **American Journal of Community Psychology**. 23(1995) : 581-599.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์สมนึก หลิมศิริโรรัตน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (จิตแพทย์) กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี
2. อาจารย์ ดร.รัชนิกร เกิดโชค	อาจารย์ประจำสาขาวิชา การพยาบาลบาลสุภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นางชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
4. นางปริญนันท์ มารักษา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี
5. นางอำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสามชุก

ภาคผนวก ข  
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

## การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตรดังนี้  
(บุญใจ ศรีสถิตนรากูร,2547)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วย  
จิตเภทโดยรวม

$$CVI = \frac{23}{24} = 0.96$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วย  
จิตเภทเชิงอัตนัย

$$CVI = \frac{12}{12} = 1.00$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วย  
จิตเภทเชิงปรนัย

$$CVI = \frac{11}{12} = 0.92$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

$$CVI = \frac{20}{20} = 1.00$$

ภาคผนวก ค  
ตารางวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post test)

คนที่	คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยภาระโดยรวมและรายด้าน		
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			อัตรันัย	ปรนัย	รวม
	อัตรันัย	ปรนัย	รวม	อัตรันัย	ปรนัย	รวม			
1	2.33	2.50	2.42	2.42	2.67	2.54	0.09	0.17	0.12
2	2.75	2.42	2.58	2.67	2.50	2.58	-0.08	0.08	0.00
3	2.75	2.92	2.83	3.33	2.92	3.13	0.58	0.00	0.30
4	2.42	3.50	2.96	2.50	3.58	3.04	0.08	0.08	0.08
5	2.92	2.67	2.79	2.92	2.67	2.79	0.00	0.00	0.00
6	3.42	3.25	3.33	3.33	3.25	3.29	-0.09	0.00	-0.04
7	2.08	2.17	2.13	2.08	2.17	2.13	0.00	0.00	0.00
8	3.17	2.58	2.88	3.17	2.58	2.88	0.00	0.00	0.00
9	3.50	3.08	3.29	3.08	2.92	3.00	-0.42	-0.16	-0.29
10	2.75	2.83	2.79	2.75	3.33	3.04	0.00	0.50	0.25
11	3.17	3.17	3.17	3.25	3.33	3.29	0.08	0.16	0.12
12	2.75	2.67	2.71	2.75	2.67	2.71	0.00	0.00	0.00
13	3.25	3.00	3.13	3.25	3.08	3.17	0.00	0.08	0.04
14	3.00	3.00	3.00	3.00	3.08	3.04	0.00	0.08	0.04
15	2.50	2.42	2.46	2.75	2.67	2.71	0.25	0.25	0.25
$\bar{X}$	2.85	2.81	2.83	2.88	2.89	2.89	0.03	0.08	0.06

จากตาราง ภายหลังการทดลองพบว่า 1) ภาระเชิงอัตรันัยเพิ่มขึ้นโดยที่คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลเชิงอัตรันัยเพิ่มขึ้นจาก 2.85 เป็น 2.88 และเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.03 โดยเพิ่มขึ้นจำนวน 5 คน ลดลงจำนวน 3 คน และเท่าเดิมจำนวน 7 คน 2) ในทำนองเดียวกันภาระเชิงปรนัยเพิ่มขึ้นโดยที่คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลเชิงปรนัยเพิ่มขึ้นจาก 2.81 เป็น 2.89 และเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.08 โดยเพิ่มขึ้นจำนวน 8 คน ลดลงจำนวน 1 คน และเท่าเดิมจำนวน 6 คน 3) ภาระโดยรวมเพิ่มขึ้นโดยที่คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.83 เป็น 2.89 และเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.06 โดยเพิ่มขึ้นจำนวน 8 คน ลดลงจำนวน 2 คน และเท่าเดิมจำนวน 5 คน

ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุมก่อน  
และหลังเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ (n=15)

ภาระในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม และรายด้าน	คะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลผู้ป่วย		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.			
ภาระโดยรวม					
ก่อนการทดลอง	2.83	0.34	14	-1.56	.14
หลังการทดลอง	2.88	0.32			
ภาระเชิงอัตนัย					
ก่อนการทดลอง	2.85	0.41	14	-.61	.55
หลังการทดลอง	2.88	0.37			
ภาระเชิงปรนัย					
ก่อนการทดลอง	2.81	0.36	14	-2.13	.05
หลังการทดลอง	2.89	0.38			

จากตารางพบว่าในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
ก่อนและหลังทดลอง ทั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิงปรนัย มีความแตกต่างกัน โดย  
คะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระโดยรวม ภาระเชิงอัตนัย และภาระเชิง  
ปรนัย หลังการทดลอง ( $\bar{X} = 2.88, 2.88$  และ  $2.89$  ตามลำดับ) สูงกว่าก่อนทดลอง ( $\bar{X} = 2.83, 2.85$   
และ  $2.81$  ตามลำดับ)

การคำนวณค่าความเที่ยงของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
S1	42.2333	121.0126	.5168	.8519
S2	42.3333	113.3333	.6613	.8450
S3	42.5667	119.2195	.4762	.8524
S4	42.5000	119.0172	.4173	.8547
S5	42.8667	123.1540	.4873	.8535
S6	42.7000	121.9414	.4029	.8549
S7	42.5667	121.0816	.4453	.8536
S8	42.6000	121.1448	.4167	.8545
S9	42.7333	123.8575	.2894	.8586
S10	42.4667	133.1540	-.1471	.8699
S11	40.4667	122.6023	.2577	.8613
S12	40.8333	118.5575	.2918	.8637
O1	42.5333	121.2230	.3238	.8584
O2	42.6667	116.2989	.5969	.8481
O3	42.3667	112.1023	.7483	.8419
O4	43.0333	129.4126	.0883	.8620
O5	42.9667	121.8954	.6353	.8509
O6	43.0667	120.5471	.5630	.8508
O7	42.6667	123.3333	.3358	.8570
O8	42.7333	123.1678	.3766	.8558
O9	42.7000	112.9069	.7272	.8429
O10	43.0000	124.2759	.3599	.8563
O11	42.9667	122.1023	.4579	.8536
O12	42.8667	119.7057	.5322	.8510

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 24

Alpha = .8597

### การคำนวณค่าความเที่ยงของแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

##### Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
E1	69.8333	68.8333	.4452	.7522
E2	69.5667	67.8402	.6117	.7427
E3	69.5333	67.2230	.5645	.7437
E4	69.7333	73.0299	.2973	.7629
E5	68.9667	70.7920	.5114	.7519
E6	69.7667	72.8057	.3282	.7613
E7	70.2000	78.9241	-.1057	.7893
E8	69.6667	73.5402	.2936	.7633
E9	69.3333	69.5402	.5223	.7493
E10	69.9667	77.8954	-.0355	.7805
E11	70.3667	75.2057	.0885	.7778
E12	70.7333	66.3402	.4745	.7487
E13	70.7000	67.9414	.3865	.7567
E14	69.8333	69.2471	.3225	.7624
E15	70.2000	66.3724	.4871	.7477
E16	69.8333	71.0402	.4474	.7544



E17	70.0000	67.4483	.4034	.7552
E18	70.3000	74.0793	.1614	.7722
E19	69.4333	74.4609	.2125	.7675
E20	69.1667	73.3161	.3168	.7621

#### Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0                      N of Items = 20

Alpha = .7699

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis of Sample Size)  
โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 90 % ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

#### Two-Sample T-Tests Power Analysis

Power	N1	N2	Alpha	Beta	Mean1	Mean2	S1	S2
0.90778	14	14	0.05000	0.09222	3.22	2.81	0.33	0.33
0.91901	12	12	0.10000	0.08099	3.22	2.81	0.33	0.33

ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



- ( ) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ      ( ) ค้าขาย      ( ) อยู่บ้านเฉยๆ/งานบ้าน  
 ( ) อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน  
 ( ) ต่ำกว่า 2,500 บาท      ( ) 2,501-5,000 บาท      ( ) 5,000-7,500 บาท  
 ( ) 7,501-10,000บาท      ( ) มากกว่า 10,000 บาท
7. ความเพียงพอของรายได้  
 ( ) เพียงพอและเหลือเก็บ      ( ) เพียงพอกับรายจ่าย  
 ( ) ไม่เพียงพอกับรายจ่าย      ( ) ไม่มีรายได้      ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
8. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย.....ปี .....เดือน
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย  
 ( ) พ่อ      ( ) แม่      ( ) พี่      ( ) น้อง  
 ( ) สามี      ( ) ภรรยา      ( ) บุตร      ( ) อื่นๆ ระบุ.....

### แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**คำชี้แจง** โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือมากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา  
 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน  
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์  
 น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง  
 น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ภาระเชิงอัตนัย</b>					
1. ท่านรู้สึกเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
4. ท่านรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่นที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท					

5. ท่านรู้สึกซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					
10.....					
11.....					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปในอนาคตผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไร หากไม่มีท่านดูแล					

**คำชี้แจง** โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้อย่างไร ซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือ

- มากที่สุด หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
- มาก หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์
- ปานกลาง หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง
- น้อย หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านนานๆ ครั้ง
- น้อยที่สุด หมายถึง มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านน้อยมาก หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ภาระเชิงปรนัย</b>					
1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน					
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
3. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว เพิ่มมากขึ้น					
4. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและอาละวาด ท่านหรือ					

สมาชิกในครอบครัวจะถูกทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บ					
5.การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ					
6.....					
7.....					
8.....					
9.....					
10.....					
11.....					
12.การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					

**แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

**คำชี้แจง** แบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นแบบประเมินผู้ดูแลว่ามีพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากน้อยเพียงใด

กรุณาใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านตามสถานการณ์นั้นๆ มากที่สุด

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านเชื่อว่าท่านสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการดีขึ้นได้					
3. ท่านมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้					
4. ท่านสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้ดี					
5. ท่านมีความตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างดีที่สุดต่อไปเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น					

.....					
.....					
.....					
.....					
20. ท่านสามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้					

### แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### ผู้ใช้แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

พยาบาลที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกต้อง
3. เพื่อร่วมกันค้นหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกต้องเหมาะสม และเกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่พบได้มากที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชเมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางจิตชนิดอื่นพบว่า มีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลกและมีอุบัติการณ์การเกิดโรคประมาณ 2 ล้านคนต่อปี (Sadock and Sadock, 2005) ในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ ร้อยละ 48.37 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2552)





จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิดของ Gibson (1995) ที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังโรคระบบประสาท ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1)การค้นพบสภาพการณ์จริง 2)การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3)การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ 4)การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้มารดามีความรู้สึกที่ดี มีความรู้ที่ถูกต้อง ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แนวคิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Marram (1978) และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ประกอบด้วย 3 ระยะ จำนวนทั้งสิ้น 6 กิจกรรม คือ

### **ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ**

**กิจกรรมที่ 1** เริ่มต้นกิจกรรมและการสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกด้วยกันเป็นรายกลุ่มเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

### **ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ**

**กิจกรรมที่ 2** การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและระบายความรู้สึกของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพัฒนาการรับรู้สภาพการณ์จริงของผู้ดูแล

**กิจกรรมที่ 3** การเสริมสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยจากการสะท้อนคิดและสถานการณ์เป็นระยะพัฒนาพลังอำนาจในตัวบุคคล

**กิจกรรมที่ 4** แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเน้นการนำไปปฏิบัติ โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**กิจกรรมที่ 5** เสริมสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาให้เกิดความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

### **ระยะที่ 3 การสิ้นสุดของการทำกลุ่ม**

**กิจกรรมที่ 6** การสรุปกิจกรรมกลุ่ม ผู้นำกลุ่มร่วมกับสมาชิกแต่ละคนโดยให้สมาชิกได้มีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็น

**ลักษณะของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม**

เป็นการดำเนินกลุ่มแบบปิด สมาชิกกลุ่มเดิม ตั้งแต่เริ่มกลุ่มจนปิดกลุ่ม การเข้าร่วม แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเริ่มต้นหรือระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการ 3) ระยะสิ้นสุด ของการทำกลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 6 จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการดำเนินการ ครั้งนี้ คือ กลุ่มละ 7-8 คน จำนวน 2 กลุ่ม

#### **ระยะเวลา**

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที โดยดำเนินการดังนี้ สัปดาห์แรก ดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 6 ติดต่อกันเป็นเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ สถานที่ ห้องสอนสุขศึกษาคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภลัย

#### **คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม**

1. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

2. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการกลับเป็นซ้ำภายใน 6 เดือน
3. มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม
4. มีอายุ 20 - 60 ปี ทั้งชายและหญิง
5. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การพูด และการมองเห็น
6. สามารถอ่าน เขียนหนังสือ และสามารถสื่อสารได้สะดวก
7. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

กระบวนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ใช้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยมีกระบวนการดังนี้

1. ผู้นำกลุ่มเป็นสมาชิกผู้ดูแลภายในกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกจากสมาชิก เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

2. แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
3. เปิดเผยความรู้สึกละเอียดต่อสมาชิกกลุ่ม
4. ประชุมปรึกษาแสดงความคิดเห็นต่อกัน
5. สมาชิกให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม
6. ผู้วิจัยสนับสนุนข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องรวมทั้งสรุปและบรรยายประเด็นสำคัญ
7. ฝึกปฏิบัติ

โครงสร้างของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรมคือ  
**ระยะที่ 1** ระยะสร้างสัมพันธภาพ

**กิจกรรมที่ 1** เริ่มต้นกิจกรรมและการสร้างสัมพันธภาพ

ตารางการทำกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วันเวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
สัปดาห์ที่ 1	<p>ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ</p> <p>กิจกรรมที่ 1 เริ่มต้นกิจกรรมและการสร้างสัมพันธ์ภาพ</p>	<p>วัตถุประสงค์ทั่วไป</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยไว้วางใจระหว่างสมาชิกในกลุ่ม</li> <li>2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบวัตถุประสงค์และข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม</li> <li>3. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจและสามารถเลือกผู้นำกลุ่มครั้งต่อไปได้</li> </ol> <p>วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สมาชิกได้ทำความรู้จักกันและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน</li> <li>2. สมาชิกสามารถบอกวัตถุประสงค์</li> </ol>

แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะที่ 1                      ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ

กิจกรรมที่ 1                เริ่มต้นกิจกรรมและการสร้างสัมพันธ์ภาพ

กลุ่มเป้าหมาย              ญาติผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท 7-8 คน

สถานที่                        ห้องสอนสุขศึกษาคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก รพ.นภาลัย

ระยะเวลา                    60-90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยไว้วางใจระหว่างสมาชิกในกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบวัตถุประสงค์และข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม รูปแบบการดำเนิน

กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

## วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. สมาชิกได้ทำความรู้จักกันและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. สมาชิกกลุ่มทราบวัตถุประสงค์ ข้อตกลงในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

## สาระสำคัญ

การสร้างความรู้จักคุ้นเคยเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกัน การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง แนะนำสมาชิก ภายในกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้ากลุ่ม

## กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มและแนะนำตนเอง แนะนำผู้ช่วยผู้นำกลุ่มแก่สมาชิกในกลุ่ม
2. ให้สมาชิกทำความรู้จักกัน โดยใช้กิจกรรมตามหาเพื่อน
3. ผู้วิจัยแนะนำกลุ่มโดยอธิบาย
4. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่ม
5. ให้สมาชิกคัดเลือกผู้นำกลุ่มจากสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยตนเอง
6. ผู้วิจัยให้สมาชิกแต่ละคนบอกถึงความรู้สึกของตนที่มีต่อเพื่อนสมาชิกกลุ่ม
7. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการเข้ากลุ่ม
8. นัดหมายการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป

## สื่อและอุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1
2. โปสเตอร์แสดงวัตถุประสงค์ รูปแบบ และข้อตกลงในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

**การประเมินผล** ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การแสดงความคิดเห็น และการมีส่วนร่วมของสมาชิก

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความไว้วางใจกันในกลุ่ม มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และกล้าที่จะระบายความรู้สึกเพื่อนสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน
- 2) สร้างความมั่นใจ และกำลังใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการที่จะได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม

## โปสเตอร์ชี้แจงการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและ

### การเสริมสร้างพลังอำนาจ

#### การชี้แจงกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรวมกลุ่มกัน
2. ได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

##### รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

กลุ่มมีลักษณะเป็นกลุ่มปิด ไม่มีการรับสมาชิกใหม่เพิ่ม สมาชิกเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 7-8 คน ใช้เวลาในการทำกลุ่มประมาณครั้งละ 60-90 นาที ทำกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 กิจกรรม

##### ข้อตกลงในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. เข้ากลุ่มให้ตรงเวลาที่นัดหมาย
2. ไม่นำเรื่องที่พูดคุยกันภายในกลุ่มไปพูดคุยเล่นนอกกลุ่มหรือล้อเล่นให้ผู้อื่นฟัง
3. ไม่ออกจากกลุ่มขณะทำกิจกรรม หากจำเป็นให้ขออนุญาตกลุ่มก่อน

แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สัปดาห์ที่ 1 : กิจกรรมที่ 1 เริ่มต้นกิจกรรมและการสร้างสัมพันธภาพ

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อสร้างความคุ้นเคยไว้วางใจระหว่างสมาชิกในกลุ่ม</p>	<p><u>บทนำ</u> การสร้างความรู้จักคุ้นเคยเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกและระหว่างสมาชิกด้วยกัน โดยผู้วิจัยสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกรับรองปลอดภัยให้แก่สมาชิก เพื่อให้เกิดความไว้วางใจกัน โดยการสื่อสารด้วยท่าทางและภาษาที่ช่วยให้สมาชิกกล้าแสดงความคิดเห็น ได้แก่ ยิ้มแย้มแจ่มใส สบตากับผู้พูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร แสดงความสนใจในสิ่งที่สนทนา แสดงท่าทีที่อบอุ่นเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ และยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกโดยไม่ใช้ความคิดของตนเองเป็นเครื่องตัดสิน</p> <p>การสร้างสัมพันธภาพโดยผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างความคุ้นเคยระหว่างสมาชิก โดยดำเนินการตามกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ(ไบบงานที่ 1/1)</p>	<p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มและแนะนำตนเอง แนะนำผู้ช่วยผู้นำกลุ่มแก่สมาชิกในกลุ่ม</p> <p>2. ให้สมาชิกทำความรู้จักกันโดยใช้กิจกรรมตามหาเพื่อน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แจกบัตรรูปภาพให้สมาชิกคนละ 1 แผ่น</li> <li>- ให้สมาชิกตามหาภาพจากเพื่อน มาต่อกับภาพของตนเอง ให้เป็นรูปภาพที่สมบูรณ์</li> <li>- เมื่อต่อภาพได้สมบูรณ์แล้วให้สลับกันสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของเพื่อนให้ได้มากที่สุด เช่น ถามชื่อนามสกุล ชื่อเล่น อายุ ที่อยู่ อุปนิสัย</li> </ul>	<p>-ไบบงานที่ 1/1 ตามหาเพื่อน โดยให้สมาชิกทำตามคำสั่งในไบบกิจกรรม</p> <p>-บัตรรูปภาพ</p>	<p>-สมาชิกเกิดความคุ้นเคยกันและพยายามทำความรู้จักกับสมาชิกคนอื่น</p> <p>-สามารถแนะนำข้อมูลของสมาชิกคนอื่นที่ได้สัมภาษณ์ให้กลุ่มฟังได้ครบถ้วน</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
<p>2.เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ทราบวัตถุประสงค์ และ ข้อตกลงในการ เข้ากลุ่ม รูปแบบการ ดำเนินกิจกรรม กลุ่มช่วยเหลือตนเอง และการเสริมสร้าง พลังอำนาจ</p>	<p>การดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการ เสริมสร้างพลังอำนาจ</p> <p>1. วัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการ เสริมสร้างพลังอำนาจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้สมาชิกที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย จิตเภทรวมกลุ่มกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ร่วมกันแก้ไข ปัญหา ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน</li> <li>- ได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ให้ความช่วยเหลือซึ่ง กันและกัน ใ้กำลังใจกัน จากผู้ที่มีประสบการณ์ เช่นเดียวกัน</li> </ul> <p>2. รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม</p>	<p>ถามสิ่งที่ชอบ สิ่งที่ไม่ชอบ เป็นต้น ภายในเวลา 2 นาที</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้สมาชิกแนะนำเพื่อนคนที่ได้ทำ ความรู้จักให้แก่สมาชิกในกลุ่ม</li> </ul> <p>3. ผู้วิจัยแนะนำกลุ่มโดยอธิบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วัตถุประสงค์</li> <li>- รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม</li> <li>- บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มและ สมาชิกกลุ่ม</li> <li>- ข้อตกลงในการเข้ากลุ่ม</li> </ul>	<p>1. โปสเตอร์ แสดง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วัตถุประสงค์ ของกลุ่มช่วยเหลือ ตนเองและการ เสริมสร้างพลัง อำนาจ</li> <li>- รูปแบบการ ดำเนินกิจกรรม กลุ่มช่วยเหลือและ การเสริมสร้างพลัง อำนาจตนเอง</li> <li>- ข้อตกลงในการ เข้ากลุ่ม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สมาชิกเข้าใจ วัตถุประสงค์ และ ข้อตกลงการเข้ากลุ่ม</li> <li>- สมาชิกเข้าใจรูปแบบ การดำเนินกิจกรรม สามารถปฏิบัติตาม และให้ความร่วมมือ เป็นไปตามแผนใน การดำเนินกิจกรรม</li> </ul>



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
	<p>กลุ่มมีลักษณะเป็นกลุ่มปิด ไม่มีการรับสมาชิก ใหม่ เพิ่ม สมาชิกเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 15 คน ใช้เวลาในการทำกลุ่มประมาณครั้งละ 45-60 นาที ทำกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 6 กิจกรรม ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และ 4 สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 และ 6 โดยมีสมาชิกที่ได้รับการคัดเลือกจากสมาชิกด้วยกันให้เป็นผู้นำกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป และมีผู้วิจัยคอยอำนวยความสะดวก และเป็นแหล่งความรู้ให้กับกลุ่ม</p> <p>3. สถานที่และเวลาในการจัดทำกลุ่ม สถานที่การจัดกลุ่มครั้งนี้ จัดที่ห้องสอนสุขศึกษา คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก รพ.นภาลัย ใช้เวลาในการจัดกลุ่มครั้ง 45-60 นาที โดยเริ่มตั้งแต่เวลา 08.30-09.30 น.</p> <p>4. บทบาทของผู้นำกลุ่มและสมาชิก</p> <p>-ผู้นำกลุ่มเป็นสมาชิกที่ได้รับการคัดเลือกจากสมาชิก</p>			

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เกณฑ์การประเมินผล
	<p>ให้เป็นผู้นำกลุ่ม มีหน้าที่ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เป็นผู้คอยเชื่อมโยงความคิดเห็นของสมาชิก และสรุปการสนทนาในแต่ละหัวข้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-สมาชิกในกลุ่มมีหน้าที่แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่พบ</li> </ul> <p>5. ข้อตกลงในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-เข้ากลุ่มให้ตรงเวลาที่นัดหมาย</li> <li>-ไม่นำเรื่องที่พูดคุยกันภายในกลุ่มไปพูดคุยเล่นนอกกลุ่มหรือล้อเล่นให้ผู้อื่นฟัง</li> <li>-ไม่ออกจากกลุ่มขณะทำกิจกรรม หากจำเป็นให้ขออนุญาตกลุ่มก่อน</li> </ul>	<p>4. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจในแต่ละหัวข้อ</p>		

หมายเหตุ : หลังจากคัดเลือกผู้นำกลุ่มได้ ผู้วิจัยทำการชี้แจงและแนะนำให้ผู้ในกลุ่มทราบเกี่ยวกับบทบาทของผู้นำกลุ่ม รวมทั้งขั้นตอน และกิจกรรมในการดำเนินการกลุ่มครั้งต่อไป

**ภาคผนวก จ**

**ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวบุบผา ธนิกกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคอนมะโนรา ต.คอนมะโนรา อ.บางคนที จ.สมุทรสงคราม (ที่บ้าน) 102 ม. 3 ต.จอมปลวก อ.บางคนที จ.สมุทรสงคราม

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 03-4769-071

โทรศัพท์ที่บ้าน 03-4757-565

โทรศัพท์มือถือ 08-5386-3526

E-mail: Thanik14@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอย่างไร รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

3.1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนภลัยเพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยในคลินิกจิตเวชโดยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วงเวลาที่มีรับบริการที่คลินิกจิตเวช หากพบว่ามีความสมัครใจตามที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจและอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด คือระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวเนื่องจากตัวแปรทั้งสองตัวมีผลต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และกำหนดขนาดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการอ้างอิงขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบบทดลองการแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจจำนวน 15 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจำนวน 15 คน

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยนางสาวบุบผา ชนิกกุล ดำเนินการวิจัยตามแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มในครั้งแรก และให้ผู้ดูแลเลือกตัวแทนจากสมาชิกผู้ดูแลด้วยกันเพื่อเป็นผู้นำกลุ่ม และดำเนินการกลุ่มในครั้งต่อไป ซึ่งรายละเอียดของโปรแกรมแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 ในแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 60 - 90 นาที โดยระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นหรือสร้างสัมพันธภาพ สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ มี 4 กิจกรรม คือ สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5 ระยะที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 ระยะสิ้นสุดการดำเนินการ ดำเนินกิจกรรมที่ 6 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือกำกับการทดลองคือแบบประเมินพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

6. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัยคือ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยให้เกิดองค์ความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อการส่งเสริมภาวะสุขภาพช่วยการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

8. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 08-5386-3526 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติม ที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ โดยรวดเร็ว

9. ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษา

10. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย มีเพียงการจ่ายค่าพาหนะสำหรับการเดินทางเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคนละ 100 บาท

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22188147 โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อวิจัย ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า.....ได้รับทราบจากผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวบุบผา ธนิกกุล สถานที่ติดต่อสะดวกที่สุดระหว่างทำการวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ 08-5386-3526 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ กิจกรรมที่ต้องเข้าร่วมในการวิจัย ระยะเวลาในการศึกษา ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ข้าพเจ้าได้ซักถาม และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล พร้อมทั้งยอมรับผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และข้าพเจ้าจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที ในกรณีที่มีได้แจ้งให้ผู้ทำการวิจัยทราบในทันที ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น จะถือว่าข้าพเจ้าทำให้การคุ้มครองความปลอดภัยของข้าพเจ้าเป็นโมฆะ (ตามที่กฎหมายกำหนด)

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

.....

วันที่ / เดือน / ปี

.....

วันที่ / เดือน / ปี

.....

.....

ผู้ร่วมวิจัย

.....

(นางสาวบุบผา ธนิกกุล)

ผู้วิจัยหลัก

.....

**ภาคผนวก ฉ**  
**ผลการพิจารณาริยธรรมการวิจัย**

ที่ สส ๐๐๒๗.๐๐๒/ ๒๗๗๕



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม  
๒๐๒ หมู่ ๓ ต.ลาดใหญ่ อ.เมือง จ.สส  
๗๕๐๐๐

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นางสาวบุบผา ธนิกกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะ  
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปฏิบัติราชการที่ รพ.สต.บ้านดอนมะโนรา สำนักงานสาธารณสุข  
อำเภอบางคนที ได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย เรื่อง ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการ  
การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิต  
เภทมารับการรักษาหรือรับยาแทนผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาศลีย์ อ.บางคนที  
จ. สมุทรสงคราม จำนวน ๓๐ คน โดยให้ นางสาวบุบผา ธนิกกุล ดำเนินการศึกษาวิจัยให้เป็นไปตามประกาศ  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดสมุทรสงคราม อย่างเคร่งครัด และอยู่ในการ  
กำกับตรวจสอบของคณะกรรมการดังกล่าว โดยยึดถือตามโครงร่างการวิจัยฉบับภาษาไทย และให้รายงานเมื่อ  
เสร็จสิ้นโครงการ

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๔

(นายสุวัฒน์ กิตติติกุล)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

รักษาราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวบุบผา ชนิกกุล เกิดวันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2522 จังหวัดสมุทรสงคราม สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช เข้ารับการศึกษาในระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2552 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านดอนมะโนรา จังหวัดสมุทรสงคราม